



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION, SCIENCE AND
INNOVATIONS OF THE REPUBLIC
OF UZBEKISTAN



ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE

www.adti.uz

October 6, 2023

International scientific and practical conference on

“Problems of Modern Surgery”

MATERIALS



Andijan

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



SCIENTIFIC EDITOR

M.M.MADAZIMOV

RESPONSIBLE EDITORS

**K.Z.SALAKHIDDINOV
J.A.JOHONGIROV
G.N.MAMATKHUJAEVA**

**MEMBERS OF THE
EDITORIAL BOARD**

**X.T.MUSASHAYXOV
G.M.XODJIMATOV
SH.Y.BUSTANOV**

**COMPUTER GRAPHICS
EDITORS**

**F.A.ABDULXODIMOV
Y.S.GROMOV**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

А.А.Алижанов¹, Б.Р.Исхаков¹, Н.Б.Исхаков²

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан.

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Для оценки степени повреждения многие рекомендуют шкалы ААСТ (Американской Ассоциации Хирургии травмы) от 1994 года, которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения двенадцатиперстной кишки. В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетания повреждений [Tinkoff G, 2008г].

Цель. Улучшить результаты лечения пострадавших с повреждением 12-перстной кишки в зависимости от тяжести сочетанной травмы.

Материал и методы. В исследование включены 26 больных с повреждением 12-перстной кишки при сочетанной травме, госпитализированных в РНЦЭМП и его Наманганском филиале в период 2013-2020 гг., из них 17 (65,4%) мужчины и 9 (34,6%) женщины, в возрасте от 17 до 60 лет. В основном повреждения ДПК носили криминогенный характер, встречаясь у 24 (92,3%) пострадавших, в результате автодорожные происшествия – в 6 (23,1%) случаях, падения с высоты (кататравма) – в 2 (7,7%) наблюдениях, производственные травмы – в 1 (3,8%) избиение – в 2 (7,7%) и суицидные попытки – в 1 (3,8%) наблюдениях. Среди криминогенных травм наиболее часто встречались ранения холодным оружием (нож) – у 12 (46,2%) пострадавших и ранений ДПК носили колото-резаный характер. Ятрогенное повреждение – перфорация задней стенки ДПК имелось место у 2 (7,7%) пациентов.

Для оценки степени повреждения использовали шкалы ААСТ (Американской Ассоциации Хирургии травмы) от 1994 года, которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения двенадцатиперстной кишки. В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетания повреждений. В соответствии с ней выделяют 5 степеней повреждения двенадцатиперстной кишки.

Степень тяжести повреждения	Тип повреждения	Характер повреждения	абс	%
I	Гематома	Занимает одну часть двенадцатиперстной кишки	2	4,7%
	Разрыв	Частичный, не на всю толщину стенки, отсутствие перфорации	2	4,7%
II	Гематома	Занимает более одной части двенадцатиперстной кишки	1	3,8%
	Разрыв	Менее 50 % от окружности	2	4,7%
III	Разрыв	50-75 % от окружности D2**, 50-100 % от окружности D1, D3, D4	9	34,6%
IV	Разрыв	Разрыв более 75 % от окружности D2 Повреждение ампулы фатерова соска или	7	26,9%
V	Разрыв	Массивная панкреатодуоденальная травма, деваскуляризация двенадцатиперстной	3	11,5%

		КИШКИ		
--	--	-------	--	--

Результаты. По нашим наблюдениям повреждения ДПК сочетались с разрывом почки, селезенки, травмой желудка, поджелудочной железы, ранением печени, разрывом желчного пузыря, толстой и тощей кишки, нижней полой вены. А так же травма ДПК сочетались с черепно-мозговой травмой (3 чел), переломом костей конечности (2 чел), травмой органов грудной клетки (4 чел), разрывом диафрагмы (2 чел).

При разрывах 12-перстной кишки методом выбора у пострадавших поступивших в первые 6 часов с момента получения травмы является ушивание разрыва, дренирование забрюшинного пространства через поясничную область и постоянная назоеюнальная интубация двухпросветным зондом для декомпрессии 12-перстной кишки и энтерального кормления.

При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы, выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру – Брауну.

Релапаротомию в раннем послеоперационном периоде подвергались 6 больных, из них у двоих по 2 релапаротомии. Бронхолегочные осложнения наблюдали у 10 оперированных больных, раневые инфекционные осложнения – у 7.

Из 26 оперированных пациентов умерло 9 (34,6%). Средний койко-день составил 12,7.

Заключение. Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны.

При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы, выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру – Брауну.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ УТРИКУЛЮСА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

Абдиев Э.М. Насретдинова М.Т., Усманов Ш.Р.
Самаркандский государственный медицинский университет
кафедра оториноларингологии №2

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) имеет высокую распространенность в популяции, достигающую в течение жизни 10%. Современным и перспективным способом изолированной оценки функционального состояния отолитового аппарата является регистрация вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (ВМВП).

Целью нашего исследования являлась оценка функционального состояния утрикулюса с помощью ВМВП у пациентов с ДППГ на различных этапах лечения заболевания.

Материалы и методы исследования: За период с июня 2019 по январь 2022 г. было обследовано 72 пациента (54 женщин и 18 мужчин в возрасте $52,3 \pm 6,1$ лет) с идиопатическим ДППГ заднего полукружного канала (ЗПК), без признаков иной периферической или центральной вестибулопатии. Пациентам проводили регистрацию окулярных ВМВП до и спустя 7 дней после проведения

репозиционных маневров: оценивали пороги возникновения ответа (норма - 70-100дБ), латентность (норма - $n1-10,5\pm 1,0$ мс, $p1- 15,3\pm 1,2$), асимметрию амплитуды ответа (норма менее 40%). При регистрации окулярных ВМВП до лечения клинически значимых изменений порогов ($90,5\pm 2,5$ дБ), латентности возникновения ответа ($n1-10,3\pm 0,4$ мс, $p1- 15,3\pm 0,6$) не зарегистрировали ни у одного обследованного; амплитуда ответа на здоровой стороне составила $11,06\pm 2,55$ мкВ, на стороне поражения – $4,49\pm 1,28$ мкВ; асимметрия $p1-n1 - 49,7\pm 4,9\%$ (норма менее 40%). Спустя 7 дней после успешного репозиционного лечения при регистрации окулярных ВМВП пороги и латентность возникновения ответа не изменились ($90,5\pm 2,5$ дБ; $n1-10,2\pm 0,4$ мс, $p1- 15,3\pm 0,5$, соответственно). Амплитуда $p1- n1$ на здоровой стороне практически не изменилась ($12,01\pm 2,69$ мкВ), а на стороне поражения возросла почти в два раза ($8,43\pm 1,99$ мкВ); асимметрия $p1-n1$ уменьшилась и составила $31,3\pm 8,7\%$.

Результаты: При статистическом анализе полученных результатов (парный критерий Вилкоксона) разница амплитуды $p1-n1$ на пораженной стороне до и спустя 7 дней после успешного лечения была статистически значимой ($Z=3,415839$, $p=0,000636$, $p<0,05$), что свидетельствует об улучшении функции утрикулуса на пораженной стороне спустя 7 дней после успешного репозиционного лечения. Полученные нами данные свидетельствуют об улучшении функции утрикулуса у пациентов с изолированным ДППГ ЗПК на пораженной стороне после успешного лечения, что обусловлено рефиксацией отолитов на поверхности отолитовой мембраны после вестибулярной реабилитации.

Выводы: Таким образом, метод регистрации окулярных ВМВП является объективным методом эффективности репозиционного лечения при ДППГ.

ЗНАЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Абдуллаев С.А. Махмудов Т.Б. Худайназаров У.Р.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Осложнение с хирургической инфекцией при сахарном диабете составляет до 30-40% всех больных хирургического профиля. Различные поражение стоп встречается у 25% больных сахарным диабетом. Из них у 15% разливается на фоне язвенно-некротические формы, что приводящие к ампутации нижних конечностей.

Не утешительные результаты, связанные с большим количеством смертельных случаев и малой эффективностью хирургического лечения у больных с некротическими изменениями стоп при сахарном диабете, заставляют вести поиск новых методов лечения прерывания восходящего некроза и потери нижних конечностей. Одним из таких современных малоинвазивных методов, позволяющих помочь в сохранении стопы и уменьшить объём некротомии и резекции, при синдроме диабетической стопы, является эндоваскулярное вмешательство на сосудах нижних конечностей. Данный метод лечения давно зарекомендовал себя своей эффективностью и безопасностью.

Цель исследования: Усовершенствовать тактики эндоваскулярного хирургического лечение синдромом диабетической стопы

Материалы и методы исследования: В период с 2020 по 2023 г. под нашим наблюдением находился 31 пациент с синдромом диабетической стопы (СДС) в возрасте от 50 до 85 лет. Трофические поражения правой конечности было выявлено у 14 больных, левой конечности у 16 больных и обеих конечностей у 1 больного. Трофические язвы пальцев и стопы были выявлены у 7 больных, гангрены у 14 больных, тромбозы сосудов

нижних конечностей у 2 больных, незаживающие послеоперационные раны у 4 больных и выраженный болевой синдром у 4 больных. По данным МСКТ изолированное поражение поверхностной бедренной артерии (ПБА) было выявлено у 1 пациента, ПБА с артериями голени – 4, ПБА с подкаленной артерией (ПА) и артериями голени – 9, изолированное поражение ПА – 3, ПА с артериями голени – 5, изолированное поражение артерий голени -9. В дооперационном периоде больным производилась двойная антиагрегантная терапия (тромбопол 75 мг + прасугрел 10 мг) и коррекция нарушения углеводного обмена.

Диагностическая программа включала исследование реологических свойств крови, гемостаза, проведение ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей, МСКТ – ангиография сосудов нижних конечностей. Определение напряжения кислорода в межпальцевом промежутке стопы проводилось как в до, так и в послеоперационном периоде (на 1 сутки после операции) в сочетании с доплерографией сосудов нижних конечностей.

Всем пациентам в результате обследования был назначен эндоваскулярный метод лечения. Из 31 пациента у 15 была ишемия ПБ- III степени и у 16 – IV степени.

Чрескожная баллонная транслюминальная ангиопластика (ЧБТА) со стентированием ПБА и ПА была произведена 14 больным, баллонная ангиопластика без стентирования -17. В большинстве случаев мы использовали антеградный трансфеморальный доступ (18 пациентов), в 3 случаях нами был применен ретроградный тиббиальный доступ. У всех пациентов с ПБ- III степенью ишемии удалось произвести операцию удачно с полным восстановлением кровотока, у 5 пациентов с ишемией IV степени полного восстановления кровотока добиться не удалось.

Обсуждение результатов исследования. Положительного результата удалось добиться у пациентов с ишемией ПБ- III степени, что отразилось на улучшении качества жизни больных. У одного больного с IV степенью ишемии, не смотря на проведенное эндоваскулярное вмешательство, в раннем послеоперационном периоде наблюдалось прогрессирование ишемии, что потребовало высокой ампутации. Осложнение было связано с протяженной окклюзией, малоподвижным образом жизни и нарушением приема препаратов в послеоперационном периоде.

У 2 пациентом в периоде от 1 до 2 месяцев, потребовалось повторное вмешательство в связи реокклюзией сосудов голени и признаков ишемии, что потребовало повторной ангиопластики. У большинства пациентов в сроке от 3-6 месяцев, по данным ультразвуковой диагностики, мы наблюдали повторные окклюзии артерий голени, без признаков нарастающей ишемии, что было связано с хорошим развитием коллатерального кровообращения.

В послеоперационном периоде все больные находились на двойной антиагрегантной терапии в течение 1 года, спазмолитики, препараты улучшающие коллатеральное кровообращение и стимуляторы регенерации тканей применялись в течение 1 месяца. Отдаленные периоде положительный результат наблюдался у 26 больных из исследуемой группы.

Ангиографическое исследование должно выполняться всем пациентам с сахарным диабетом, имеющим жалобы на боль в нижних конечностях, возникающую при ходьбе на расстояние менее 200 м. Тем более, это исследование должно выполняться при появлении язвенно-некротических дефектов на стопе.

Восстановление магистрального кровотока даже по одной из берцовых артерий приводит к редукции степени ишемии и заживлению язвенно-некротических дефектов.

Эффективность рентгенохирургических методов реваскуляризации у пациентов с П-Б-III степенью ишемии не уступает результатам открытых операций на сосудах. У пациентов с IV степенью ишемии результаты применения баллонной ангиопластики и

стентирования лучше, чем после применения традиционных методов лечения этой категории больных.

Применение спазмолитиков, препаратов улучшающих коллатеральное кровообращение и стимуляторы регенерации тканей в пред- и послеоперационном периоде, положительно отражается на процессе заживления ран нижних конечностей.

Вывод: Ранняя диагностика степени ишемии при синдроме диабетической стопы и применение эндоваскулярного метода лечения считается самым оптимальным способом хирургического лечения синдрома диабетической стопы.

ГНОЙНО – НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдуллаев С.А., Худойназаров У.Р., Байсариев Ш.У., Йулдошев Ф.Ш.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Не удовлетворительные результаты, связанные с большим процентом смертельных случаев и малой эффективностью хирургического лечения у больных с различными осложнениями хирургической инфекцией при сахарном диабете, заставляет вести поиски новых методов лечения. Несмотря на развитие медицинской науки проблемы хирургической инфекции остается актуальной проблемой, так как осложнение с хирургической инфекцией при сахарном диабете составляет до 30-40% всех больных хирургического профиля. Среди причин сепсиса в 44% случаев преобладали воспалительные, гнойно- некротические осложнения мягкой тканей при сахарном диабете.

Цель работы: выяснить эффективности своевременного местного комплексного хирургического лечение с этапной некрэктомией.

Материалы и методы. В гнойно- септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения и многопрофильного клиники СамГМУ находились на стационарном лечении 67 больных сахарном диабета, диабетической стопой, осложненными некротическими фасциитами. Мужчин было 39, женщин 28. Возраст больных были от 26 до 76 лет.

Для уточнения степени выраженности макро и микрососудистых поражений всех больных подвергались ультрозвуковому, рентгенологическому (рентгенография конечностей, рентгеноскопия грудной клетки), доплерографическому исследованию. При необходимости КТ и МСКТ – ангиографии сосудов конечностей. Помимо этого все лабораторные исследование крови и мочи, биохимические исследование, количество сахара в крови в динамике и бактериологические исследование из гнойных ран. Произведены иммунологические мониторинг.

Причинами гнойно-некротических воспалений мягких тканей были: сахарный диабет-2 го типа, тяжелая форма синдромом диабетической стопы, парапроктиты, флегмона промежности, болезнь Фурнье, флегмона верхних и нижних конечностей, глубокие постинъекционные абсцессы, ушемлённые пупочные, паховые грыжи с воспалением грыжевого мешка.

При развитии фасциита первыми поражаются поверхностные фасции, подкожно-жировая клетчатка. В этой стадии болезни первичные признаки не появляются в плане диагностики бывают определённые затруднения. Некротических фасциитах появляются массивные отёки, локальная боль и признаки интоксикации. При локализации гнойнонекротического процесса в области стоп и пальцев гнойный процесс распространяются вверх по фасциям и по синовиальной оболочки мышц (мионекрозы). При вскрытии флегмоны, абсцесса далеко от инфильтрата мягких тканей

в глубине раны выявлены вязкого характера желтовато-серого цвета гнойные массы со специфическим ихорозным запахом. У 34 больного обнаружены сепсис. У 50 больных наблюдалось обычное течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса.

Результаты и обсуждение. В последние годы при выборе метода хирургического лечения больных с гнойно-некротическим осложнением сахарного диабета, учитываем характер и распространенность воспалительного процесса мягких тканей. Около 39-45% случаев сепсиса вызывает стафилококки (*stafilococcus albus*, *st.aureus*). Стафилококки вырабатывают гемолизин, лейкотоксин, дерматонекротоксин, энтеротоксин. Помимо этого, стафилококки способствуют ущемлению другими микроорганизмами выработки ферментов коагуляции, лейкотоксинов и гиалуронидазы. Токсины стафилококков влияют на окислительно - восстановительные процессы организма. Данное положение перед хирургами создает определенные трудности, так как необходимо точно определить виды возбудителей, точный диагноз и адекватных методов лечения. Поэтому при сепсисе воспалительно-некротических осложнений мягких тканей, предоперационном подготовке необходимо оперативные лечения. В качестве монотерапии мы применяли амоксициллин клавулант как антианаэробной функции. Помимо этого, цефалоспорины IV поколения совместно с метронидазолом или карбопинеми. В качестве иммунозаместительной терапии мы применяли пентоглобин. Стандартная доза 3-5 мл/кг/сутки, вводится течение 3 суток. При местном лечении применяли мазь левомикол, лорабен и ферменты трипсин, химотрипсин. Местные клинические признаки некротических фасциитов имеют свои особенности, на коже специфические местные признаки визуально не определялись. Особенностью течения некротических фасциитов развивается гнилостно- некротических процесс в фасции и переходит в подлежащим мышцам (мионекрозы). Мы наблюдали группу больных которые поступили в стационар поздно их состояния были тяжелыми и выявлены клинические признаки сепсиса.

В наших наблюдениях выяснилось, что больных с острыми парапроктитами, осложненными фасциитами промежности, большими флегмонами передней брюшной стенки, гнойно-некротическими флегмонами пальцев и стоп обращались в стационар поздно. Именно в этой группе больных часто развивалось сепсис. УЗИ является высоко информативным методом диагностики по локализации гнойного процесса мягкой ткани, его размеры глубины поражения.

В лечении некротических фасциитов необходимо своевременного раннего радикального оперативного вмешательства: полноценный хирургический разрез, санация раны, адекватное дренирование. Все наши больные своевременно подвергались оперативному лечению, то есть широкими разрезами были вскрыты флегмоны и абсцессы ягодицы, бедра, голени с удалением некротических тканей.

В отдельных случаях из-за тяжести состояния больных сделать полную некрэктомию невозможно. Поэтому в после операционном периоде произведена этапная некрэктомию. Раны обрабатывались раствором перекиси водорода, проводили тщательную, по мере возможности некрэктомию и дренирование раны. Если в послеоперационном периоде развивается повышение температуры, тахикардия, боли в области послеоперационной раны, особого улучшения общего состояния больных не наблюдается — это является показанием к повторной ревизии раны для поиска источника. При контрольном УЗИ в глубине мягких тканей вокруг раны были обнаружены жидкостное образование. В отдельных случаях когда выше приведенные исследования не удается возможным мы применяли пункционные методы обследования вокруг ран. При обнаружении наличия жидкости мягких тканях проводились расширение раны.

Вывод. Своевременного, комплексного местного и хирургического лечения

гноино-септических осложнений с этапной некрэктомией является наиболее оптимальным способом лечения при сахарном диабете.

«ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»

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

Актуальность проблемы. По оценке ВОЗ ежегодно в мире эхинококкозом заболевают более миллиона человек. На сегодняшний день эхинококкоз называют гельминтологическим раком XXI века [ВОЗ, 2021; Tabain I, 2010]. Разрыв эхинококковой кисты (ЭК) приводит к массивной диссеминации, требующих неоднократного оперативного лечения, которая колеблется от 5,9 до 30% и протекает с послеоперационной летальностью, достигающей 7-18% [Шевченко Ю.Л., 2016; El Kady N., 2011].

Материал и методы. Наша Клиника имеет опыт лечения 714 случаев эхинококкоза различной локализации, в том числе и ДЭ органов брюшной полости, которые составили 87 больных. Больные ДЭ органов брюшной полости условно разделены на 2 группы: - группа сравнения – 41 (47,1%) больной, которые подлежали хирургическому лечению придерживаясь «традиционных» подходов с 2011 по 2017 гг.; -основная группа - 46 (52,9%) больных, которые подлежали хирургическому лечению придерживаясь оптимизированной хирургической тактики с 2018 по 2022 гг.

Мы внесли уточнение в определение. ДЭ органов брюшной полости - это самая тяжелая форма осложнения болезни, проявляющееся первичным, вторичным или третичным обсеменением органа - носителя (преимущественно печени) и органов брюшной полости зародышевыми элементами паразита, а также проявляющегося более тремя кистами. Нами разработана клиническая классификация ДЭ органов брюшной полости, что позволило способствовало оптимизации хирургической тактики и улучшению исходов хирургического лечения (IMODG #000-000-870 от 19.06.2023).

При диагностике использовались общеклинические методы в сочетании рентгеноскопией, ультразвуковым исследованием и компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией. С целью определения статистической значимости полученных данных рассчитывали χ^2 и p критерию Пирсона, а также по T-Student.

Операции выполнялись прецизионно, подкожную клетчатку, брюшную полость отграничивали от ЭК марлевых тампонов, смоченные гипертоническим раствором (20-30%) хлорида натрия. Также, нами проводилась многокомпонентная обработка стенок ОП: внутреннюю поверхность фиброзной капсулы 10%-ным раствором натрия хлорида с экспозицией 2 мин, фурацилином, подогретым до температуры 70°C 2 мин, 70° -ным спиртом 2 мин, и 5%-ной йодной настойкой с экспозицией 2 минуты и в конце, электрокоагуляция внутренней поверхности и краев фиброзной капсулы 2 мин., всего 10 минут (FAP81883 ПВРУз от 06.05.2023).

Для улучшения доступа к печени, при диссеминации эхинококкоза в малый и большой сальник, мы сначала удаляли большой и малый сальник, затем производили ЭЭ печени. Кисты, расположенные на брыжейках тонкой, толстой кишки и париетальной брюшине, в основном при диаметре 5-6 см, сначала обкладывали салфеткой, обработанной 10% раствором натрия хлорида, пунктировали, далее аспирировали содержимое, удаляли хитиновую оболочку, затем производили многокомпонентную обработку с электрокоагуляцией внутренней поверхности фиброзной капсулы.

Сочетанное применение химических, физических, термических, механической и биологических методов явилось гарантией соблюдения апаразитарности и антипаразитарности хирургического вмешательства. Завершающий этап оперативного вмешательства состоит в ликвидации ОП, которые были закрытыми, полузакрытыми или открытыми, а также полное или частичное удаление фиброзной капсулы кисты, что нередко эти оперативные приемы комбинировали. При этом предпочтение отдавалось органосберегающим операциям.

Мы разработали способ антисколецидной обработки ОП, при котором внутреннюю поверхность фиброзной капсулы 10%-ным раствором натрия хлорида с экспозицией 2 мин, фурацилином, подогретым до температуры 70⁰ С 2 мин, 70⁰-ным спиртом 2 мин, и 5%-ной йодной настойкой с экспозицией 2 минуты и в конце, электрокоагуляция внутренней поверхности и краев фиброзной капсулы 2 мин., всего 10 минут. Именно такая экспозиция и процентное соотношение выбранных препаратов, обеспечивает отсутствие гепатотоксического эффекта с максимальным сколексоцидным воздействием.

Еще одним усовершенствованием была разработка алгоритма хирургической тактики (№DGU 24805 от 13.04.2023). После выполнения операции проводится профилактическая послеоперационная химиотерапия, в сочетании с гепатопротекторами и иммунологической коррекцией.

Таким образом, придерживались уточненного понятия, предложенной классификации, а также разработанного алгоритма действий и способа обработки и ликвидации ОП, частота осложнений общего характера уменьшилось с 9,7 до 2,2%, связанных непосредственно с ЭЭ - с 34,1 до 6,5%, а также удалось избежать случаев релапаротомии и летальности. Также улучшить отличные и хорошие результаты с 22,0 до 79,4%. Вместе с тем, уменьшить частоту удовлетворительных результатов с 29,3 до 13,0% и плохих – с 26,8 до 4,3%, что в целом, позволило улучшить результаты хирургического лечения ДЭ органов брюшной полости.

АНАТОМИЯ ВНЕШНЕГО УХА СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ, ЕЕ РОЛЬ В ПРОЦЕССЕ ЗВУКОПРИЕМА

**Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Внешнее ухо представляет собой сложную анатомическую структуру, играющую ключевую роль в процессе преобразования звуковых колебаний в нервные импульсы. Внешнее ухо является важной частью слуховой системы человека. Его анатомическая структура и функциональные аспекты имеют важное значение для понимания механизмов звукоприема. Несмотря на многие исследования в этой области, детальное понимание роли ушной раковины остается предметом постоянного интереса и изучения.

Ушная раковина является видимой частью внешнего уха. Внешнее ухо представляет собой сложную систему, разделенную на два основных отдела костной и хрящевой.

Костный отдел: Начиная с внутренней стороны, костный отдел внешнего уха представляет собой небольшую часть височной кости. Эта часть обеспечивает структурную устойчивость ушной раковины и служит защитным элементом для более внутренних анатомических структур, таких как среднее ухо.

Хрящевой отдел: Внешний вид ушной раковины обусловлен хрящевым отделом. Он состоит из хрящевых пластин, придающих раковине особую форму. Гибкость и упругость хрящевой ткани позволяют ушной раковине эффективно собирать и направлять звуковые волны внутрь слухового прохода.

Трехмерная структура: Структура ушной раковины трехмерна и сложна. Каждая из хрящевых пластин имеет свою уникальную форму и анатомическое положение, что создает оптимальные условия для сбора звука.

Функциональные элементы: Отметим несколько ключевых функциональных элементов, ушная раковина верхней, средней и нижней части. Эти компоненты работают синергично для улучшения звукоприема.

Функции ушной раковины представляют собой сложный комплекс биологических и механических процессов, направленных на оптимизацию восприятия звуковых сигналов перед их передачей во внутреннее ухо.

Ушная раковина работает как акустический резонатор. Благодаря своей форме и структуре, она усиливает определенные частоты звукового спектра. Это позволяет более четко различать звуковые сигналы разной высоты тона. Кроме того, ушная раковина направляет звуковые волны внутрь слухового канала, улучшая их качество и направление. Этот процесс особенно важен в условиях шумного загрязнения окружающей среды, так как позволяет сосредотачиваться на конкретных звуках.

Звуки, попадающие в ушную раковину, подвергаются процессам фильтрации и модификации. Это позволяет улучшить понимание речи и других звуковых сигналов.

Ушная раковина играет важную роль в способности человека определять направление и источник звука. Благодаря ее анатомическим особенностям, возможна точная пространственная локализация звуковых источников.

Роль ушной раковины в процессе звукоприема является ключевым аспектом слуховой функции организма.

Вывод: Анатомия внешнего уха, особенно ушной раковины, представляет собой сложную систему, нацеленную на эффективный прием и обработку звуковых сигналов. Костный и хрящевой отделы внешнего уха обеспечивают структурную устойчивость и форму ушной раковины. Трехмерная структура, функциональные элементы и адаптации позволяют ушной раковине собирать, улучшать и направлять звуковые волны внутрь слухового прохода. Функции ушной раковины, включая амплификацию звуковых волн, фокусировку, улучшение акустических сигналов, а также пространственную локализацию звуков, существенно влияют на процесс звукоприема. Ушная раковина играет важную роль в адаптации слуховой системы к различным условиям окружающей среды и в улучшении качества восприятия звука. Изучение анатомии и функций ушной раковины имеет важное значение для понимания механизмов слуха и может быть применено в медицинских и инженерных областях, связанных с акустикой и аудиологией. Эта область остается предметом постоянного интереса и исследования.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ

**Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Ушная раковина представляет собой сложную анатомическую структуру, играющую ключевую роль в процессах слухового восприятия и охраны внутренних структур органов слуха от механических повреждений и инфекций. Различия в анатомии ушной раковины могут иметь значительное влияние на развитие различных заболеваний и медицинскую практику в целом.

Разные формы ушной раковины могут повышать или уменьшать риск развития внешних инфекций. Например, у людей с более изогнутой ушной раковиной, существует

повышенный риск развития наружного отита. Это связано с тем, что изогнутая раковина может создать благоприятные условия для задерживания влаги и микроорганизмов.

Анатомические особенности слухового прохода имеют значение для подбора аудиопротезов и проведения хирургических вмешательств. Большой или узкий слуховой проход может затруднять ношение некоторых видов слуховых аппаратов. Также, при планировании хирургических вмешательств, необходимо учитывать размеры и форму слухового прохода для выбора подходящего инструмента.

Расположение ушной раковины в пространстве имеет важное значение для звукопроводящей функции. Например, при сильном изогнутом положении раковины, звуковые волны могут быть искажены перед попаданием в слуховой проход, что может привести к искаженному слуховому восприятию.

Знание анатомических особенностей ушной раковины имеет критическое значение для проведения хирургических операций в области уха. Хирурги должны принимать во внимание форму и размеры ушной раковины при планировании операций, таких как удаление опухолей или реконструктивных операциях на ушной раковине.

Вывод: Анатомические особенности ушной раковины играют важную роль в медицинской практике, влияя на развитие различных заболеваний и хирургических вмешательств. Понимание этих особенностей позволяет врачам более точно диагностировать и лечить пациентов, а также предпринимать эффективные меры по профилактике заболеваний уха. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать разработке более точных методов диагностики и лечения заболеваний ушной раковины.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ушная раковина представляет собой сложную анатомическую структуру, которая выполняет не только эстетическую функцию, но и играет ключевую роль в обеспечении слуха и равновесия человека.

Ушная раковина состоит из хряща и имеет мышцы, покрытых кожей. Её форма напоминает чашку, что позволяет собирать звуковые волны и направлять их внутрь слухового прохода. Основные компоненты ушной раковины включают:

Хрящи: Главный хрящ, называемый хрящом ушной раковины, обеспечивает ей жёсткость и форму. Он имеет кривизну, что помогает собирать и направлять звуковые волны.

Мышцы: Мышцы окружают ушную раковину. Они позволяют человеку изменять положение и ориентацию раковины, что в свою очередь влияет на принятие звуковых сигналов, но данная функция мышц у людей не сильно выражена. Поэтому уши у большинства людей не подвижны.

Кожа ушной раковины обычно тонкая и подвижная. Она покрывает хрящи и мышцы, а также сливается с кожей окружающей области.

Ушная раковина играет важную роль в процессе принятия звуковых волн. Её анатомическая форма и специфические особенности позволяют ей собирать звуковые сигналы из окружающей среды и направлять их в слуховой проход. Отражение и преломление звуковых волн, осуществляемое ушной раковинной, улучшает восприятие звука и помогает в различении источников звука.

Ушная раковина также выполняет важную защитную функцию. Благодаря своему положению и форме, она предотвращает попадание инородных тел в слуховой проход,

которое может повредить барабанную перепонку и другие части уха. Кроме того, ушная раковина может служить естественным барьером для вредных факторов окружающей среды, таких как ветер, пыль и влага.

Несмотря на то, что ушная раковина не непосредственно связана с вестибулярной системой (ответственной за равновесие), она играет определённую роль в этом процессе. Мышцы, окружающие ушную раковину, могут быть вовлечены в реакции на изменения положения головы и тела. Это связано с тем, что ухо, равно как и глаза, участвует в поддержании пространственной ориентации и контроле над равновесием.

Вывод: Ушная раковина представляет собой удивительную анатомическую структуру, которая сочетает в себе эстетическую красоту и множество функциональных задач. Её особенности поддерживают как звукоприёмную функцию, так и защитные функции, а также оказывают некоторое влияние на поддержание равновесия. Глубокое понимание этих аспектов позволяет нам лучше осознать ценность и значимость ушной раковины в нашей повседневной жизни.

РАЗВИТИЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ У ЧЕЛОВЕКА: ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

**Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Ушная раковина является важной частью внешнего уха человека, играя ключевую роль в процессе восприятия слуха. Её формирование происходит на протяжении различных этапов жизни человека, начиная с эмбрионального периода и завершаясь в подростковом возрасте.

Первоначальное формирование ушной раковины начинается в эмбриональный период развития человека, примерно на 6-й неделе беременности. В этот период происходит образование множества эмбриональных жаберных дуг, из которых затем формируются различные структуры головы и шеи, включая ухо.

В результате миграции клеток и формирования хрящевых структур, начинается образование будущей ушной раковины. По мере того как эмбрион растёт и развивается, ушная раковина приобретает свою характерную форму и структуру.

Сразу после рождения у новорожденного ушная раковина обычно имеет нежные, податливые хрящевые ткани. В течение первых месяцев жизни она продолжает развиваться и приобретать свои характерные черты.

Особенно важным этапом является период младенчества, когда ушная раковина может подвергаться воздействию различных внешних факторов, таких как давление от подушки или частое трение при ношении головных уборов. Эти факторы могут оказать влияние на форму и структуру ушной раковины.

В период подросткового роста, обычно начиная с 12-14 лет, ушная раковина подвергается дальнейшим изменениям. В это время активно идет процесс роста и развития всего организма, что также касается и ушей.

Многие подростки могут испытывать изменения в форме и размере ушей. Это может быть связано как с естественным развитием организма, так и с воздействием внешних факторов, например, травмами.

Факторы, влияющие на развитие ушной раковины

Генетические факторы могут оказать влияние на формирование ушной раковины, определяя её особенности. Некорректное ношение головных уборов или давление от подушки в младенчестве могут повлиять на формирование ушной раковины.

Механические повреждения могут изменить форму и структуру ушной раковины.

Вывод: Развитие ушной раковины у человека происходит на протяжении всей жизни, начиная с эмбрионального периода и завершаясь в подростковом возрасте. Важно понимать, что внешние факторы могут влиять на этот процесс, и забота о здоровье ушей важна на каждом этапе жизни.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

**Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Врожденные аномалии ушной раковины представляют собой группу разнообразных аномалий, связанных с нарушениями нормального развития внешнего уха у человека. Они могут варьировать от незначительных косметических дефектов до серьезных аномалий, которые влияют на слух и функции уха.

Врожденные аномалии ушной раковины подразделяются на несколько основных категорий в зависимости от характеристик деформации и степени воздействия на анатомию уха:

1. Макроотия

Макроотия представляет собой увеличение размеров ушной раковины. Она может варьировать от незначительных изменений до крайне выраженных деформаций, когда ухо сильно увеличено в размерах. Макроотия часто ассоциируется с другими аномалиями внутренних структур уха.

2. Микроотия

Микроотия, напротив, представляет собой уменьшение размеров ушной раковины. Эта аномалия может привести к непропорциональности уха относительно других черт лица. В некоторых случаях, микроотия может сопровождаться атрезией внешнего слухового прохода.

3. Атрезия внешнего слухового прохода

Атрезия внешнего слухового прохода - это закрытие или полное отсутствие внешнего слухового прохода. Эта аномалия может привести к полной утрате слуха на пораженной стороне и требует хирургического вмешательства.

4. Синотия

Синотия представляет собой слияние двух ушей, что может привести к образованию одной общей массы ушной ткани. Эта аномалия может сопровождаться деформациями структур внутри уха.

Последствия врожденных аномалий ушной раковины могут быть разнообразными и зависят от конкретной аномалии, ее степени выраженности и сопутствующих дефектов. Вот некоторые из потенциальных последствий:

1. Слуховые нарушения

В случаях атрезии внешнего слухового прохода или сопутствующих аномалий внутренних структур, может возникнуть существенное нарушение слуха. Это может потребовать хирургического вмешательства для восстановления слуха.

2. Косметические дефекты

Макроотия, микроотия и другие деформации ушной раковины могут вызывать косметические проблемы, что оказывает негативное воздействие на эмоциональное состояние пациента.

3. Психосоциальные аспекты

Врожденные аномалии ушной раковины могут повлиять на психосоциальную адаптацию пациента. Особенно это актуально для детей, поскольку косметические аномалии могут привести к негативным эмоциональным и социальным последствиям.

Вывод: Врожденные аномалии ушной раковины представляют собой разнообразную группу деформаций, требующих внимательного медицинского вмешательства. Они могут иметь различные последствия, включая нарушения слуха, косметические дефекты и психосоциальные проблемы. Раннее обнаружение и компетентное лечение играют решающую роль в обеспечении оптимальных результатов для пациентов с врожденными аномалиями ушной раковины.

РОЛЬ УШНОЙ РАКОВИНЫ В СЛУХОВЫХ НАРУЖНЫХ ПРОТЕЗАХ

Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Слух - один из ключевых аспектов человеческого восприятия мира. Он позволяет нам воспринимать звуки окружающей среды, общаться и наслаждаться музыкой. Однако, некоторые люди сталкиваются с проблемами слуха из-за различных факторов, таких как возрастные изменения, травмы или генетические аномалии. В таких случаях слуховые аппараты становятся спасительным средством. Однако, многие из нас могли бы и не задумываться о том, каким образом они работают и какую роль играет ушная раковина в их конструкции.

Ушная раковина - это внешняя часть наружного уха, которая собирает звуковые волны из окружающей среды и направляет их внутрь в слуховой проход. Она выполняет несколько важных функций:

Ушная раковина обладает формой, способствующей усилению некоторых частотных компонентов звуковых волн. Это позволяет улучшить восприятие звука.

Ушная раковина служит естественным барьером, предотвращая попадание пыли, грязи и инородных предметов в слуховой канал. Это важно для поддержания чистоты и здоровья уха.

Благодаря сложной анатомии ушной раковины, организм способен определить направление, из которого идет звук. Это особенно важно для правильной ориентации в пространстве и быстрого реагирования на звуковые сигналы.

С развитием технологий исследователи и инженеры стремятся максимально воссоздать естественные механизмы слуха. В этом контексте роль ушной раковины становится крайне важной.

Современные методы сканирования позволяют создавать 3D-модели ушной раковины для каждого конкретного пациента. Это позволяет инженерам разрабатывать персонализированные слуховые аппараты, максимально адаптированные под анатомические особенности каждого пациента.

Инженеры постоянно ищут новые материалы, которые могли бы точнее воспроизводить функции ушной раковины. Гибкие, прочные материалы способствуют созданию более комфортных и эффективных аппаратов.

С использованием передовых алгоритмов обработки звука, слуховые аппараты сегодня способны эмулировать естественное усиление, которое обычно предоставляет ушная раковина.

Вывод: Ушная раковина играет фундаментальную роль в создании современных слуховых аппаратов. Ее анатомические особенности и функции важны для правильной передачи звука в слуховой проход, а инновации в технологиях позволяют создавать все более эффективные и комфортные устройства. Персонализированные подходы к созданию слуховых аппаратов на основе индивидуальных параметров ушной раковины приносят новую надежду и комфорт тем, кто сталкивается с проблемами слуха.

РОЛЬ УШНОЙ РАКОВИНЫ В СЛУХОВОМ АНАЛИЗЕ: КАК УШНАЯ РАКОВИНА ПОМОГАЕТ РАЗЛИЧАТЬ РАЗНЫЕ ЗВУКОВЫЕ ЧАСТОТЫ

Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Слух - одно из самых важных человеческих чувств, позволяющее нам воспринимать окружающий мир через звуковые волны. Для точного восприятия различных звуковых частот необходимо, чтобы все компоненты уха работали в гармонии. Одним из важных элементов слуховой системы является ушная раковина, выполняющая ключевую роль в слуховом анализе.

Ушная раковина представляет собой часть внешнего уха и имеет уникальную анатомическую структуру. Она состоит из кожи и хрящевых тканей, придающих ей форму, а также обладает вогнутой структурой, направленной в сторону источника звука.

Главной функцией ушной раковины является сбор и направление звуковых волн внутрь. Этот процесс начинается с момента, когда звуковая волна попадает на ушную раковину. Затем, благодаря своей форме, ушная раковина направляет звуковые волны в слуховой проход, где они попадают на барабанную перепонку.

Одной из важнейших функций ушной раковины является амплификация низких частот и фильтрация высоких. Благодаря своей форме и структуре, ушная раковина создает резонансные эффекты для различных частот звуковых волн. Это позволяет человеку лучше различать звуки разных частот и определить их источник.

Ушная раковина также играет ключевую роль в формировании пространственного восприятия звука. Благодаря своей анатомии, она позволяет определить направление, откуда идет звуковая волна. Это особенно важно для определения источника звука в трехмерном пространстве.

Ушная раковина адаптируется к различным условиям окружающей среды. Например, она способна изменять свою форму для улучшения восприятия звуков которая хорошо выражено у животных в условиях повышенного шума или при наличии эха.

Вывод: Ушная раковина является важным компонентом слуховой системы человека. Ее анатомия и структура позволяют собирать, направлять и амплифицировать звуковые волны, а также определять их пространственное распределение. Понимание роли ушной раковины в слуховом анализе позволяет нам лучше понимать сложные механизмы восприятия звука и способы его оптимизации.

РОЛЬ АНАТОМИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУРАХ

Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Анатомия ушной раковины является ключевым компонентом понимания внутренней структуры уха и является неотъемлемой частью работы специалистов в области отоларингологии и хирургии уха. Глубокое знание анатомии позволяет врачам точно диагностировать и эффективно лечить множество заболеваний, связанных с ушной раковинной.

Первоочередная задача специалистов в области отоларингологии - точная диагностика заболеваний уха. Знание анатомии ушной раковины позволяет определить нормальную структуру органа и выявить отклонения, связанные с патологическими изменениями. Например, знание расположения внутренних структур, таких как

барабанная перепонка, слуховой проход и ушная раковина, помогает выявить дефекты или опухоли.

При проведении хирургических процедур анатомическое знание имеет критическое значение. Знание точной анатомии позволяет хирургам планировать доступ к пораженной области, минимизируя повреждение окружающих тканей. Например, при удалении опухоли или восстановлении барабанной перепонки, понимание анатомии помогает избежать повреждения важных структур.

Глубокое понимание анатомии ушной раковины позволяет предотвратить возможные осложнения во время и после хирургических вмешательств. Знание расположения сосудов, нервов и других анатомических особенностей позволяет избежать непредвиденных ситуаций в ходе операции.

Понимание анатомии ушной раковины играет важную роль в развитии новых технологий и методов диагностики и хирургических вмешательств. Современные медицинские технологии, такие как эндоскопия и лазерная хирургия, основаны на глубоком понимании анатомии и позволяют проводить более точные и минимально инвазивные процедуры.

Вывод: Анатомия ушной раковины играет важнейшую роль в диагностике и хирургических процедурах, связанных с ушами. Глубокое знание анатомии позволяет специалистам точно диагностировать заболевания и эффективно проводить хирургические вмешательства, минимизируя риски и предотвращая осложнения. Развитие новых технологий в этой области также невозможно без основательного понимания анатомии. Таким образом, анатомия ушной раковины является неотъемлемой частью современной отоларингологии и хирургии уха.

РОЛЬ УШНОЙ РАКОВИНЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗВУКОВОГО ОБРАЗА

**Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Уши играют важнейшую роль в нашем восприятии окружающего мира, обеспечивая нам возможность слышать и анализировать звуки. Однако не многие задумываются о том, как именно орган слуха влияет на наше восприятие звуков. Важной частью слуховой системы является ушная раковина, которая выполняет функцию сбора и направления звуковых волн к барабанной перепонке. Форма и структура ушной раковины имеют существенное значение для точности передачи информации о звуке в наш мозг.

Форма ушной раковины разнообразна. Она может быть больше или меньше, иметь более выразительные изгибы и вырезы. Эти особенности позволяют ушной раковине улавливать звуки под разными углами и направлять их к слуховому проходу более точно.

Более крупные и изогнутые раковины способны собирать звуковые волны с большей поверхности, что особенно полезно при слабом звуке или в условиях шумного окружения. Это позволяет нам услышать звуки, которые могли бы быть незамеченными без этого дополнительного усилия со стороны ушной раковины.

Структура ушной раковины также имеет важное значение. Она представляет собой сложную систему кривизны и складок, которая формирует резонансные частоты. Резонансные частоты зависят от длины и формы ушной раковины. Они являются особенно важными для восприятия высокочастотных звуков.

У каждого человека форма и структура ушной раковины уникальны. Это означает, что восприятие звука может немного различаться от человека к человеку. Некоторые особенности ушной раковины могут влиять на способность различать определенные частоты или на уровень комфорта при восприятии сильных звуков.

Более того, некоторые индивидуальные особенности ушей могут влиять на способность различать направление и источник звука. Это объясняет, почему некоторые люди обладают более развитой способностью к точной локализации источника звука.

Вывод: Ушная раковина играет значительную роль в нашем слуховом восприятии. Форма и структура этой части уха определяют, как мы воспринимаем звуки разной интенсивности и тоновых характеристик. Индивидуальные особенности ушей могут привести к некоторым различиям в слуховом восприятии между людьми. Понимание этого аспекта анатомии слуховой системы позволяет лучше понимать, как работает наш слух и как мы можем улучшить его восприятие.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ И ИХ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

**Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Уши являются одним из наиболее удивительных и сложных органов человеческого тела. Однако, кроме своей функции обеспечения слуха, ушная раковина также обладает рядом удивительных анатомических особенностей, которые позволяют этому органу адаптироваться к различным условиям окружающей среды. В данной статье мы рассмотрим ключевые анатомические особенности ушной раковины и их роль в адаптации к различным условиям окружающей среды.

Форма ушной раковины является результатом эволюционного процесса, направленного на максимизацию эффективности звукоприема. Ушная раковина имеет сложную конфигурацию, представляющую собой комбинацию впадин и выступов. Эти элементы создают особую поверхность, способствующую фокусировке звуковых волн внутрь уха.

Ушная раковина способна регулировать на давление внутри уха. Это особенно важно при изменении атмосферного давления, таком как во время подъема на большие высоты или погружения под воду. Специальные анатомические элементы, такие как наружный слуховой проход и эвстахиева труба, позволяют компенсировать разницу в давлении и предотвращают повреждения барабанной перепонки.

Ушная раковина также играет важную роль в оценке направления звука. Благодаря сложной форме и анатомии ушной раковины, наш организм способен точно определять, откуда идет звуковой сигнал. Это не только помогает в повседневных ситуациях, но и имеет важное значение в сферах, где необходима точная ориентация по звукам, таких как военное дело и охота.

Адаптация ушной раковины к различным условиям окружающей среды является результатом естественного отбора и эволюции. Уши разных видов животных имеют свои уникальные анатомические особенности, позволяющие им справляться с особенностями их среды обитания. Например, уши ночных хищников, таких как совы, имеют особую структуру, обеспечивающую практически бесшумное перемещение в темноте.

Вывод: Ушная раковина представляет собой выдающийся пример анатомической адаптации к условиям окружающей среды. Её сложная форма и функциональные характеристики позволяют нам воспринимать окружающий мир через звуки и обеспечивают защиту от негативного воздействия внешних факторов. Понимание этих особенностей не только расширяет наши знания о человеческом теле, но и позволяет уважительнее относиться к сложности природы.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.

Абралов Х.К., Маматов М.А.

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

2 – Андижанский Государственный медицинский институт

В отделении хирургии врожденных пороков сердца ГУ РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова и в отделении кардиохирургии АГМИ с 2001 по 2021 гг. по поводу – аномального дренажа легочных вен наблюдались 267 больных. По различным причинам не оперированы 46 (17,2%) больных, из них в связи с общими противопоказаниями к операции 29 (63,05%) и отказом больного и/или родственников – 17 (36,95%). Хирургическая коррекция порока проведена 221 (82,7%) больным; большинство из них оперированы в РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова.

Из 221 оперированных больных с аномальным дренажом легочных вен в ближайшем послеоперационном периоде у 198 (89,5%) отмечены хорошие результаты. Так, в реанимационном отделении, по стабилизации гемодинамики и показателей кислотно-щелочного состояния, эти больные экстубированы в течение 4-12 (в среднем $6,1 \pm 0,17$) часов после коррекции порока. У 25 (11,3%) больных в дооперационном периоде был цианоз кожных покровов, который исчез сразу после операции. Аускультативно у всех больных этой группы исчезла дооперационная шумовая картина. Все гемодинамические параметры стабилизировались в течение первых 2 - 3 суток после адекватной коррекции порока. Однако, отсутствие характерного шума порока после операции, не дает основания думать о полной нормализации гемодинамики.

Так, у 52 (23,5%) пациентов, не смотря на отсутствие шума, оставался акцент II тона над легочной артерией, который является косвенным признаком легочной гипертензии. Из этой группы больных у 12 (5,4%) пациентов отмечены явления легкой степени сердечной недостаточности (одышка, увеличение печени, усиленная, видимая пульсация сосудов шеи и т.д.), лабильность артериального давления и частоты пульса (склонность к тахикардии и различным нарушениям ритма сердца). Вышеуказанные признаки нарушения гемодинамики после минимальной медикаментозной терапии (кардиотоники, гормоны, антиаритмические препараты, витамины, коррекция электролитного баланса и др.), ликвидировались в течение 1-х суток после операции.

В ближайшем послеоперационном периоде у 10 (4,5%) больных отмечен удовлетворительный результат. У всех этих больных общее состояние в послеоперационном периоде было средней тяжести, цианоз кожных покровов у больных с тотальным аномальным дренажом легочных вен исчез, сохранились заметные признаки нарушения гемодинамики и порока сердца.

Так, у 5 (2,2%) пациентов выслушивался слабый систолический шум во II-III межреберье слева от грудины. У всех больных отмечен акцент и расщепление II тона над легочной артерией. Эти признаки были у тех больных, у которых до операции была легочная гипертензия II и III степени. Признаки сердечной недостаточности (одышка, сердцебиение, увеличение печени, высокие цифры центрального венозного давления и усиленная пульсация шейных сосудов), лабильность артериального давления и пульса наблюдались у всех больных этой группы. После адекватной усиленной медикаментозной терапии эти признаки исчезали в течение 2 - 4 суток после операции. Необходимо отметить, что больные этой группы были оперированы в возрасте старше 18 лет и, естественно, имели высокую степень легочной гипертензии (II и III ст.).

Неудовлетворительный (плохой) результат операции в ближайшем послеоперационном периоде отмечен у 13 (5,9%) больных с тотальным аномальным дренажом легочных вен. У этих больных общее состояние в ближайшем послеоперационном периоде прогрессивно ухудшалось, нарастали признаки сердечной недостаточности (одышка, сердцебиение, увеличение печени) и показатели центрального венозного давления, а также ухудшалось кислотно-щелочное состояние. Несмотря на проведенную интенсивную медикаментозную терапию, состояние больных прогрессивно ухудшалось и в течение 1 - 9 (в среднем $4,2 \pm 0,84$) суток наступал летальный исход.

Следует особо подчеркнуть, что хорошие и удовлетворительные результаты получены именно у тех больных, у которых до операции имелась I и II-я степень легочной гипертензии и, что важно, оперированные находились в возрасте до 18 лет.

ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ КИСТИ В УСЛОВИЯХ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ

Авазов А.А., Шакиров Б.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан.

Введение. Среди пострадавших от ожогов преобладают пациенты с поверхностными поражениями, лечение которых в большинстве случаев проводится амбулаторно. Из числа обожженных, госпитализируемых в стационар, большинство также имеет поверхностные ожоги, требующие консервативного лечения. При всем многообразии способов и средств местного лечения ожоговой раны основной задачей является создание оптимальной среды заживления поверхностных ожогов и сокращение сроков подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию. К сожалению, заживление ожоговых ран нередко происходит с неудовлетворительным эстетическим и функциональным результатом. Одной из ведущих задач комбустиологии является разработка оптимальных методов заживления кожного покрова и подлежащих тканей.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 31 больных с ограниченными поверхностными ожогами кисти II-IIIА степени, находившиеся на лечении в ожоговом отделении РНЦЭМП. Площадь ограниченных глубоких ожогов составила от 3 до 7% поверхности тела.

В I группу (основную) были включены 19 больных, поступивших в первые сутки от момента получения травмы. Всем больным после первичной хирургической обработки ран кисти с ожогами II-IIIА степени после наложения антисептического раствора помещали в стерильный одноразовые полиэтиленовые пакеты большого размера с 0,9% раствором натрия хлорида и фиксировали их бинтами. Таким образом мы добивались полной изоляции, поражённой ожогом части тела от внешней среды, обеспечивали физиологическую влажную среду на поверхности раны за счёт изотонического раствора натрия хлорида. Визуальный осмотр ран проводили через стенку прозрачного контейнера 2 раза в сутки, ежедневно производили перевязку с заменой пакета на стерильный и раствора на аналогичный. Изучали сроки очищения ран от омертвевших тканей, а также эпителизации ожоговой поверхности. Ежедневно оценивали выраженность болевого синдрома в баллах по визуальной – аналоговой шкале (ВАШ).

Во II группу (контрольную) были включены 12 больных, поступивших в первые сутки от момента получения травмы и получивших традиционное лечение. Им на обожжённую поверхность накладывали различные антисептические растворы (бетадин, йодопирон) и мази (левомиколь, диоксиколь, офломиелит).

Результаты и обсуждение. В первую группу (основную) в ходе исследования установлено, что сразу после помещения ожоговой раны в полиэтиленовые пакеты с

растворами натрия хлорида значительно уменьшалась или полностью прекращалась боль. Практически безболезненным становились и ежедневные перевязки. Оценка болевого синдрома по ВАШ в 1-сутки составила 3,8 балла затем наблюдалось снижение показателей к 2 -м суткам до 3,75 балла, к 3-м суткам до 3,06 балла. У пациентов с ожогами II степени заживление ран отмечено в среднем через 5 сутки лечения. У пациентов с ожогами IIIА степени в среднем 9 сутки лечения. Ни одного больного не было клинических признаков инфекционных осложнений раневого процесса. Пациенты были выписаны из стационара в среднем через 10,8 сутки после поступления.

У пациентов II группы (контрольная) оценка болевого синдрома по ВАШ в первые сутки составила 4,08 балла, затем наблюдалась снижение 2,7 балла, к 3-м суткам 2,5 балла. У пациентов с ожогами II степени частичная либо полная эпителизация ран отмечена в среднем к 7-му дню лечения. У 6 больных с ожогами IIIА степени в среднем на 13 сутки лечения. У 2 больных были признаки инфекционных осложнений раневого процесса. Пациенты были выписаны из стационара в среднем через 14,3 сутки после поступления.

Вывод. Таким образом, ведение ожоговых ран в условиях влажной среды представляется одним из наиболее перспективных методов консервативного лечения ожогов, позволяющих добиться заживления в максимально короткие сроки с высокими функциональными результатами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА

Азизбек Дилмурод ўгли ДЖАББОРОВ

Студент 119 группы педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: асс. Авазов А.А.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения у тяжелообожженных с сепсисом.

Материал и методы. Проспективное контролируемое исследование вошло 42 пациента с обширными глубокими ожогами от 20 до 45% поверхности тела, в возрасте от 17 до 65 лет. Из них 25 больных составили основную группу с клинико-лабораторными признаками ожогового сепсиса, которым производилась ранняя хирургическая некрэктомия и свободная аутодермопластика. Другие 17 больных составили контрольную группу, которым аутодермопластика производилась на гранулирующую рану.

Одним из современных перспективных методов диагностики сепсиса является прокальцитонинный тест (РСТ). Наши исследования показали, что уровень РСТ более 2 нг/мл во всех случаях коррелирован с развитием клинической картины ожогового сепсиса, а у больных с уровнем РСТ более 10 нг/мл диагноз ожогового сепсиса был подтвержден также патоморфологически.

Основная (25) и контрольная (17) группа больных с ожоговым сепсисом получали комплексную интенсивную терапию включающую: восстановление адекватной гемодинамики, антибиотикотерапию, инфузионную терапию, вазопрессоры, инотропную терапию, препараты крови, нутритивную поддержку, кортикостероиды, активированный протеин С (Зигрис), иммунозаместительную терапию и парентеральную озонотерапию.

Результаты. В основной группе (25) на 5-7 день после травмы некрэктомия выполнена на площади от 5 до 10% поверхности тела и раневая поверхность закрыта «ксенодермой» (у 15) и «амниотической оболочкой» (у 10) на площади от 500 до 950 см². При этом кровопотеря после некрэктомии составила около 550-600 мл, что было компенсировано переливанием эритроцитарной массы. В дальнейшем, через 5-6 дней

некрэктомия оставшейся площади с одномоментной аутодермопластикой расщепленным сетчатым лоскутом (1:2)

В послеоперационном периоде на 3-4 день у 19 больных в гемокультурах бактериемия отсутствовала. У всех больных после ранней некрэктомии (до 850 см²) с одномоментной аутопластикой (до 1050 см²), уровень РСТ снижался и не превышал 0,5 нг/мл, т.е. признаки сепсиса отсутствовали. Таким образом, РСТ-маркер сепсиса, РСТ>2 нг/мл чувствительность 89%, специфичность 94%.

В контрольной группе (17) произведена бескровная шадящая некрэктомия, после очищения ран, произведена аутодермопластика на гранулирующие раны (950-1050 см²). До и после операции были обнаружены гемокультуры с наличием роста. РСТ в течение 7-10 дней после операции находился в пределах от 2 нг/мл до 5 нг/мл, что свидетельствует о продолжающемся течении ожогового сепсиса.

Среди больных I группы летальность составила 20% (5 больных), во второй 41,2% (7 пациентов).

Вывод. Полученные данные подтверждают эффективность ранней некрэктомии и аутодермопластики глубоких ожоговых ран у пострадавших с ожоговым сепсисом.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Азизбек Дилмурод ўғли ДЖАББОРОВ

Студент 119 группы педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: асс. Авазов А.А.

Актуальность: Ожоговая болезнь сопровождается нарушением многих ферментных систем. Изменяется активность альдолазы, аланиновой и аспаргиновой кислот, трансаминазы, щелочной фосфатазы. Их активность зависит не только от площади ожога, но и глубины поражения, а также от стадии ожоговой болезни (Х.К. Карабаев 2010).

Целью исследования: изучить активность каталазы крови у обожженных (М.Ф. Мережинский., Л.С. Черкасов 2001., Н.П.Медведев 2012). Данные литературы об изменениях показателей каталазы при ожоговой болезни весьма скудны. Поэтому мы попытались изучить эти тесты при ожоговой болезни.

Материал и методы исследования. Нами изучена активность каталазы сыворотки у 66 больных с ожоговой болезнью, находившихся на лечении в ожоговом СФРНЦЭМП.

Среди больных ожоговой болезнью мужчина было 41, женщина 25. Возраст больных: от 18 месяца до 74 лет. Площадь глубоко поражения у 17 больных составляла до 10%, у остальных более 10% поверхности тела. Для контроля активность каталазы сыворотки крови определялась у 20 больных с поверхностными ожогами.

Исследование активности каталазы сыворотки крови проводили по периодам болезни в условиях, близких к основному обмену, по перманганатному методу А.Н. Баха и С.Р. Зубковой. Активность каталазы выражали в миллиграммах разрушенной перекиси водорода. Параллельно во всех случаях определяли индекс активности каталазы.

Результаты. Анализируя результаты исследований, мы обнаружили, что индекс активности каталазы крови у 17 больных в периоде шока составлял 0.061±0.005.

Представляется интересным тот факт, что большая степень снижения каталазного индекса наблюдалась у 28 больных в периоде ожоговой токсемии (0.049±0.003) и при наличии у 7 больных осложнения (пневмония, гепатит). Индекс активности каталазы

сыворотки крови чаще снижался у 21 больных с обширными глубокими поражениями кожи в периоде септикоцемии, особенно осложненной сепсисом (0.026+0.004).

Определение активности каталазы сыворотки крови наряду с исследованием функционального состояния печени дало возможность установить, что активность каталазы чаще и больше снижена у больных нарушением функции печени. Имеется прямая зависимость между функцией печени и индексом каталазы.

Выводы. Снижение активности каталазы при ожоговой болезни, вероятно, связано с возникающими у них изменениями в печени, при которых возможно инактивация каталазы печеночными клетками

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ СИСТЕМОЙ AMAZING WHITE.

Азизова З.Д., Абед З.Ж., Дадабаева М.У., Ирсалиева Ф.Х.
Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность исследования. Известно, что эмаль проницаема для органических и неорганических веществ и обменные процессы в ней изменяются под воздействием различных механических и химических факторов. В последние годы появляется все больше сведений о неблагоприятном влиянии перекисных соединений на органы и ткани полости рта, особенно в высоких концентрациях. Имеются данные о повреждающем действии отбеливающих систем на пульпу зуба. Исследование о влиянии профессионального отбеливания на минеральный обмен в эмали зубов показали, что через неделю, после начала применения, выход кальция из эмали увеличивается в 2,3 раза. Многие, из имеющихся на рынке стоматологических материалов, отбеливающие системы характеризуются низким значением pH, что также способствует деминерализации эмали. В большинстве случаев (98%) у пациентов вовремя и после проведения отбеливания зубов появляется гиперестезия, которая связана с открытием системы дентинных канальцев, подтверждающая отрицательное воздействие перекисных соединений на обменные процессы в твердых тканях зубов. Для решения проблемы гиперестезии выделяют несколько основных направлений: obturation дентинных канальцев для ограничения перемещения жидкости в них и блокада проведения нервного импульса. С этой целью использовались соединения фтора (фторид олова, фторид натрия) и стронция (хлорид стронция).

Одной из актуальных задач в клинике терапевтической стоматологии является вопросы уменьшения чувствительности зубов и совершенствования методов сохранения белизны зубов после профессионального отбеливания, так как, каждый организм индивидуальный и способов сохранения и увелечения длительности результата профессионального отбеливания различны, мы решили выяснить какая зубная паста более эффективна в этом вопросе и какую зубную пасту для ежедневного пользования рекомендовать пациентам после процедуры профессионального отбеливания.

Цель исследования: Определение наиболее эффективного метода продления и сохранения результата после отбеливания системой Amazing White, а так же уменьшения гиперэстезии зубов, используя зубные пасты «Colgate Sensitive Pro-Relief» и «Sensodyne мгновенный эффект».

Материалы и методы. В течение 8 недель нами были обследованы 60 пациентов в возрасте от 23 до 50 лет без выраженной стоматологической и соматической патологии, которым проводилось профессиональное отбеливание зубов системой Amazing White в

клинике «IX med». Методика клинического обследования включала опрос, осмотр, зондирование и термометрию, и определение гигиенического индекса, а также определения на сколько тонов осветлилось зубы шкале Vita после процедуры.

Отбеливание проводилось с использованием системы «Amazing White» (США). Основным действующим веществом отбеливающего геля является 36% перекись карбамида (гидроперит).

Пациентам давались необходимые рекомендации по методике и режиму чистки зубов предложенной зубной пастой, при необходимости проводили соответствующее обучение. Повторные осмотры, включающие оценку эффективности отбеливания, а также сохранения тона и уменьшения гиперестезии зубов проводились сразу после завершения манипуляции отбеливания, на следующий день, через неделю и через месяц.

Результаты. Клинический результат после проведения отбеливания во всех трех группах составлял 6 – 8 тонов, что явилось демонстрацией эффективности самой отбеливающей системы «Amazing White». При применении зубной пасты «Lacalut Sensitive», пациенты отмечали нормализацию чувствительности эмали через 8 ± 2 часов. При использовании зубной пасты Colgate Sensitive Pro-Relief полное исчезновение повышенной чувствительности происходило через 11 ± 3 часа. При применении зубной пасты «Sensodyne мгновенный эффект» у обследованных гиперестезия купировалась уже через 9 ± 4 часов. За время исследования наблюдалась тенденция к изменению в тонах отбеленных зубов, что свидетельствует об различных свойствах всех трёх зубных паст. По данным клинических исследований сразу после проведения процедуры отбеливания в 1 группе в среднем зубы осветлилось на 5,7тонов ,через 2месяца использования Lacalut sensitive результат по сравнению с изначальным составлял $4,8 \pm 0,03\%$ тона, во 2 группе сразу после процедуры 5.2 тона ,через 2 месяца пользования зубной пасты Colgate Sensitive Pro-Relief отмечалось изменение на $4.2 \pm 0.02\%$ тона, в 3 группе —на 6.2 тона в среднем ,после 2месяцев использования пасты «Sensodyne мгновенный эффект» отмечалось изменение показателей до $4.8 \pm 0,04\%$ тонов.

Заключение Результаты проведенных исследований показали, что рациональный выбор средств гигиены играет важнейшую роль для устранения гиперестезии и сохранения результата после процедуры отбеливания. При проведении клинических исследований нами было отмечено, что зубные пасты «Lacalut sensitive» , «Sensodyne мгновенный эффект» и Colgate Sensitive Pro-Relief устраняют гиперчувствительность зубов после отбеливания уже в первые сутки,но самым эффективным оказалась паста паста из 1 группы Lacalut sensitive ,а также по продолжительности сохранения эффекта после процедуры профессионального отбеливания эта паста является лидером среди остальных, что говорит о необходимости включения Lacalut sensitive в реабилитационные схемы после процедур профессионального отбеливания. Зубную пасту «Lacalut sensitive» рекомендуется применять для быстрого купирования гиперестезии и пролонгирования результата отбеливания, а также нормализации обменных процессов в эмали зубов после проведения отбеливания и профессиональной гигиены.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХИМИОЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА III Б СТАДИИ.

Азимова Г.М., Ибрагимова. М.С, Джалолова. Ф. М
Андижанский Государственный Медицинский Институт.

Цель исследования: определить эффективности отдаленных результатов химиолучевого лечения IIIБ стадии лимфомы Ходжкина.

Материалы и методы исследования: Материалом для изучения методов обследования явились анализ факторов, влияющих на эффективность химиолучевого лечения лимфомы Ходжкина III Б стадии, проведенные на основании оценки отдаленных результатов ведения 125 пациентов с гистологически подтвержденным заболеванием, наблюдавшихся ретроспективно и проспективно 105 (84%) и 20 (16%) пациентов получивших лечение в РСНПМЦО и РАФ с 2017 по 2022 г.

Результаты: В исследуемых группах было выявлено назначение больным лимфомой Ходжкина ШБ стадии программы химиолучевого лечения, в которую входит назначение 2-4 циклов комбинированной химиотерапии с последующим облучением всех зон поражения, характеризуется вполне удовлетворительными результатами общая пятилетняя выживаемость составляет 78%, десятилетняя - 68%, безрецидивная - 75% и 74%. Полученные данные соизмеримы с результатами, представленными в работах зарубежных авторов. В М. D. Anderson Cancer Center (Hagemeister et al., 1991), где и применяется подобная схема лечения вводная химиотерапия (два вводных курса МОРР) с целью снятия интоксикации с последующим тотальным (ТО) или субтотальным (СТО) облучением лимфатических узлов общая десятилетняя выживаемость составила при ШБ - 72%.

Непосредственная общая эффективность лечения больных 2-й лечебной группы составила 95,83 %. Полные ремиссии достигнуты у 86,95 % больных, частичные — у 8,7 %, стабилизация заболевания отмечена в 4,35 % наблюдений. Прогрессирование на фоне терапии отмечено у 2 (4,17 %) пациентов.

При сравнении эффективности I и II группы больных очевидны преимущества не посредственных и отдаленных результатов комбинированного лечения. 5-летняя безрецидивная выживаемость в группе пациентов, которым была проведена химиотерапия по схеме ВЕАСОРР составила 85%; в группе пациентов, которым была проведена химиотерапия по схеме АВВД — 73% (P=0.004).

Вывод: таким образом у пациентов, страдающих лимфомой Ходжкина ШБ стадии, эффективность химиолучевого лечения не зависит от того, было ли осуществлено тотальное или субтотальное облучение лимфоколлекторов, либо радиационное воздействие (СОД 40 Гр) ограничилось только на зоны первичного поражения дает аналогичный эффект, и характер последующих рецидивов и время их возникновения не зависит от объема лучевого воздействия. Анализ же безрецидивной выживаемости показал, что количество рецидивов и время их возникновения не зависит от объемов облучения, что в свою очередь подтверждает возможность сокращения объема облучения при химиолучевом варианте лечения пациентов, страдающих лимфомой Ходжкина ШБ стадии. Завершая рассмотрение результатов проведенного лечения, нельзя не отметить, что химиолучевое лечение больных лимфомой Ходжкина ШБ стадии, состоящее из 2-4 курсов химиотерапии до снятия симптомов интоксикации с последующим облучением в объеме ТО, СТО, или ВП, обеспечивает достижение общей 5- и 10-летней выживаемости порядка 78% и 68%, безрецидивной - 75% и 74%, соответственно. 15-летние результаты при последующем наблюдении не меняются по безрецидивному течению, а общая 15 летняя выживаемость составила 62,5%.

РОЛЬ САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ УШИБЕ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦМП

Акбаров.Ж.А, Махамдалиев А.Ш.Умурзаков.Н.Р.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Ферганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время в связи бурным развитием техники и технологии число больных с разными травмами грудной клетки возрастает и стоит на втором месте после черепно-мозговой травмы. И в основном наиболее часто получают травмы больные молодого трудоспособного возраста от 20-до 50лет . При травме грудной клетки, особенно одно-или двухстороннем множественном (более 3 ребер) переломе ребер нарушается каркасная структура грудной клетки зачастую осложняется ушибами легких и разными внутриплевральными осложнениями, у больного развивается нарушение механики дыхания, в пораженной стороне отмечается ограничение экскурсии грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности диафрагмы в акте дыхания, участие дополнительных дыхательной мускулатуры в акте дыхания и той и иной степени развивается клиника дыхательной недостаточности. В паренхиме легких при ушибе происходит кровоизлияние и отек в бронхиолы, альвеолы, уменьшается дыхательная подвижность в легких, уменьшается вентилируемый объем в паренхиме легких, вследствие этого нарушается газообмен в легких и в конечном итоге развивается и усугубляется течение острой дыхательной недостаточности.

Цель: уменьшить осложнения, инвалидности и летальности больных с травмами грудной клетки, создать больному комфорт, ранее выздоровление и восстановление нормальной трудоспособности.

Материал и метод: в нашем филиале ФФРНЦМП с 2018-г по 2022-г всего поступило 277 больных с различными травмами грудной клетки (ДТП. кататравма, бытовая, производственная травма, с сочетанием и политравмой) Из 277 больных, у 102 больного было показание для проведения санационной бронхоскопии в ранней стадии травмы, у всех 102 больных выявлены и было диагностированы множественные переломы ребер с нарушением каркасной структуры грудной клетки с ушибом легких, а остальные 175 больного выявлены легкие и среднее степени тяжести травмы грудной клетки которые не было показание для проведения санации бронхиального дерева. Всем 102 больным в первые 3-сутки в условиях реанимации и в стационаре хирургической отделение активно было проведена санационная бронхоскопия под местной анестезией с 2% лидокаином, с предварительными премедикациями. Во время осмотра бронхоскопом мы выявили , что в просвете долевого бронха в первые сутки за счет ушиба развивался травматический отек , кровоизлияние в слизистых бронхах, в данном случае мы ограничивались только манипуляциями санации бронхиального дерева с орошением адреналином и трипсином. А во вторые и третьи сутки выявляли сгустки и корки с полной и не полной закупоркой главного и долевого бронха, ателектаз нижележащих участков легких, в данном случае манипуляции заканчивали только санациями. Показание для проведения бронхоскопии устанавливаются с помощью физикальных и дополнительно инструментальными обследованиями: пальпация, перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки, компьютерная томограмма легких: больные, находящиеся в длительное время на аппарате искусственной вентиляции легких, тоже подлежат к санационной бронхоскопии 2 раза в сутки.

У все больных с ушибом легких после проведенной санационной бронхоскопии отмечалось быстрое клиническое улучшение, при физикальном обследовании у больного

сразу же после санации бронхиального дерева появилось везикулярное дыхание на стороне поражения, частота дыхания достигала нормального уровня до 18-20р в 1 минуту, больные моментально почувствовали комфорт и облегчение в акте дыхания, дополнительно проведены М –холиноблокаторы, антигистаминные препараты, сочетанная антибактериальная терапия, противовоспалительные препараты, антикоагулянты, дыхательная гимнастика и ранняя активизация больного. на контрольном рентген снимке: на 3-6 сутки после очередного санационной бронхоскопии, мы выявили уменьшение ателектазированных участки в паренхиме легких и полное удовлетворительное восстановление пневматизации в легких.

Результаты: После проведение активных санационных бронхоскопий больных с ушибом легких значительно сократилось число осложнений, таких как посттравматическая пневмония и абсцедирование, значительно сократилось срок пребывания больного в стационаре, полностью восстановилось трудоспособность больных и в данный момент все больные работают по специальности, и значительно уменьшилось число летальности.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.

Акбарова М.А.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: Рак молочной железы является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин. Современные взгляды на лечение рака молочной железы, в связи с преобладанием сторонников системной теории, какой является химио - гормональное лечение, и в придании меньшего значения местным видам лечения, хирургической и лучевой терапии. Несмотря на это, комплексный подход к лечению рака молочной железы с включением большинства из этих методов в настоящее время является доминирующим.

Цель исследования:Повышение качества оказания специализированной помощи больным раком молочной железы за счет усовершенствования реконструктивно-пластического компонента лечебной программы.

Материалы и методы: В отделении маммологии РИОРИАТМ АФ органосохраняющее лечение с одномоментной реконструкцией собственными тканями железы было выполнено 235 больным рака молочной железы.

Результаты: Разработан алгоритм реконструктивно-пластических операций при РМЖ. При реконструкции отдельными лоскутами косметический результат у 79,3 % больных после органосохраняющих операций был оценен как хороший 29% и удовлетворительный 50,3%, отличный результат получен лишь у 16,7% , неудовлетворительный – 4%.Большой процент удовлетворительных результатов связан с невыполнением коррекции контралатеральной МЖ с целью достижения симметрии. Осложнения отмечались у 23 пациенток. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 14 пациенток. Наибольшее количество осложнений в виде краевого некроза кожи возникло при реконструкции молочной железы TRAM- лоскутом 6 случаев. Отмечались также такие виды осложнений, как тромбоз нижней эпигастральной артерии, гематома в области послеоперационной раны, диастаз краев раны в донорской зоне.

Выводы: Использование собственных тканей МЖ - наиболее эффективный метод при реконструкции МЖ после РР. Методика редуцированных методов восстановления формы МЖ после ОСО не влияет на план лечения у больных начальными стадиями РМЖ.

Объем оперативного вмешательства не влияет на показатели безрецидивной выживаемости, и зависит от распространения процесса. Показаниями к сохранению САК при выполнении подкожной МЭ являются Т1-Т2 опухоли, отсутствия поражения регионарных лимфатических узлов, отсутствие опухолевых клеток при срочном интраоперационном и плановом морфологическом исследовании краев резекции, отсутствия вовлечения САК в опухолевой процесс, расстоянии до опухолевого узла более 2см. Разработанный алгоритм РПО в зависимости от морфологических, клиничко-анатомических особенностей заболевания позволяет сочетать радикализм лечения с полноценной реабилитацией больных с РМЖ. При выборе метода реконструкции пациентка должна быть информирована о возможной необходимости о возможной необходимости коррекции контралатеральной МЖ мастопексия\аугментация направленной на достижения максимальной симметрии сторон.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СУРХАНДАРИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Алиев Х.С. студент 6 курса

Научный руководитель: Бабаджанова Ш.У.

ТМА Термезский филиал

Актуальность. Мочекаменная болезнь – хроническое заболевание, которое связано с нарушением обменных процессов в организме и сопровождается образованием конкрементов (уролитов) в органах мочевыделительной системы. В наше время мочекаменная болезнь – одна из самых актуальных проблем в сфере здравоохранения в связи с ростом ее распространенности в среднем на 2,4 % в год. Частота мочекаменной болезни в Соединенном Королевстве составляет примерно 1,2 %, из чего следует, что около 720 тыс. из 63,5 млн британцев в анамнезе имеют мочекаменная болезнь. В США это самое частое заболевание мочевыделительной системы, распространенность которого в 2010 г. составила 14 %. Министерство здравоохранения России представило данные о том, что с 2002 по 2009 г. число зарегистрированных пациентов с мочекаменной болезнью увеличилось на 17,3 %, а в 2016 г. заболеваемость достигла 737,5 случая на 100 тыс. человек, т. е. ее прирост за десятилетие превысил 25 %. Стоит отметить, что рост заболеваемости во многом обусловлен увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста.

Многие авторы обращают внимание на то, что заболеваемость мочекаменной болезнью заметно растет среди пациентов всех возрастов. Рецидивы наблюдаются в 60 % случаев по истечении 3 лет после установления диагноза.

Столь высокая частота заболевания и возможность развития грозных осложнений диктует необходимость разработки мер индивидуальной профилактики у больных-камневыделителей. Обособление камневыделения в самостоятельную клиническую форму уrolитиаза весьма целесообразно, так как имеются не только особенности в клиническом течении и диагностике, но и в выборе метода лечения.

Цель. Разработка методов профилактики уrolитиаза и проведение биоминералогический анализа характеристики химического состава и структуры мочевых камней у жителей Сурхандаринской области.

Материалы и методы. Были исследованы 60 мочевых камней, по 10 образцов из каждого медико-географического района, выполнен их анализ спектроскопическим методом. В таблице приведена распространенность мочекаменной болезни по Сурхандаринской области. Встечаемость мочекаменной болезни в Сурхандаринской области Шерабодский район-33.3%, Музrabодский район-17,7%, Шурчинский район-18,1

%, Сариосинский район-13.2%, Остальные регионы-17,7%.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты выполненного исследования позволяют отметить, что из 8 анализируемых элементов во всей выборке мочевых камней у жителей Сурхандаринской области, из различных медико-географических районов, по уровню накопления преобладают - алюминий, цинк, железо, никель, кобальт, свинец и преимущественно в тех районах, где встречается наибольшая заболеваемость мочекаменной болезнью, в почвенно-растительном слое которых отмечено наличие повышенных концентраций аналогичных микроэлементов - железо, никель, кобальт, алюминий, медь, что отображает экологическую напряженность данных промышленных районов.

Отсюда следует, что повышенные концентрации различных экотоксикантов в окружающей среде и встречаемость их в биосредах, в данном случае в мочевых камнях, влияет на формирование последних.

Также, несоответствие качества воды источников водоснабжения по санитарно-химическим показателям тоже явилось основным источником формирования камней. Злоупотребление и одностороннее питание мясных продуктов в данном регионе вызывает окисление мочи. Повышенная температура, жаркий климат и влажность воздуха, минерализация питьевой воды также оказывают влияние на формирование уролитов. К примеру, усиленное потоотделение и обезвоживание в условиях жаркого климата увеличивает концентрацию солей в моче и приводит к их кристаллизации.

Выводы. Таким образом для профилактики и лечения уролитиаза невозможны без изучения распространенности, и анализа структуры мочекаменной болезни, динамики развития заболевания, сравнительной характеристики мочевых камней, климатических особенностей.пищевого рациона населения, оценки питьевой воды, т.к усиленное потоотделение

и обезвоживание в условиях жаркого климата увеличивает концентрацию солей в моче и приводит к их кристаллизации. Пациенты с мочекаменной болезнью должны регулярно наблюдаться у уролога и продолжать лечение даже после удаления конкремента. Коррекцию метаболических отклонений должны осуществлять урологи с привлечением к лечению пациента консультантов: эндокринологов, диетологов, гастроэнтерологов. Важно не только удалить камень из мочевыделительной системы, но предотвратить повторное камнеобразование.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Базарбаев У.Р., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н., Собитханов М.С.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. При изолированных травмах двенадцатиперстной кишки (ДПК) летальность составляет 11,8-30,5%, а при сочетанных 46,6-80,0%. В случаях развития забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100%. Причем летальность при ранениях ДПК почти в 3 раза ниже, чем при закрытых повреждениях.

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждением ДПК при сочетанной травме.

Материалы и методы. В исследование включены 26 больных с повреждением ДПК при сочетанной травме, госпитализированных в РНЦЭМП и его Наманганском филиале в

период 2013-2020 гг., из них 17 (65,4%) мужчины и 9 (34,6%) женщины, в возрасте от 17 до 60 лет. Повреждения ДПК устанавливали с учетом клинической картины и результатов ультразвукового исследования, контрастной МСКТ и лапароскопии.

Результаты. У 6 пострадавших выявлено повреждение поджелудочной железы, из них в 4 случаях повреждения нисходящей части ДПК сочетались с травмой головки поджелудочной железы, в 3 случаях была повреждена одновременно, тело поджелудочной железы и печень. Этим пострадавшим была выполнена ушивание дефекта ДПК + раны печени + ревизия поджелудочной железы с формированием оментобурсостомы. При сочетании повреждений ДПК и печени производилось ушивание ее разрыва П-образными швами (3 случая). В 1 наблюдении при неглубоких повреждениях печени нанесено раневое покрытие «ТахоКомб». В 2 случаях дренировали желчевыводящих путей (сформирована холецистостома). По поводу сочетанных повреждений ДПК с разрывом селезенки обширной забрюшинной гематомой была выполнена спленэктомия + ушивание раны ДПК в поперечном направлении двухрядными узловыми швами. Забрюшинная гематома вскрыта, достигли желаемого гемостаза и дренировали. Нефрэктомия + ушивание дефекта ДПК была выполнена у 2 пострадавших с сочетанной травмой ДПК и правой почки. Ушивание раны ДПК сочетались с холецистэктомией у 2 пострадавших при сочетанной травме. Ушивание раны ДПК сочетались с ушиванием дефекта диафрагмы у 2 пациентов. Дефекты нижней полой вены, аорты, почечной вены, верхнебрыжеечной вены у пострадавших ушиты атравматической иглой. У 3 пострадавших травма ДПК сочетались с повреждением стенки желудка, поперечно-ободочной и тонкой кишки, им были выполнены ушивание дефекта ДПК + дефектов желудка, поперечно-ободочной и тонкой кишки. Изолированной травмой ДПК у 4 больных при удалении гематомы забрюшинной клетчатки (ЗБК), ретродуоденальной, гепатодуоденальной зоны дефект стенки не были обнаружены (ААСТ III), операция завершена дренированием ЗБК. Данные пациенты поступили в первые 6 часов с момента получения травмы, дефекты стенки ДПК располагались в верхне-горизонтальной части и не превышали 1/3 (1-1,5 см) ее окружности. Операцию завершали назодуоденальной декомпрессией и проведением питательного зонда в тощую кишку для раннего энтерального питания. 5 пациентам с повреждением ДПК поступившим позднее 6 часов с момента получения травмы, после ушивания дефектов стенки кишки нами выполнено выключение ДПК из пассажа пищи с наложением гастроэнтероанастомоза по Вельфлеру–Брауну. Операцию завершали назодуоденальной декомпрессией и установкой зонда в отводящий отдел для энтерального питания. Из 26 оперированных пациентов умерло 9 (34,6%). В первые сутки после операции умерли 3 пострадавших, не выходя из шока. На 8-12 сутки после операции и релапаротомии умерли 4 пациентов, причинами летальных исходов являлись - прогрессирование перитонита в результате развития несостоятельности швов ранее ушитых дефектов забрюшинной части ДПК. На 20-32 сутки после операции умерли двое больных от обширной забрюшинной флегмоны с развитием сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности, панкреонекроза с аррозивном кровотечением.

Заключение. Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны. Применение тактики выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру – Брауну улучшает результаты хирургического лечения пострадавших, поступивших позже 6 часов с момента получения травмы.

ПОЛНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ. (Случай из практики)

Алижанов А.А., Исаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Исаков Н.Б.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. Ежегодно в мире от травм гибнет свыше 6 млн человек, что больше, чем количество смертей от малярии, туберкулеза и ВИЧ/СПИД, вместе взятых [Хаджибаев А.М., 2016]. В структуре травматизма мирного времени закрытые повреждения живота при сочетанной травме диагностируются у 27,4 % пострадавших и сопровождаются высокой летальностью (25–70%), большой частотой послеоперационных осложнений (35–83%) [Коноваленко М.В., 2018].

На наш взгляд, клинический интерес представляет приведенный нами случай полного поперечного разрыва ПЖЖ с развитием посттравматического панкреонекроза у больного при сочетании травмы с компрессионным переломом тел двух поясничных позвонков.

Цель. Улучшить диагностики и хирургического лечения пострадавших с повреждениями поджелудочной железы при сочетанной травме.

Материал и методы. Приводим наше наблюдение. Больной А.А., 21г. (история болезни № 11720/2087), 18.06.2021г. поступил самотеком в Наманганский филиал РНЦЭМП с жалобами на тупые боли в эпигастральной и поясничной области, тошноту и общую слабость. Из анамнеза выяснилось, что больной 1 час назад в ходе строительных работ дома в результате удара ковшом экскаватора в живот получил травму. Он был некоторое время зажат между стеной и ковшом экскаватора. В детстве перенес вирусный гепатит «А». Состояние больного при поступлении тяжелое, сознание ясное, на вопросы отвечает с затруднением. Больной правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые бледные. На коже поясничной области, спины отмечается ссадины на площади 30×20 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание учащенное, до 24 в минуту. В легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание. АД – 110/70 мм рт.ст., пульс – 88-92 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Язык сухой. Живот болезнен в эпигастральной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. При пальпации печень и селезенка не увеличены, безболезненны. При поколачивании почек с обеих сторон безболезненные ощущения. Стул и мочеиспускание регулярные. Со слов больного цвет мочи обычный, соломенно-желтый.

Рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости № 14965. Вывод: в момент осмотра со стороны легких и сердца патологий не выявлено. Имеются рентгенологические признаки компрессионного перелома тел 10-11 грудных позвонков 1 степени.

УЗИ брюшной полости № 9917. Печень: правая доля 14,5 см, левая 7,2 см. Структура эхооднородная. Желчный пузырь: 8,4×2,5 см, стенки 0,3 см, полость эхопрозрачна. Селезенка 9,5×4,0 см, контуры ровные, четкие. Почки – контуры ровные, подвижность при дыхании сохранена, ЧЛС не расширены. ПЖЖ: головка 3,5 см. Контуры неровные, нечеткие, определить размеры тела не удалось из-за пневмотоза кишечника. В сальниковой сумке определяется незначительное количество жидкости. Перистальтика кишечника определяется. В боковых каналах и малом тазу свободной жидкости нет.

Установлен назогастральный зонд – выделяется желудочное содержимое с примесью желчи, катетеризован мочевого пузырь – моча прозрачная. Пострадавший был осмотрен

травматологом и нейрохирургом, заключение: посттравматический компрессионный перелом тел 10-11 поясничных позвонков I степени, без функциональных нарушений. Были рекомендованы соответствующие назначения. Анализы крови: Нв – 86 г/л, эритроциты – $4,31 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,9, лейкоциты – $5,8 \times 10^9/л$, П – 4%, С – 63%, лимф. – 25%, моноциты – 7%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 9 мм/ч, общий белок – 55,9 г/л, мочевины – 6,5 ммоль/л, сахар – 6,4 ммоль/л, билирубин общий – 88,0, АЛТ – 109, диастаза – 32 ед. Коагулограмма: ПТИ – 90, фибриноген – 3,3 г/л, МНО – 1,1, АЧТВ – 22. Удельный вес мочи – 1014, белок – авс, лейкоц. – 3-4/ в п.зр., эритроц. – авс.

На основании предъявляемых жалоб, анамнеза, инструментальных, лабораторных результатов и объективного обследования установлен предварительный диагноз: Сочетанная травма. Закрытая травма живота. Повреждение органов брюшинного пространства? Посттравматический компрессионный перелом тел 10-11 поясничных позвонков I степени, без функциональных нарушений. Ушиб мягких тканей спины и ссадины тела.

Результаты. Выполнена диагностическая лапароскопия под эндотрахеальным наркозом. При лапароскопии со стороны печени, селезенки и полых органов признаки повреждений не выявлены. В правом подпеченочном пространстве выявлена кровь около 100 мл, кровь была аспирирована и промыта дистиллированной водой. При инструментальной «пальпации» в проекции ПЖЖ определяется уплотнение – гематома, с поднятием левой доли печени также выявлена гематома. При осмотре брюшинной клетчатки, посредством поднятия поперечноободочной кишки, имеется брюшинная гематома. Через «окно», созданное по желудочно-ободочной связке, была осмотрена ПЖЖ, где выявлена напряженная гематома. Из зоны ПЖЖ максимально аспирировали сгустки крови, где отмечается разрыв или разможнение ПЖЖ. Лапароскопическая картина являлась показанием к переходу на лапаротомию. Выполнена верхнесрединная лапаротомия, длиной до 18 см. При ревизии ПЖЖ отмечалось посттравматическое разможнение тела и полный поперечный разрыв ПЖЖ с оголенными сосудами селезенки (4-я степень по классификации AAST). Брюшинная гематома была распространена до 10 см от ПЖЖ, т.е. в корень поперечно-ободочной кишки, в левую околопочечную клетчатку. Из-за разможнения тела ПЖЖ основного протока найти не удалось, кровотечение остановлено прошиванием раны железы, созданием культи, далее выполнили ее дистальную резекцию. Назогастральный зонд проведен на 30 см ниже связки Трейца для раннего энтерального питания. После тщательного гемостаза и санации СС дренировали силиконовой трубкой через отверстие Винслоу. Подпеченочное пространство и малый таз дренировали через контурапертуры в правой боковой и подвздошных областях. Подведен марлевый тампон к культе ПЖЖ с мазью левомеколь, сформированной оментобурсостомы. Запланировали программированную ревизию и санации СС через 72 часов.

Установлен послеоперационный диагноз: Сочетанная травма. Закрытая травма живота. Повреждение органов брюшинного пространства. Разможнение тела и полный поперечный разрыв ПЖЖ 4 степени по AAST. Посттравматический компрессионный перелом тел 10-11 поясничных позвонков I степени, без функциональных нарушений. Ушиб мягких тканей поясничной области и множественные ссадины тела.

Больному назначили: антибактериальную, гемостатическую, инфузионную, гормональную терапию. Получал: анальгетики, ингибиторы протеаз, гастропротекторы, статины, метаболики, гепатопротекторы, небулайзерную терапию, парентеральное питание, энтеральное питание через зонд, установленный во время операции. Энтеральное питание начали на 5-е сутки после операции и активизировали больного. 21.06.2021 г. на 3-и сутки после первой операции проведена программированная санационная бурсооментоскопия. В культе поджелудочной железы выявлен поверхностный небольшой

участок некроза капсулы. Была выполнена частичная некрэктомия. В парапанкреатической клетчатке прогрессирования гематомы не выявлено. СС санирована раствором антисептика, выполнена повторная мазевая тампонада через ОБС. Последующие программированную ревизию и санацию СС проводили спустя 72 часа. В дальнейшем отмечалась положительная динамика, новых очагов некроза культы ПЖЖ и окружающей ткани не выявлено. На 6-е сутки после операции при УЗИ брюшной полости свободная жидкость в СС не обнаружена. Эхоструктура паренхимы головки ПЖЖ была сохранена. Дренажные трубки из правой подпеченочной области и из малого таза удалены.

На 10-е сутки после операции у больного при 3-м сеансе бурсооментоскопии было отмечено отсутствие секвестров, уменьшение отделяемого из СС и появление грануляционной ткани. 28.06.2021 г. после сеанса программированной №3 ревизии и санации СС через ОБС установили дренаж для непрерывного или фракционного лаважа. Накладывали швы на рану до дренажной трубки (переход на закрытый способ лечения травм ПЖЖ).

Больному ежедневно по 2 раза в течение 3 суток проводили непрерывный лаваж СС с антисептическим раствором, под контролем количества влитой и вылитой.

Последующие 3 дня проводили фракционный лаваж СС, подогретой до температуры тела раствором антисептика до появления чистых вод. МСКТ грудной клетки и брюшной полости от 30.06.2021 г. Вывод: МСКТ-картина: Ушиб нижних долей обоих легких. Двухсторонний гидроторакс (толщиной жидкости 1,5 см, плотность – 5-25 Н). Аномалия развития 5 ребра справа по типу удвоение хрящевой части. Дегенеративные изменения, компрессионный перелом тел 10 и 11 позвонков. Больной был осмотрен терапевтом, грудным хирургом и назначены небулайзерная терапия, дыхательная гимнастика. Геморрагическое выделение из СС в динамике уменьшилось, температура нормализовалась, питание энтеральное. На 13-е сутки после операции больной был переведен в городскую больницу №1 для дальнейшего наблюдения и продолжения лечения с дренажной трубкой, установленной в сальниковую сумку. У больного, на 15-е сутки после операции по дренажу из СС было отмечено выделение белесоватой жидкости (панкреатический сок) в количестве 250 мл в сутки. В динамике отмечалось уменьшение количества выделений панкреатического сока и на 47-е сутки после операции прекратилось полностью. Дренаж был удален на 50-е сутки после операции. Больной был осмотрен через год после операции, жалоб не предъявляет. Прибавил в весе 8 кг. Работает продавцом в магазине.

Выводы. Своевременное выявление с использованием эндовидеотехники и радикальное оперативное лечение травм поджелудочной железы позволяет снизить риск наступления таких осложнений, как аррозивное кровотечение, посттравматический панкреонекроз и повысить выживаемость пациентов, качество их жизни при сочетанной травме.

ПОЭТАПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Базарбаев У.Р., Рузматов А. Э., Курбанбаев Б.Н.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. Проблема своевременной диагностики и определения тактики лечения повреждений органов брюшной полости у больных при сочетанных травмах на догоспитальном и стационарном этапах остается актуальной в связи с тяжелым состоянием пострадавших.

Цель исследования: улучшение диагностики и лечение пострадавших сочетанными травмами органов брюшной полости с применением лапароскопии.

Материалы и методы. За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнено 362 лечебно-диагностических лапароскопий. Мужчин было 242 (66,8%), женщин – 120 (33,2%). По возрастному фактору пострадавшие распределены следующим образом: до 19 лет - 75 (20,7%) от 19 до 44 лет - 135 (37,3%), от 45 до 59 лет - 102 (28,2%), старше 60 лет - 40 (11%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 65,5%. В течении первого часа с момента полученной травмы поступило 202 (56,4%) пострадавших, до 3 часов – 115 (33%), до 6 часов и более – 41 (10,6%). При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные при дорожно-транспортном происшествии – 204 (56,4%), при падении с высоты – 112 (30,9%), и в результате удара тупым предметом – 46 (12,7%). Хотим отметить, что среди детей школьного возраста от 8 до 14 лет преобладали травмы, полученные при падении с высоты. Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелой у 56 (15,5%) больных, тяжелой степени у 264 (72,9%), средней тяжести – у 42 (11,6%). Были доставлены скорой помощью 98 (27,7%) пострадавших, переведены из травмпункта после оказания первой медицинской помощи - 42 (11,6%) и самостоятельно поступили 222 (61,3%) пациента. Противошоковые мероприятия проведены пострадавшим врачами скорой помощи и травмпункта. Из 56 пострадавших иммобилизация конечности стандартными шинами на догоспитальном этапе выполнена 30 пострадавшим, кровоостанавливающий жгут наложен - 12, давящая повязка при ранениях были наложены - 48, кровоостанавливающий зажим был наложен 3 пострадавшим. Катетеризация центральных вен осуществлена - 28 пострадавшим, наркотические анальгетики применены по показаниям. На стационарном этапе одновременно с клиническим, лабораторным, рентгенологическим, ультразвуковым и другими методами исследования, включая диагностическую плевральную пункцию или торакоскопию. По стабилизации гемодинамики проведены первичная хирургическая обработки с репозицией и стабилизацией перелома костей, трепанации черепа и др. Краниоабдоминальная травма наблюдались у 78 (21,5%) пострадавших, повреждения органов брюшной полости сочетались с переломами костей конечности - у 39 (11%) и с повреждением почек - 25 (6,9%).

Результаты. Торакоабдоминальная травма выявлена у 38 (10,5%) пострадавших, травма органов брюшной полости сочетались с переломами костей таза – у 19 (5,2%), с переломом позвоночника - у 13 (3,6%). Изолированная травма живота встречались у 79 (21,8%) и политравма – у 71 (19,6%) пострадавших. На диагностическом этапе лапароскопии выявлены: разрыв печени у 44 (12,2%) больных, селезенки – у 42 (11,6%), брыжейки тонкой кишки – у 19 (5,3%), тонкой кишки – у 26 (7,2%), брыжейки ободочной

кишки с обширной гематомой – у 17 (4,7%), поджелудочной железы – у 21 (5,8%), обширная забрюшинная гематома и гемоперитонит – у 39 (10,8%), разрыв и гематома большого сальника – у 21 (5,8%). Забрюшинная гематома без гемоперитонита выявлена у 36 (9,9%) пострадавших. Разрыв двенадцатиперстной кишки диагностирован у 2 (0,6%) пациентов, желудка – у 3 (0,8%). Травматическое повреждение двух и более органов брюшной полости диагностированы у 24 (6,6%) пострадавших. У 68 (18,8%) пострадавших при диагностической лапароскопии не было выявлено повреждений органов брюшной полости. У 128 (35,4%) больных потребовались традиционные хирургические вмешательства в связи с серьезными повреждениями органов брюшной полости. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости оказались эффективными и окончательными у 166 (45,9%) пострадавших. Выявленные на диагностическом этапе лапароскопии субсерозные небольшие гематомы паренхиматозных и полых органов (12), гематома передней брюшной стенки (15) не потребовали активных хирургических вмешательств. Лапароскопическое ушивание раны печени с гепатооментопексией (42) и повреждений брыжейки тонкой кишки (28) выполнены у 70 (23,8%) пострадавших. У 33 (11,2%) пострадавших с поверхностным разрывом печени и селезенки (18-6,1%) окончательный гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией. У 26 (8,8%) пациентов с разрывом большого сальника, брыжейки тонкой кишки, биполярная диатермокоагуляция оказалась достаточной для остановки капиллярного кровотечения. Релапароскопия в послеоперационном периоде для санации брюшной полости выполнены у 5 пациентов. Умерли 6 больных с изолированными травмами органов брюшной полости. Причинами летального исхода являлись: посттравматический, постгеморрагический шок,

Заключение. Успех лечения пострадавших сочетанными травмами во многом зависит от правильной оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Применение видеолапароскопии при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Б.С.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В Наманганском филиале РНЦЭМП за последние 15 лет находились 88 ребенка с подозрением на повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства (ЗБП) при закрытой травме живота. Мальчиков было 65 (73,9%), девочек – 23 (26,1%) в возрасте от 3 до 16 лет.

В первые часы от полученной травмы поступило 49 (55,7%) детей, до 3 часов – 30 (34,1%), до 6 часов и более – 9 (10,2%).

При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные при падении с высоты – 29 (33%), при дорожно-транспортном происшествии – 51 (57,9%) и в результате удара тупым предметом – 8 (9,1%).

У всех больных со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов, органов ЗБП выполнена диагностическая лапароскопия.

У 18 (20,4%) детей на этапах диагностической лапароскопии выявлены: повреждения печени (10), почек с забрюшинной гематомой (5) и повреждения поджелудочной железы (3), которые явились показанием к переходу на лапаротомию. У трех больных с повреждением поджелудочной железы из-за развития посттравматического панкреатита, были выполнены ревизия, гемостаз ушибленной раны поджелудочной железы (ПЖЖ), санация и дренирование сальниковой сумки с формированием оментобурсостомы. Двухкратная программная ревизия, санация, некрсеквестрэктомия ПЖЖ, тампонадой мазью Левомекола выполнена у двух детей, трехкратная – у 1, с последующим переходом на закрытый способ лечения. Для фракционного лаважа сальниковой сумки использовали раствор Декосана.

У 11 (12,5%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрывы селезенки с гемоперитонеумом более 300,0 мл, потребовавшие перехода на лапаротомию. При этом ушивание дефекта селезенки с тампонадой прядью большого сальника выполнены 3 пострадавшим, спленэктомия - 8. Процент конверсии составил - 32,9%.

У 38 (43,2%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 200 мл выявлены: надрывы капсулы и поверхностные разрывы селезенки глубиной до 0,5 см, фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения. Этим больным операция была завершена биполярной диатермокоагуляцией раны, санацией и дренированием брюшной полости.

У 13 (14,8%) отмечены гематома брыжейки тонкой кишки, ненапряженная забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины.

У 8 (9,1%) пострадавших при диагностической лапароскопии признаков повреждения органов брюшной полости не выявлены.

В проведенном исследовании у 59 (67,1%) пострадавших лечебно-диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомию, что дало ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Заключение. Видеолапароскопия является методом скрининга в комплексной диагностике повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, и позволяет не только решить весь спектр диагностических и тактических задач, но и производить окончательную остановку кровотечения с эндохирургическим сохранением органа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р. Худойбердиев Б.А. Рашидов Д.А.
**Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи**

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки (ПДПК).

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования 13 больных с ПДПК находившихся на стационарном лечении в Наманганского филиала РНЦЭМП в период с 2009 по 2020 годы. Мужчины и женщины составили — 11 (84,6%) и 2 (15,4%) Средний возраст составил $57,2 \pm 9,6$ лет. При этом 6 (46,2%) больных поступили в сроки до 24 часов, 7 (53,8%) - позже 24 часов от момента получения травмы, что в свою очередь значительно ухудшало прогноз и утяжеляло состояние больных в послеоперационном периоде. ПДПК у всех пациентов были учтены в соответствии со шкалой дуоденальных повреждений (DIS) американской ассоциации хирургии и травмы (AAST) по 5-ти

степеням (G - Grade). При этом число случаев с GI составило 1(7.7%), GI - 4(30.8%), GII - 3(23.1%), GIV - 1(7.7%), GV - 0 (0.0%), 4 (30.8%) имели изолированные ПДПК. При выявлении повреждения смежных органов: поджелудочной железы- 3 (20%), повреждения печени: 4 (30.8%); желчного пузыря, селезенки, ободочной кишки и аорта по 1 наблюдениям. Забрюшинная гематома обнаружена в 6 (46%) случаях. У 5 (38.5%) больных была закрытая травма живота, полученная в результате: избиения - 5. при падении с высоты - у 1 и у 1 - после автотравмы. Проникающие ножевое ранение брюшной полости было в 3 наблюдениях. У 3 пациентов ПДПК было диагностировано после ранее перенесенных операций: гепатикодуоденостомии -1. холедохоеюностомии - 1, холецистэктомии с антеградной папиллосфинктеротомией - 1.

Результаты исследования. До операции предположительный диагноз ПДПК был выставлен лишь в 4 (30.8%) случаях. 7-ми пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия. Конверсия в лапаротомию составила 100%. От момента получения травмы хирургические вмешательства производились: через 1 час - 1 случае, через 3 часа - 1, через 6 часов - 4, позже 24 часов - 7. Из них в холе первичного вмешательства диагноз ПДПК был установлен у 5. Однако у 5 больных диагноз ПДПК не был установлен даже при лапаротомии. что потребовало последующих вмешательств. Релапаротомия выполнена 5 больным (через 1 сутки - 1. через 3 суток - 2. через 4 суток - 1. через 5 суток - 1). Первичное ушивание дефекта стенки ДПК выполнено у 7 (53.8%), резекция желудка по Б-II у 2 (15,4%). Дуоденоюностомия на отключенной по Ру петле у 2 (15,4%). Гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем выполнена у 2 (15,4%) больных. Из 13 больных умерли 6 (46%). В 1 случае смерть наступила на операционном столе в результате развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточности из-за массивного желудочно-кишечного и внутрибрюшного кровотечения. Течение послеоперационного периода остальных 5 умерших было тяжелым. Причинами летального исхода стали: рецидивирующие кровотечения из острых язв ДПК - у 1. тяжелая ЗЧМТ и полиорганной недостаточностью -1. несостоятельность швов дуоденоюноанастомоза на петле по РУ с формированием наружного дуоденального свища - у 1. Тяжелая сочетанная политравма с геморрагическим и травматическим шоком на фоне профузного внутрибрюшного кровотечения из сосудов панкреатодуоденальной зоны - у 2. Кроме того, все они имели сопутствующую патологию (ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких, мочекаменная болезнь) отягощавшую прогноз.

Выводы. Лечение пострадавших с ПДПК остается сложной задачей. Восстановление дефекта с активной зондовой декомпрессией путем постоянной аспирации в послеоперационном периоде эффективны только в ранние сроки после травмы. В послеоперационном периоде важное значение имеет также медикаментозная профилактика несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и травматического панкреатита.

МЕСТО ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Исхаков Н.Б.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи

Введение. Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) встречаются у 1—20% пострадавших при закрытой травме живота, этот показатель не имеет тенденции к снижению. Преобладают сочетанные повреждения, изолированная травма ПЖ отмечается примерно у 30% всех наблюдений. Повреждения ПЖ характеризуются тяжелым течением,

прежде всего за счет травматического панкреатита, частота развития которого достигает 87,5%. Его течение сопровождается большим количеством осложнений, частота которых достигает 78%, и высокой летальностью, составляющей, по разным источникам, от 12 до 73% (Ермолов А.С., 2015).

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения больных с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства с применением эндовизуальной техники.

Материалы и методы. Проанализированы 106 истории болезни больных с повреждениями поджелудочной железы, при сочетанной травме. Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелом у 21 (19,8%) пострадавших, тяжелой степени – у 49 (46,2%), средней тяжести – у 34 (32,1%) и легкой степени тяжести – у 2 (1,9%). По нашим наблюдениям отмечались учащения обращаемости пациентов в летные периоды года у 30 (28,3%) пациентов, напротив зимы – 20 (18,9%). Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелом у 21 (19,8%) пострадавших, тяжелой степени – у 49 (46,2%), средней тяжести – у 34 (32,1%) и легкой степени тяжести – у 2 (1,9%). Больные тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Диагноз повреждения поджелудочной железы ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастным усилением, видеолапароскопии, данных лабораторного исследования и подтверждали при интраоперационной ревизии.

Результаты. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости и забрюшинного пространства оказались эффективными и окончательными у 19 (31,1%) пострадавших. У 44 пострадавших с клиникой внутрибрюшной катастрофы проводили традиционные методы операции. Программная ревизия ПЖ и санация сальниковой сумки выполняли у 5 пострадавших, двукратная – у 3, трехкратная – у 2. Умерли после операции 14 пострадавших, летальность составил – 13,2%. 27 больных были переведены в другие ЛПУ. Были выписаны 62 больных с выздоровлением. Средний койко-день составил – 8,4.

Заключение. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных. Видеолапароскопия при сочетанных и политравмах изменяет тактику лечения пострадавших и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Хужамбердиев И.Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Во всех развитых странах мира наблюдается тенденция к росту травматизма, который обусловлен бурным развитием транспорта, механизацией трудовых процессов. Травматические повреждения органов забрюшинного пространства (ТПОЗП) встречаются в 5 – 10% случаев травмы живота с летальностью, достигающей 72,8%. Более чем в 2/3 случаев они сочетаются с повреждениями органов брюшной полости (Гареев Р.Н., 2017).

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и почек при сочетанной травме.

Материалы и методы. В исследование включены 66 больных с закрытой травмой почек при сочетанной травме, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в период 2013-2020 гг., из них 48 (72,7%) мужчины и 18 (27,3%) женщины, в возрасте от 10 до 62 года. По возрастному показателю пострадавшие были распределены следующим образом: до 18 лет – 35 (53%), от 19 до 44 лет – 25 (37,9%), от 45 до 59 лет – 5 (7,6%), старше 60 лет – 1 (1,5%) больных. Лица молодого и трудоспособного возраста составили 90,9% (60 пострадавших). Больные тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Лечение во многом определяется эффективностью ранней диагностики. Диагноз повреждения почки ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ, с контрастной уроскопией, видеолапароскопии, данных лабораторного исследования и подтверждали при интраоперационной ревизии. При определении тяжести повреждения почек придерживались шкалы повреждений почки Американской ассоциации хирургической травмы (AAST).

Результаты. Изолированное повреждение почки было выявлено у 24 (36,4%) и сочетанное – у 42 (63,6%) пострадавших. Левостороннее повреждение почек отмечалось чаще (54,5%), чем правостороннее (45,5%). У 3 пациентов было отмечено сочетание повреждение почек с травмами 6 областей: головы, живота, органы брюшинного пространства, груди, позвоночника и конечностей, у 5 – 5 областей, у 7 – 4, у 12 – 3, у 15 – 2. Наиболее часто сочетанные повреждения органов брюшинного пространства наблюдали при повреждениях одновременно головы 3 (4,5%), живота 15 (22,7%), груди 8 (12,1%), таза 6 (9%), позвоночника 7 (10,6%) и конечностей 3 (4,5%). У 42 (63,6%) пострадавших отмечалось различной степени сочетания повреждение почек и соседних анатомических зон. Консервативная терапия проводили у 36 (54,5%) больных при небольших разрывах почки с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 200-250 мл и умеренной гематурией (повреждении почек I-II степени, а также при повреждении III степени без размождения тканей). Назначали им строгий постельный режим в течение 10-12 дней, холод на поясничную область, гемостатические, антибактериальные и улучшающие микроциркуляцию в почке препараты. В процессе лечения проводили ежедневный динамический контроль, включающий оценку состояния гемодинамики, анализы крови, мочи и УЗ-мониторинг. При повреждении III-IV степени с разрывом или размождением паренхимы почек у 30 (45,5%) пострадавших выполняли следующие оперативные вмешательства: люмботомия с ушиванием раны почки 9 пациентам, нефрэктомия – 11. При лапаротомии у 2 больных выполнена нефрэктомия, у 3 ревизия паранефральной клетчатки, удаление гематомы. При ревизии паранефральной гематомы у одного пострадавшего был выявлен разрыв левой почечной вены, который ушит бригадой ангиохирургов. Малоинвазивные методы лечения применяли 9 (13,6%) пострадавшим. Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости проводили 5 (17%) пострадавшим, у которых отмечались, перитонеальные симптомы и торакоскопия у 2 (3%) при сочетанных и множественных травмах. У 2 (3%) пациентов с гидронефрозом под контролем УЗИ установили пункционной нефростомы. У 8 (12,1%) пациентов лапаротомия была обусловлена экстраренальными осложнениями – гемоперитонеумом. Послеоперационные осложнения (со стороны раны, дыхательной и сердечно-сосудистой системы) наблюдали у 6 (24,7%) больных 3-4 степени тяжести повреждения почки. Релюмботомия была выполнена у одного пациента с гематомой ложи удаленной почки. Умерли в раннем послеоперационном периоде 2 пациентов с сочетанными травмами черепа, груди, живота, таза и конечностей. Летальность составил – 3%. 2 больных были переведены в другие лечебно-профилактические учреждения. Были выписаны 32 больных с выздоровлением. Средний койко-день составил – 6,5.

Заключение. В 90,9% случаев повреждение почек встречаются у лиц молодого и трудоспособного возраста в результате кататравмы (28,8%) и ДТП (21,2%). Диагностические исследования пострадавшим с подозрениями на повреждение почек следует проводить поэтапно. Следует начинать с неинвазивных методов диагностики: физикальных, лабораторных, обзорной урограммы УЗИ и МСКТ. Травма почек (I–III степень по ААСТ) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой (IV–V степень по ААСТ) – чаще всего выполняют лапаро- или люмботомию. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза, позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**Аликулов Ж.Э 6 курс лечебный факультет
Научный руководитель: асс.Хурсанов Ё.Э**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Актуальность: Проблема диагностики и лечения панкреонекроза(ПН) и его осложнений является наиболее сложной и противоречивой в хирургической гастроэнтерологии. За последние 20 лет заболеваемость острым панкреатитом выросла в 40 раз составляет от 4 до 11.8% среди больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости (Витневский В.А. соавт.,2022). В трудоспособном возрасте, приходится 70% больных острым панкреатитом. Среди выживших у 73 % возникает стойкая утрата трудоспособности (Назыров Ф.Г. соавт.,2002). Эти лишние раз подчеркивает социальную значимость этой тяжелой патологии.

Цель исследования: Оценить эффективность применения эндоскопически ассоциированных оперативных вмешательств при лечении больных панкреонекрозом.

Лечение с применением лапароскопических операций. Оперативное вмешательств с использованием эндовидеохирургической технологии выполнено 48 больным. Считаем, что при ПН лапароскопическое вмешательств противопоказано при шоковом состоянии больного, подозрении на массивный спаечный процесс после ранее перенесённых вмешательств.

Доступ в брюшную полость осуществлялся после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша введённую в супраумбиликальной области. При наличии пареза кишечника, вздутии живота пневмоперитонеум создавали через троакар в 27 случаях.

Оперативное вмешательств разделено на два этапа диагностический и лечебный. Цель диагностического этапа – проведение дифференциальной диагностики между ПН и другими заболеваниями, оценка распространенности поражения брюшной полости по разработанной нами методике. Цель лечебного этапа – удаление токсического экссудата из брюшной полости и забрюшинного пространства.

Выводы; Таким образом, применяя эндовидеохирургическую технологию в лечении ПН, мы добились достоверного снижения послеоперационной летальности по сравнению с использованием традиционных лапаротомных вмешательств: при стерильном некрозе с 10.1% до 3.4 %, при инфицированных формах ПН с 76.7% до 38.4%,общей летальности с 33.8 до 15.4%.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Арзиев И.А., Маманов М.Ч., Арзиев А.И.

Самаркандский государственный медицинский университет

Бухарский государственный медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени. В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100.000 населения это паразитарное заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой. Однако отсутствие настороженности в отношении эхинококкоза способствует поздней диагностике, а, следовательно, увеличению осложненных форм заболевания. Достаточно высокая частота послеоперационных осложнений (34-50%) и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-64%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики. В свете вышеизложенного становится очевидной необходимость усовершенствования известных и разработка новых эффективных мер профилактики и лечения этого грозного заболевания.

Цель: Улучшение качества лечения больных эхинококкозом печени путем разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания.

Материал и методы. С целью исследования влияния альбендазола в различной дозировке на зародышевые формы эхинококкоза, проведено морфологическое исследование внутренних органов экспериментальных животных (32 овцы), зараженных эхинококкозом в природных условиях. На основании УЗИ у всех этих животных был диагностирован (при участии специалистов – ветеринаров) эхинококкоз печени.

Для определения действия альбендазола, на первом этапе экспериментального исследования были изучены ткани печени овец не получивших химиотерапию. Морфологическое изучение проводилось по серийным срезам печени, окрашенных гематоксилин – эозином. У всех животных в печени обнаружены новообразующиеся зародышевые кисты. Остальные животные были подвергнуты лечению альбендазолом в течение 2 и 3 недель в различной дозировке препарата (по 5, 10, 15 и 20 мг/кг веса).

Клиническое исследование составили 310 больных с ЭП. Абсолютное большинство выполненных эхинококкэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии и только 116 (21,8%) фиброзных капсул было ушито полузакрытым методом на дренаже.

Результаты и обсуждение. При изучении печени животных, получавших альбендазол в дозе 5 мг/кг веса в течение 3 недель микроскопически стенки зародышевой кисты были гомогенные, значительно утолщены. По периферии образовался довольно мощный каркас из лимфоидно – гистиоцитарных клеток. При дозе 10 мг/кг веса в течение 2 недель определено, что среди долек печени видны формирующиеся зародышевые пузыри эхинококка, состоящие из слоистой хитиновой оболочки, заполненные аморфными массами. Среди них видны сколексы. Отмечается выраженное расслаивание и отечность стенки хитиновой оболочки.

При микроскопическом исследовании печени на фоне приема альбендазола в дозе 15 мг/кг веса животного в течение 2 недель выявлена, что новообразующаяся зародышевая капсула эхинококкового пузыря отечная и стенки разрыхлены. По периферии стенки пузыря появляются лимфоидно – гистиоцитарные инфильтраты, которые не были отмечены при дозе 10 мг/кг. При изучении печени овец, леченных альбендазолом в дозе

20 мг/кг веса животного в течение 2 недель микроскопически выявлено, что периферийные зоны зародышевой капсулы эхинококка значительно обогащены лимфоидно-клеточными инфильтратами. Полость формирующая кисту зияет, в нем содержится аморфная масса. Стенки капсулы однородные, гомогенные.

До начала химиотерапии, во время и в конце курса химиотерапии исследовали общий анализ крови, биохимические показатели и коагулограмму. У овец, леченных альбендазолом в дозе 5 мг/кг в анализе крови патологических сдвигов не наблюдали. У овец, леченных альбендазолом в дозе 10 и 15 мг/кг были незначительные изменения биохимических показателей крови. При дозе 20 мг/кг показатели ферментов крови в конце первой недели были умеренно повышены, а в конце второй недели существенно возросли.

Больным после эхинококкэктомии из печени химиотерапию альбендазолом начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. В группе сравнения послеоперационная химиотерапия проведена 112 (43,8%) больным по традиционной схеме. На фоне лечения отмечено повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии, соответственно до $0,55 \pm 0,05$ и $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л. Паренхиматозная желтуха наблюдалась у 3 (2,7%) больных, диспептические симптомы отмечались у 41 (36,6%) больного и у 2 (1,8%) больных развилась обратимая аллопеция, при этом в 16 (14,3%) случаев потребовалось отмена профилактического лечения. При этом следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз было характерно для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени. Из 112 у 54 (48,2%) больных выявлено наличие сопутствующей хронической диффузной патологии печени. Учитывая этот факт, в основной группе проводилась коррекция дозы альбендазола с учетом исходного функционального состояния печени. При циррозе печени, а также в случаях с исходным (до операции) повышением печеночных ферментов, альбендазол применялся в дозе 5 мг/кг/сут. В свою очередь, при развитии изменений в биохимических показателях крови или клинических проявлениях токсического эффекта на фоне стандартной дозы альбендазола, пациентам также изменяли схему лечения до 5 мг/кг/сут.

В целом химиотерапию по предложенной схеме получили 32 (27,8%) пациента основной группы. Коррекция дозы у больных с побочными явлениями способствовала нормализации биохимических показателей и снижению риска токсических проявлений на фоне химиотерапии. Исследования показали, что вероятность развития побочных реакций на фоне химиотерапии альбендазолом по клиническим и лабораторным показателям составила 52,7% (59 больных в группе сравнения), что обусловлено токсическим эффектом препарата и наличием сопутствующей хронической диффузной патологии печени, при этом в 14,3% потребовалась отмена лечения, в свою очередь возможность коррекции дозы позволила снизить это значение до 18,3% (21 пациент в основной группе) и соответственно обеспечить полноценный курс антипаразитарной терапии (критерий $\chi^2 = 26.703$; $p < 0,001$). Мониторинг печеночных аминотрансфераз также показал достоверное отличие этих показателей в группах сравнения. Так уровень АЛТ в группе сравнения составил $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л против $0,51 \pm 0,04$ ммоль/л в основной группе ($p < 0,001$), показатели АСТ достоверно не отличались, при этом среди пациентов с сопутствующей хронической патологией печени значени АЛТ составило – $1,14 \pm 0,11$ против $0,62 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$) и АСТ – $0,72 \pm 0,07$ против $0,52 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Выводы.

Клинически обосновано применение дозы альбендазола 5-7 мг/кг для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени позволившая снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3%, и соответственно показателей печеночных аминотрансфераз: АЛТ в группе

сравнения с $1,14 \pm 0,11$ до $0,62 \pm 0,05$ ммоль/л в основной группе и АСТ с $0,72 \pm 0,07$ до $0,52 \pm 0,04$ ммоль/л.

Коррекция курсовой дозы профилактической химиотерапии позволило улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты рецидива заболевания с 11,9% (19 пациентов в группе сравнения) до 2,6% (у 2 пациентов в основной группе).

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Арзиев И.А., Маманов М.Ч., Арзиев А.И.

Самаркандский государственный медицинский университет

Бухарский государственный медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени. В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100.000 населения это паразитарное заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой. Однако отсутствие настороженности в отношении эхинококкоза способствует поздней диагностике, а, следовательно, увеличению осложненных форм заболевания. Достаточно высокая частота послеоперационных осложнений (34-50%) и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-64%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики. В свете вышеизложенного становится очевидной необходимость усовершенствования известных и разработка новых эффективных мер профилактики и лечения этого грозного заболевания.

Цель: Улучшение качества лечения больных эхинококкозом печени путем разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания.

Материал и методы. С целью исследования влияния альбендазола в различной дозировке на зародышевые формы эхинококкоза, проведено морфологическое исследование внутренних органов экспериментальных животных (32 овцы), зараженных эхинококкозом в природных условиях. На основании УЗИ у всех этих животных был диагностирован (при участии специалистов – ветеринаров) эхинококкоз печени.

Для определения действия альбендазола, на первом этапе экспериментального исследования были изучены ткани печени овец не получивших химиотерапию. Морфологическое изучение проводилось по серийным срезам печени, окрашенных гематоксилин – эозином. У всех животных в печени обнаружены новообразующиеся зародышевые кисты. Остальные животные были подвергнуты лечению альбендазолом в течение 2 и 3 недель в различной дозировке препарата (по 5, 10, 15 и 20 мг/кг веса).

Клиническое исследование составили 310 больных с ЭП. Абсолютное большинство выполненных эхинококкэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии и только 116 (21,8%) фиброзных капсул было ушито полузакрытым методом на дренаже.

Результаты и обсуждение. При изучении печени животных, получавших альбендазол в дозе 5 мг/кг веса в течение 3 недель микроскопически стенки зародышевой кисты были гомогенные, значительно утолщены. По периферии образовался довольно мощный каркас из лимфоидно – гистиоцитарных клеток. При дозе 10 мг/кг веса в течение 2 недель определено, что среди долек печени видны формирующиеся зародышевые пузыри эхинококка, состоящие из слоистой хитиновой оболочки, заполненные

аморфными массами. Среди них видны сколексы. Отмечается выраженное расслаивание и отечность стенки хитиновой оболочки.

При микроскопическом исследовании печени на фоне приема альбендазола в дозе 15 мг/кг веса животного в течение 2 недель выявлена, что новообразующаяся зародышевая капсула эхинококкового пузыря отечная и стенки разрыхлены. По периферии стенки пузыря появляются лимфоидно – гистоцитарные инфильтраты, которые не были отмечены при дозе 10 мг/кг. При изучении печени овец, леченных альбендазолом в дозе 20 мг/кг веса животного в течение 2 недель микроскопически выявлено, что периферийные зоны зародышевой капсулы эхинококка значительно обогащены лимфоидно-клеточными инфильтратами. Полость формирующая кисту зияет, в нем содержится аморфная масса. Стенки капсулы однородные, гомогенные.

До начала химиотерапии, во время и в конце курса химиотерапии исследовали общий анализ крови, биохимические показатели и коагулограмму. У овец, леченных альбендазолом в дозе 5 мг/кг в анализе крови патологических сдвигов не наблюдали. У овец, леченных альбендазолом в дозе 10 и 15 мг/кг были незначительные изменения биохимических показателей крови. При дозе 20 мг/кг показатели ферментов крови в конце первой недели были умеренно повышены, а в конце второй недели существенно возросли.

Больным после эхинококкэктомии из печени химиотерапию альбендазолом начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. В группе сравнения послеоперационная химиотерапия проведена 112 (43,8%) больным по традиционной схеме. На фоне лечения отмечено повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии, соответственно до $0,55 \pm 0,05$ и $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л. Паренхиматозная желтуха наблюдалась у 3 (2,7%) больных, диспептические симптомы отмечались у 41 (36,6%) больного и у 2 (1,8%) больных развилась обратимая аллопеция, при этом в 16 (14,3%) случаев потребовалось отмена профилактического лечения. При этом следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз было характерно для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени. Из 112 у 54 (48,2%) больных выявлено наличие сопутствующей хронической диффузной патологии печени. Учитывая этот факт, в основной группе проводилась коррекция дозы альбендазола с учетом исходного функционального состояния печени. При циррозе печени, а также в случаях с исходным (до операции) повышением печеночных ферментов, альбендазол применялся в дозе 5 мг/кг/сут. В свою очередь, при развитии изменений в биохимических показателях крови или клинических проявлениях токсического эффекта на фоне стандартной дозы альбендазола, пациентам также изменяли схему лечения до 5 мг/кг/сут.

В целом химиотерапию по предложенной схеме получили 32 (27,8%) пациента основной группы. Коррекция дозы у больных с побочными явлениями способствовала нормализации биохимических показателей и снижению риска токсических проявлений на фоне химиотерапии. Исследования показали, что вероятность развития побочных реакций на фоне химиотерапии альбендазолом по клиническим и лабораторным показателям составила 52,7% (59 больных в группе сравнения), что обусловлено токсическим эффектом препарата и наличием сопутствующей хронической диффузной патологии печени, при этом в 14,3% потребовалась отмена лечения, в свою очередь возможность коррекции дозы позволила снизить это значение до 18,3% (21 пациент в основной группе) и соответственно обеспечить полноценный курс антипаразитарной терапии (критерий $\chi^2 = 26.703$; $p < 0,001$). Мониторинг печеночных аминотрансфераз также показал достоверное отличие этих показателей в группах сравнения. Так уровень АЛТ в группе сравнения составил $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л против $0,51 \pm 0,04$ ммоль/л в основной группе ($p < 0,001$), показатели АСТ достоверно не отличались, при этом среди пациентов с сопутствующей

хронической патологией печени значени АЛТ составило – $1,14 \pm 0,11$ против $0,62 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$) и АСТ – $0,72 \pm 0,07$ против $0,52 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Выводы.

Клинически обосновано применение дозы альбендазола 5-7 мг/кг для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени позволившая снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3%, и соответственно показателей печеночных аминотрансфераз: АЛТ в группе сравнения с $1,14 \pm 0,11$ до $0,62 \pm 0,05$ ммоль/л в основной группе и АСТ с $0,72 \pm 0,07$ до $0,52 \pm 0,04$ ммоль/л.

Коррекция курсовой дозы профилактической химиотерапии позволило улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты рецидива заболевания с 11,9% (19 пациентов в группе сравнения) до 2,6% (у 2 пациентов в основной группе).

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Арзиев И.А., Сайинаев Ф.К. Арзиев А.И.

**Самаркандский государственный медицинский университет
Бухарский государственный медицинский университет**

Актуальность проблемы лечения пациентов с вентральными грыжами обусловлена широким распространением этой патологии (3-7% населения) с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста, достаточно высоким процентом рецидивов, резко увеличивающимся при рецидивных и гигантских грыжах. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки до настоящего времени не имеет альтернатив, а применение сетчатых протезов позволило снизить частоту рецидивов с 15-30% до 3-5%.

Вместе с тем, традиционное грыжесечение сопровождается довольно значительной травмой мягких тканей в области операции, что приводит к выраженным болевым ощущениям в течение ближайшего послеоперационного периода и потере трудоспособности на срок до 1,5-2 мес.

Появились методики внутрибрюшной фиксации протеза, позволяющей практически полностью нивелировать раневые осложнения, сократить сроки лечения.

В настоящее время сохраняются нерешенные вопросы лапароскопической герниопластики: рациональный выбор имплантата, методика размещения и фиксации эндопротеза, проблема отграничения эксплантата от органов брюшной полости, определение показаний и противопоказаний к данному виду пластики.

Наше исследование посвящено изучению результатов эндовидеохирургической герниоаллопластики пациентов с вентральными грыжами.

Материал и методы. За период с 2019 по 2020 гг. 14 пациентам (5 мужчин, 9 женщин, средний возраст $54,4 \pm 6,2$ лет) проведена лапароскопическая герниоаллопластика в хирургических отделениях клиники 1 СамГосМИ. Вентральные грыжи были у 6 пациентов по средней линии живота, пупочные – 6, параумбиликальные у 2 пациентов. 57 пациентов (21 мужчин и 36 женщин, средний возраст $56,5 \pm 8,6$ лет) представляли группу сравнения, они были прооперированы открытым методом. Данные группы статистически существенно не отличались по индексу массы тела, наличию сопутствующей патологии, возрастному составу, локализации и размеров грыжевого дефекта.

По классификации SWR, разработанной J. Chevrel и A. Rath (1999) [9]: в основной группе во всех наблюдениях R0, по ширине грыжевых ворот W1-6, W2-4, W3-4.

Методы исследования соответствовали клиническим стандартам рекомендованным ВОЗ и МЗ РУз: - оценка общего состояния, выявление сопутствующих заболеваний и

степень их компенсации; - общеклинические лабораторные исследования; - ультразвуковое исследование, по показаниям МСКТ, эндоскопические исследования.

Нами в клинической практике применен способ лапароскопической герниоаллопластики, который включает лапароскопическое введение импланта в брюшную полость предварительно прошитого лигатурами и фиксацию импланта к передней брюшной стенке внебрюшинно экстракорпорально. Для герниоаллопластики мы использовали композитные сетки фирмы Ethicon и Sofradim со специальным покрытием, которое предотвращает адгезию.

Сущность метода состоит в том, что больному с вентральной грыжей в условиях пневмоперитонеума в брюшную полость вводили 10 мм троакар для лапароскопа, устанавливали рабочие троакары в правой и левой половине передней брюшной стенки под визуальным лапароскопическим контролем. При этом для определения истинного размера грыжевого дефекта проводили лапароскопическую диафаноскопию. После определения краев грыжевых ворот готовили имплант размером, превышающим грыжевой дефект на 2-3 см по периметру. На края импланта накладывали лигатуры длиной 25-30 см. Затем имплант – сетку сворачивали в виде трубки и вводили в брюшную полость. Имплант в брюшной полости расправляли. По периметру грыжевых ворот делали надрезы кожи длиной 0,5 см, соответствующие количеству лигатур импланта. Под контролем лапароскопа при помощи скорняжной иглы через кожные проколы концы лигатур выводили из брюшной полости на переднюю брюшную стенку. Подтягивая за концы лигатур имплант под контролем лапароскопа подводили к передней брюшной стенке таким образом, чтобы он полностью закрывал грыжевой дефект. После ликвидации пневмоперитонеума лигатуры поочередно завязывали.

Результаты и обсуждение. Данный способ герниоаллопластики применен у 14 больных. В раннем послеоперационном периоде у всех больных заживление ран первичным натяжением, рецидивов грыжи в сроки наблюдения не отмечено, продолжительность дней нахождения в стационаре составила $3,9 \pm 1,8$ дней. Во второй группе пациентов средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $11,6 \pm 3,2$ дней, рецидивы грыжи были у 2 пациентов (3,1%), серомы сформировались у 5 больных (8,7%).

Выводы. Таким образом, примененный нами лапароскопический способ значительно упрощает выполнение герниоаллопластики, повышает эффективность фиксации импланта, позволяет сократить время оперативного вмешательства, снизить количество послеоперационных осложнений, сокращает сроки лечения и реабилитации.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОХОЛЕЦИСТОСТОМИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Арзиев И.А., Рустамов С.У., Сулаймонов М.О.

Самаркандский государственный медицинский университет
Бухарский государственный медицинский университет

Разрешающим фактором, ликвидирующим интравезикальную гипертензию и сам субстрат гнойного воспаления, может стать пункция с последующей аспирацией содержимого и дренированием желчного пузыря при остром обтурационном холецистите.

Малоинвазивные манипуляции под ультразвуковым контролем в литературе обозначаются терминами ультразвуковая диапевтика или навигационная хирургия. Навигационная пункционная хирургия под контролем УЗИ – новое направление в малоинвазивной хирургии, позволяющее излечивать некоторые заболевания органов

брюшной полости без рассечения покровов. При остром холецистите применяются декомпрессивные вмешательства под контролем УЗИ или при лапароскопии. Впервые об успешном применении чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под сонографическим наведением (ЧЧМХС) сообщили М. Makuuchi и соавт. в 1998 году, в нашей стране стали классическими работы Ш.И. Каримова и его школы.

Санационные методики, применяемые под эхосонографическим контролем, позволяют отказаться от необходимости экстренной операции и получить возможность предоперационной подготовки. Разрыв патогенетического звена внепузырных осложнений, прогрессирования деструкции стенки желчного пузыря и развития перитонита посредством микрохолецистостомии создаёт возможность коррекции сопутствующей патологии. Всё это способствует выполнению холецистэктомии в плановом порядке.

Цель исследования: Разработать тактические принципы миниинвазивных способов лечения острого холецистита и усовершенствовать методологию чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем.

Материал и методы исследования. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) была проведена у 38 пациентов. Для выполнения ЧЧМХС обследование пациентов с острым холециститом начинали с выполнения УЗИ органов брюшной полости. Состояние желчного пузыря и околопузырных тканей характеризовали на основе определения размеров, толщины стенки, оценки эхогенности, однородности, наружно-внутренних контуров, выявления изменений содержимого желчного пузыря, состоянии жидкостных фракций, наличия и смещаемости конкрементов, эхоплотности ложа желчного пузыря.

Околопузырный инфильтрат при остром холецистите характеризуется наличием вокруг желчного пузыря объемного образования различной эхогенности. В зависимости от эхоплотности различали рыхлый и плотный инфильтрат. Для рыхлого инфильтрата была характерна пониженная эхогенность, неоднородность эхоплотности различных участков, разрыхленность, смазанность и нечеткость контуров. Плотный инфильтрат характеризовался усиленной эхогенностью тканей, эхонеоднородностью. Сходная сонографическая картина была и при формировании перивезикального абсцесса, с более выраженной гипоэхогенностью вокруг желчного пузыря.

Таким образом, УЗИ, выполненное при поступлении и в динамическом режиме позволяло получить точную информацию о размерах желчного пузыря, наличии или отсутствии конкрементов, состоянии его стенки и околопузырных тканей, т.е. получить данные о наличии обтурации пузырного протока, деструктивных изменений стенки пузыря, наличии перивезикального инфильтрата или абсцесса. Кроме того, УЗИ давало возможность оценить состояние внепеченочных желчевыводящих путей - размер и однородность, позволяло одновременно выявить наличие холедохолитиаза и синдрома билиарной гипертензии.

Результаты и их обсуждение. Проведение ЧЧМХС осуществляли путем прохождения через паренхиму печени в заданной проекции желчного пузыря, при отступе от ее края на 1,5-2 см. Такая точка проекции способствует прохождению между телом и дном в наиболее расширенной области желчного пузыря под строгим контролем УЗИ. Как известно, анатомическое прикрепление задней стенки желчного пузыря к печени весьма переменна, следовательно с учетом этого фактора необходим правильный расчет пути доступа с помощью различных УЗИ сечений желчного пузыря

После ЧЧМХС вторым этапом произведено холецистэктомия 31 больным (лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - 13 больным, минилапаротомная холецистэктомия (МЛХЭ)- 18). Из них ЧЧМХС в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) проведено 2 больным и завершено МЛХЭ. У 5 больных

ЧЧМХС явилось окончательным методом лечения. Также ЧЧМХС в сочетании с ЭПСТ явилось окончательным методом лечения у 2 больных.

Таким образом, разработанная тактика этапного хирургического лечения в зависимости от превалирования клиники деструктивного холецистита с использованием ЧЧМХС под УЗИ-наведением, ЭПСТ или их сочетания позволили на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомию лапароскопическим способом и из минилапаротомного доступа.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ

Ахмедов Ф.Х., Жумаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Боль в животе является одним из наиболее частых симптомов, побуждающих пациентов обращаться в больницы. Среди таких лиц у ряда пациентов наблюдаются серьезные заболевания, требующие последующей госпитализации или хирургического вмешательства. Диагноз может включать острый аппендицит, кишечную непроходимость и другие серьезные состояния, такие как некроз кишечника и заворот кишечника. Правильная и своевременная диагностика имеет важное значение для надлежащего ведения пациентов. Диагностика пациентов с болью в животе в первую очередь определяется методами визуализации, такими как рентгенография, УЗИ брюшной полости (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Среди них УЗИ брюшной полости является неинвазивной процедурой, которая доступна в большинстве больниц даже в нерабочее время (выходные, ночи и праздники) и может выполняться у постели больного. На основании вышеупомянутых соображений в настоящем исследовании ретроспективно проанализированы записи пациентов, которым было проведено УЗИ брюшной полости в качестве диагностической процедуры первой линии, чтобы оценить ее полезность и ограничения при определении диагноза пациентов с абдоминальными симптомами.

Материалы и методы исследования. УЗИ брюшной полости было выполнено во время консультации. Набранные пациенты были ограничены теми, у которых УЗИ брюшной полости проводилось в качестве первого диагностического подхода, чтобы оценить эффективность диагностики исключительно по данным УЗИ брюшной полости без какой-либо потенциально искажающей информации от других процедур диагностической визуализации. Таким образом, пациенты были исключены, когда УЗИ брюшной полости выполнялось после других диагностических процедур, таких как рентгенография, КТ или МРТ, поскольку специалист по УЗИ мог быть проинформирован о полученных результатах.

Результаты исследования. Первоначальный диагноз при УЗИ брюшной полости совпал с окончательным диагнозом у 47 пациентов. У остальных 8 пациентов диагноз, полученный при УЗИ брюшной полости, отличался от окончательного диагноза. Для изучения эффективности и ограничений УЗИ брюшной полости пациенты были разделены на две группы. В первую вошли пациенты, у которых диагноз УЗИ брюшной полости совпадал с окончательным диагнозом, а во вторую вошли пациенты, у которых первоначальный диагноз УЗИ брюшной полости отличался от окончательного диагноза.

Выводы. В заключение можно сделать вывод, что УЗИ брюшной полости подходит для диагностики пациентов с абдоминальными симптомами. Пациенткам с большими пузырьками газа рекомендуется проводить дополнительную диагностическую

визуализацию и направлять пациентов к гинекологу при подозрении на гинекологические заболевания.

ВИДЫ И СТЕПЕНИ ПОЗВОНОЧНЫХ ИСКРЕВЛЕНИЙ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СКОЛИОЗА

Ахророва Шахло Батыровна Якубов А. О. , Мухсинов М. М. , Махаммадалиев З. С.
Педиатрический факультет Бухарского государственного медицинского университета

В последнее годы, заболевания связанные с искривлением позвоночника встречаются не только у людей пожилого возраста, но и среди молодежи. Зачастую этому виной является, малоподвижный образ жизни, а также не правильное положение осанки в повседневной рутине. Одним из самых распространенных видов позвоночных искривлений, является сколиоз.

Сколиоз — трёхплоскостная деформация позвоночника у человека. Искривление может быть врождённым, посттравматическим и идиопатическим. При развитии сколиоза позвоночник наклоняется в сторону, и происходит ротация вокруг своей вертикальной оси. Эти изменения имеют как косметический, так и физиологические эффекты с долгосрочными последствиями, которые могут привести к значительным проблемам со здоровьем. Так же это заболевание подразделяется на такие виды как, функциональный сколиоз, нервно - мышечный сколиоз, дегенеративный сколиоз.

Сколиоз имеет 4 степени развития. При III и IV степени, у пациента наблюдаются выраженные симптомы ущемления центральной и периферических отделов спинного мозга. В данной ситуации, требуется хирургическое вмешательство для коррекции позвоночного столба. Хирургические операции по коррекции позвоночного столба, имеют ряд осложнений таких как : пневмоторакс, кровотечения из крупных сосудов, проблемы с анестезией, проявление неврологических осложнений.

Проведенные нами исследования показывают, методы профилактики дальнейшего развития сколиоза и эффективность методов во всех степенях сколиоза.

В качестве методов профилактики мы применяли специальные ортопедические корсеты или пояса, определенные самостоятельные упражнения для вытяжения позвонков, занятие плаванием и вытяжение позвоночного столба с помощью компьютерной тракции.

По результатам исследования самым эффективным методом является компьютерная тракция, в то время как самостоятельные упражнения показали самый низкий результат эффективности, по сравнению с другими методами. Учитывая вышеупомянутые результаты, можно прийти к такому выводу, что пациентам рекомендуется применить один из перечисленных методов профилактики во избежание развития сколиоза постоперационных осложнений.

СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА.

Б.М.Исаков, К.Б.Исаков, Ф.Н.Ташланов, Мамадалиев А.Р, Иброхимов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность: По данным отечественных и зарубежных авторов лечение больных с повреждениями позвоночника остается актуальной проблемой современной нейрохирургии до настоящего времени. Важность этой задачи определяется постоянно увеличивающимся количеством больных с тяжелой травмой позвоночника. Принятие решения об оперативном вмешательстве на поврежденном позвоночнике без неврологического дефицита является сложной задачей и вызывает неоднозначные суждения.

Переход от консервативных к ранним хирургическим методам лечения тяжелых травм позвоночника привел к значительному снижению инвалидизации и уменьшению отрицательных последствий.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения травм и заболеваний позвоночника с применением ТПФ систем.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии АФ РНЦЭМП с 2010 по 2022 год находились 114 больных с травмами различной степени тяжести грудного и поясничного отделов позвоночника. Возраст больных от 16 до 60 лет. Давность травмы позвоночника от 3-х часов до 5 суток. При распределении больных по полу: мужчин – 76 больных и женщин – 38. По механизму травмы: падение с высоты – 81 больных, автодорожная травма – 33 больных.

Обследование больных проводилось согласно утвержденному протоколу (осмотр специалистов, рентгенография позвоночника в стандартных проекциях, компьютерная и магнитно-резонансная томография позвоночника).

Среди обследованных больных с осложненными травмами позвоночника были 40 больных и неосложненными повреждениями 74 больных. По уровню поврежденного позвоночника: Th 7 – Th 8 – 6 больных, Th 9 – Th 10 – 19 больных, Th 11 – Th 12 – 49 больных, Th12 – L1 – 26 больных, L1 – L2 - 11 больных и L3 позвонка – 3 больных. Из общего количества обследованных больных 53 больным было проведено консервативное и 61 больным оперативное лечение.

После проведенных обследований 61 больным были проведены следующие виды оперативных вмешательств:

1 Фиксация поврежденного сегмента позвоночника различными видами металлоконструкциями (ТПФ) – 22 больных.

2 Декомпрессивная ламинэктомия с ревизией позвоночного канала и спинного мозга на уровне повреждения (без фиксации позвоночного столба) – 20 больных.

3 Декомпрессивная ламинэктомия на уровне повреждения + ревизия эпи- и субдурального пространств спинного мозга и как завершающий этап операции фиксация металлоконструкциями – 19 больных.

Из 61 больных у 12 были использованы металлоконструкции фирмы «Медбиотех» (Республика Беларусь) и в 29 случаях конструкции для ТПФ фирмы ChM (Республика Польша).

Результаты: Во время проведения оперативных вмешательств, при ревизии у 9 больных был обнаружен полный анатомический перерыв спинного мозга, в 27 случаях картина гематомиилии и ушиба спинного мозга на уровне повреждения.

При повторных обследованиях больных через 3 и 6 месяцев было отмечено удовлетворительное функционирование фиксирующих металлоконструкций, через 1 год у 6 больных обнаружено разболтанность конструкций, в этих случаях проведены операции с повторным установлением конструкции и 2 случаях их удаление.

Выводы: Таким образом, на основании анализа результатов хирургического лечения больных с травмами позвоночника можно сделать вывод, что наиболее надежная фиксация достигается при использовании конструкции для ТПФ, что дает возможность ранней активизации больных.

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 2020 по 2022 г. 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОПЛАСТИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЖИВОТА МЕТОДОМ «ONLAY»

Бабаджанов А.Х., Носиров М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова, г.Ташкент, Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Цель. Изучить процессы взаимодействия полипропиленовой сетки с биологическими тканями при аллопластике экспериментальной грыжи методом «onlay».

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены в лаборатории экспериментальной хирургии с виварием ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова». Были использованы 28 беспородные белые крысы обоего пола, весом $228 \pm 2,7$ гр. (контрольная группа). Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей. При моделировании экспериментальной послеоперационной вентральной грыжи у крыс применили методику DuBay D.A. (2005). Аллопластику передней брюшной стенки выполнили с использованием сетки Эсфил в позиции Onlay путем фиксации к передней поверхности апоневроза прямых мышц отдельными узловыми швами нитью пролен 4/0. Животные выводились из эксперимента путем передозировки наркотических препаратов в установленные сроки: 7, 14, 21 и 30 суток после операции. Были проведены макроскопические и морфологические исследования.

Результаты. На 7 сутки после операции при разведении краев раны сетка оказывалась фиксированной к передней брюшной стенке и краям грыжевых ворот. Определялась отечность тканей и рыхлые соединительно тканые сращения с сеткой. При вскрытии брюшной полости имело место формирование спаек к области фиксации сетки

вследствие умеренного воспалительного процесса, а также частичного расхождения брюшины с оголением сетки в просвет брюшной полости. В это время основные экссудативно-некробиотические изменения преобладали над воспалительным процессом. Основная причина, по которой некробиотический процесс может наблюдаться даже через 7 дней, заключается в том, что он чаще развивается из-за непосредственного воздействия синтетического полимера на воспалительный процесс в области раны. Очаговая или диффузная лимфоцитарно-лейкоцитарная инфильтрация мышечно-клеточного слоя, хаотические изменения соединительнотканного слоя, утолщение стенки сосуда, расширение и полнота в различных формах, диапедез эритроцитов вокруг сосуда, наблюдается отёк по всему слою.

На 14 сутки неосложненного течения послеоперационная рана практически с полным заживлением. Сетка интимно сращена с окружающими тканями передней брюшной стенки. В брюшной полости сохраняется спаечный процесс с областью фиксации полипропиленовой сетки. На 14-й день эксперимента между синтетическим полимером и биотканями образовались хаотические фибробласты. При микроскопии препаратов в зоне имплантации у этих животных констатировали окружение нитей имплантированного протеза широкой зоной новообразованной соединительной ткани с реакцией продуктивного воспаления.

На 21 и 30 сутки после аллопластики полипропиленовой сеткой кожная рана практически полностью зажила, местами приходится иссекать кожные швы. На 21-й день исследования: в группе, где использовалась онлайн-модель, стали преобладать пролиферативные процессы, но сохранялись воспалительные процессы и сохранялись реактивные изменения между синтетическим полимером (сеткой) и биотканями. При этом в зоне поражения (преимущественно между брюшиной и синтетическим полимером) наблюдалась грубая регенерация соединительной ткани, почти во всех зонах наблюдалась лимфоцитарно-макрофагальная воспалительная инфильтрация, особенно между нитями сетки.

К 30-му дню эксперимента в группе Onlay аллопластики в перестройке слоев преобладает соединительная ткань. В местах воздействия синтетического полимера (сетки) и брюшины выявлены грубые спайки с четко выраженной соединительной тканью. Хотя реакция между синтетическим полимером и тканью слабая, сохраняется лимфоцитарно-макрофагальная воспалительная инфильтрация.

Выводы. Проведенные исследования позволили прийти к заключению, что имплантат в виде полипропиленовой сетки вызывает выраженную реакцию окружающих тканей в течение 7-10 суток после имплантации и при расположении над брюшиной может вызвать формирование спаек с органами брюшной полости. При этом выраженность спаек в большей степени зависит от целостности брюшины, так расхождение ее краев способствует формированию выраженного адгезивного процесса, не имеющего тенденцию к рассасыванию в отдаленный период.

РЕЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Бабаджанов А.Х., У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Эгамбердиев Б.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Несмотря на современные достижения хирургии, диагностика и лечение послеоперационных осложнений представляет собой одну из наиболее сложных и актуальных страниц абдоминальной хирургии. Частота релапаротомий по этому поводу

колеблется от 0,5 до 7% операций на органах брюшной полости, а летальность составляет от 23,6 до 71,2%.

Материал и методы. Основу работы составил ретроспективный анализ результатов лечения 14037 больных с абдоминальной патологией за период 2018- 2022 год, получавших лечение в РНЦЭМП Андижанский филиал. Релапаротомия выполнена у 136 (0,97%) больных. У 122 (89,7%) она произведена по экстренным показаниям в связи с развитием осложнений в послеоперационном периоде и у 14 (10,3%) - программируемая релапаротомия с целью контроля за состоянием патологии, по поводу которой была предпринята операция. Всего выполнено 183 релапаротомий, включая ререлапаротомии. задачи требовало поиска индивидуальных способов лечения (повторное ушивание зоны несостоятельности, устранение желчеистечения, тампонада и др.), то для лечения третичного перитонита применяли унифицированную методику, которая заключалась в тщательной интраоперационной санации брюшной полости антисептиками, декомпрессии кишечника в показанных случаях, дренирование брюшной полости 5-7 трубками с оставлением в ряде случаев тампонов-сигар. Это обеспечивало возможность проведения адекватной антибиотикотерапии, санацию интракишечного пространства, эвакуацию воспалительного выпота из брюшной полости. В 84,4% выполнена одна, в 11,5% - две, в 3,3% - три и в 0,82% - 4 релапаротомии. После релапаротомии умерли 19 человек. Общая послеоперационная летальность равна 23,7%. При однократной релапаротомии она равнялась 21,3%, после двух - 50%, трех и более - 75%. Причинами летальности у 11 больных явился прогрессирующий перитонит и синдром полиорганной недостаточности, у 5 - легочно-сердечная, у 2-х - печеночно-почечная и у 1 - легочная недостаточность.

Выводы. Несмотря на ключевую роль и место релапаротомии в комплексном лечении третичного перитонита в условиях реанимации летальность остается высокой, причем каждая последующая релапаротомия уменьшает шансы на спасение жизни больного. В связи с этим, снижение числа больных третичным перитонитом и достижение лучших результатов в абдоминальной хирургии целесообразно искать на путях совершенствования тактики и техники первичных операций, пред- и послеоперационного лечения. Для диагностики послеоперационной патологии использовали данные клинко-лабораторного и рентгенологического обследования, УЗИ органов брюшной полости, в нескольких случаях КТ и ЯМРТ., Результаты и обсуждение. Нами установлено, что релапаротомия в 89,9% случаев выполнялась после экстренных и лишь в 10,1% - после плановых операций на органах брюшной полости. При анализе частоты релапаротомий, в зависимости от основной патологии, по поводу которой предпринималась операция, установлено, что удельный вес острого аппендицита в структуре патологии, потребовавшей повторной операции, составил 11,8% (16 набл.), панкреатита - 9,6% (13 набл.), острого холецистита - 8,8% (12 набл.), тупой травмы живота - 8,8% (12 набл.), рака ободочной кишки, осложненной непроходимостью - 7,4% (10 набл.). Остальные релапаротомии в меньшем числе случаев встречались при другой абдоминальной патологии. Однако при сопоставлении частоты релапаротомии и количества оперированных больных было установлено, что при остром панкреатите релапаротомия потребовалась в 13,1%, раке ободочной кишки - в 7,3%, травме органов брюшной полости - в 6,6%, язвенной болезни - в 2,3%, холецистите - в 1,3% и остром аппендиците - в 0,46% случаев. Нами установлено 5 основных причин релапаротомий, на долю которых приходится 85% всех осложнений. Среди них на первом месте абсцессы брюшной полости (23,8%), на втором - кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта или в брюшную полость (18,9%), на третьем - послеоперационный перитонит (13,2%), на четвертом - ранняя спаечная непроходимость (10,7%) и на пятом - эвентрация (9%). После релапаротомии умерло 37 больных. Летальность составила 27,2%, и она в значительной степени зависела от патологии и характера первичной операции, которая применялась.

Летальность при релапаротомии у больных острой кишечной непроходимостью раковой и другой этиологии составила 43%, панкреатите - 38,5%, острым холецистите - 33,3%, тромбозе мезентериальных сосудов - 20%, язвенной болезни, осложненной кровотечением 16,7%. У 14 (11,5%) больных релапаротомия выполнена дважды, у 4 (3,3%) - трижды и у 1 (0,82%) - 4 раза. Летальность у больных, перенесших 2 релапаротомии, составила 50,3 и более - 75%.

Выводы. На основании проведенного исследования установлено, что около 1% больных, оперированных на органах брюшной полости, нуждается в релапаротомии, причем почти в 90% случаев первая операция была выполнена по поводу ургентной абдоминальной патологии. Летальность после релапаротомии остается высокой (27,2%) и с каждой последующей релапаротомией риск летального исхода повышается. При повторной релапаротомии умирает каждый второй, а при 3-х и более погибают 2/3 больных. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости тщательного изучения данной проблемы, совершенствования лечебной тактики и техники первичных оперативных вмешательств и релапаротомии с целью снижения риска послеоперационных осложнений и летальности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛОПЛАСТИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЕТКИ С КОМПОЗИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ

Носиров М.М., Бабаджанов А.Х.

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова, г.Ташкент, Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан**

Цель. Изучить процессы взаимодействия новой отечественной сетки с композитным покрытием с биологическими тканями при аллопластике экспериментальной грыжи.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены в лаборатории экспериментальной хирургии с виварием ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова». Были использованы 28 беспородные белые крысы обоего пола, весом $228 \pm 2,7$ гр. (основная группа). Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей. При моделировании экспериментальной послеоперационной вентральной грыжи у крыс применили методику DuBay D.A. (2005). Аллопластику передней брюшной стенки выполнили с использованием разработанного нами новой отечественной сетки с композитным покрытием в позиции Onlay путем фиксации к передней поверхности апоневроза прямых мышц отдельными узловыми швами нитью пролен 4/0. После фиксации сетки к передней брюшной стенке обрабатывали поверхность имплантата лазером в диапазоне 620-660 нм с плотностью мощности 50-100мВт/см². Время облучения составило 2-3 минуты. Животные выводились из эксперимента путем передозировки наркотических препаратов в установленные сроки: 7, 14, 21 и 30 суток после операции. Были проведены макроскопические и морфологические исследования.

Результаты. При эвтаназии на 7 сутки было установлено, что сетка достаточно плотно спаяна с окружающими тканями, признаков воспаления и скопления жидкости не выявлено. Сетка рыхлыми спайками фиксирована к подкожной клетчатке и окружающим тканям. При вскрытии брюшной полости окаймляющим полулунным разрезом установлено, что спаечный процесс минимален, расхождения краев брюшины нет. Органы

брюшной полости без патологии, выпота нет. При гистологическом исследовании выявлена незначительная нейтрофильная инфильтрация. В гистологических слоях раны выявляется слабый отек.

На 14-е сутки после аллопластики композитной сеткой признаков инфицирования нет. Сетка покрыта рыхлой соединительной тканью. В брюшной полости единичная спайка с сальником. В зоне имплантации композитной сетки (КС) определялась реакция на инородную ткань, представленная клеточным инфильтратом, состоящим из лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов и тучных клеток. Волокна соединительной ткани выглядели оформленными, рыхлыми, с отеком и сохранившимися новообразованными сосудами. Отмечено присутствие гигантских клеток инородных тел, других воспалительных клеток и фиброза, однако их число было значительно меньше, чем при использовании стандартной сетки. В образцах с КС было значительно меньше гистиоцитов и эозинофилов. Отсутствие реактивности подтвердилось обнаружением того факта, что было обнаружено также значительное уменьшение фиброза при использовании КС в сравнении со стандартными сетками.

На 21-е сутки после аллопластики композитной сеткой признаков инфицирования нет. Кожа передней брюшной стенки отсепарована. Сетка практически с полным вживлением в окружающие ткани и передней брюшной стенке. Узлы и нити сетки не просматриваются. Брюшина чистая, без спаечного процесса. Органы брюшной полости без патологии.

На 30-е сутки после аллопластики композитной сеткой кожа передней брюшной стенки отсепарирована, дефектов нет, спайки не прослеживаются. Сетка просвечивается ввиду удаления кожи в области аллогерниопластики. Сетка с полным приживлением к передней брюшной стенке. Признаков инфицирования нет. Через 30 суток количество гигантских клеток продолжало снижаться при использовании КС. Эозинофилы и гистиоциты были значительно уменьшены и меньше фиброза вокруг КС. При использовании композитных сеток отмечено меньшее повреждение тканей, в то же время большая степень неоваскуляризации. Это положительный показатель роста здоровой ткани.

Выводы. Таким образом, новая отечественная сетка с композитным покрытием демонстрируют значительное снижение воспалительной реакции по сравнению с непокрытым полипропиленом, что демонстрирует эффективность аллопластики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗНЫХ ТЕХНОЛОГИИ

Бабаджанов А.Р., Бабажанов К.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Цель исследования: улучшить результаты лечения осложненных форм острого панкреатита путём использования малоинвазивных технологий.

Материал и методы: В абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра проведен анализ результатов хирургического лечения 29 больных с осложненными формами острого панкреатита в возрасте от 21 до 70 лет. Мужчин было 20 (69 %), женщин – 9 (31%).

Диагноз установили на основании клинических, лабораторных данных, УЗИ и МСКТ органов брюшной полости. Ферментативная фаза заболевания диагностирована у 8 (27,5%), септическая секвестрация – у 21 (72,5 %).

В зависимости от способа оперативного лечения больных были разделены на две группы. В I группу вошли 19 (65,5%) больных, в лечении которых использовали

малоинвазивные операции. II-группа состоит из 10 (35,5%) больных в лечебном комплексе которых, использовали традиционные макролапаротомии.

Малоинвазивные операции включали: пункцию и дренирование гнойников под контролем УЗИ, видеолапароскопические санационно дренирующие процедуры сальниковой сумки и брюшной полости у 16 (55%), минилапаротомии. Эффективность лечения оценивали по регрессу клинических симптомов заболевания, частоте развития осложнений (кровотечение, сепсис) и летальности.

Профилактическая санация выполнена у 3 больных видеолапароскопически, путем рассечения заднего листка брюшины над пораженной клетчаточной областью по верхнему и нижнему краю поджелудочной железы.

В качестве антисептика для промывания сальниковой сумки использовали 0,5% водный раствор хлоргексидина, фурацилина 1:5000, декасана (декометоксин 0,02%). Дренажи были удалены на 10-18 сутки после операции.

В послеоперационном периоде больные получали цефалоспорины, фторхинолоны в сочетании с метралаином, ингибиторы панкреатической секреции.

Проводили купирование болевого синдрома, блокаду секреторной активности желудка, трансназальную интубацию тонкой кишки, иммунокоррекцию, стимуляцию моторики кишечника и инфузионную терапию.

Сравнительное изучение показало, что в первой группе больных послеоперационные осложнения (аррозивные кровотечения - 2) наблюдались у 2 больных, летальных исходов не было. Во второй группе аррозивные кровотечения наблюдались у 3 больных, сепсис – у 1, летальный исход у 1 больного.

Заключение: Исследование показывает, что малоинвазивные операции сопровождаются менее выраженным болевым синдромом, сокращением сроков госпитализации и позволит улучшить результаты лечения больных с осложненными формами острого панкреатита.

СИМБИОЗ ТЕХНОЛОГИЙ И ХИРУРГИИ: ВЗАИМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ И БУДУЩЕЕ

**Бабакаланов Ш.И., Умаров И.К., Абдуллаев Д.М., Рустамов А.Ф.,
Муродов Д.Р., Исмати А.О.**

Самаркандский Областной Многопрофильный Медицинский Центр

Актуальность. Роль высокотехнологических методов диагностики и лечения сложно недооценить в контексте современной медицины. С развитием медицинской инженерии мы смогли застать такие новшества как роботическая хирургия, трехмерная визуализация, внедрение искусственного интеллекта в повседневную радиологию, современные методы анестезиологии и послеоперационного ухода, что в последующем позволило улучшить результаты операций, минимизировать потенциальные риски, улучшить качество жизни пациента в послеоперационном периоде. Однако, проблемы, связанные с опухолями и хирургическими вмешательствами, остаются актуальными вызовами современной медицины и корректное применение технологических достижений вкпе с результатами прогресса в хирургических решениях является одним из ключевых компонентов конкурентоспособности хирургической команды в выполнении многоэтапных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. За период с 2010 по настоящее время в хирургическом отделении №1 Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра было выполнено 44 резекционных вмешательств по поводу объемных образований печени. Из них 33 резекционных вмешательства (гемигепатэктомии, атипичные резекции печени)

были выполнены на правой доле, 11 – на левой. По поводу злокачественных опухолей, в том числе гепатоцеллюлярных карцином, холангиоцеллюлярных карцином, гепатобластом было выполнено 21 вмешательство. По поводу доброкачественных новообразований – 23 операций, из них 12 – у пациентов с эхинококковыми кистами печени. Начиная с 2023 года с приобретением такого высокотехнологичного медицинского оборудования, как Söring Sonoca 300, LigaSure и последующим их симбиозом с такими относительно недавно внедренными оперативными тактиками, как тотальная сосудистая изоляция печени удалось расширить объем выполняемых оперативных вмешательств и не только безопасно выполнять многоэтапные операции, но и сократить время их выполнения. Были внедрены в практику и успешно выполнены такие этапы оперативного лечения в гепатобилиарной зоне, как окклюзия ветвей v. portae, а также резекция печени in-situ split. Показаниями к выполнению операции служили клинические и спектр лабораторно-инструментальных данных (МРТ-холангиография, МСКТ-ангиография, ПЭТ-КТ, биопсия тканей печени под УЗ-наведением). В группе оперированных пациентов возрастной диапазон составлял от 25 до 63 лет, а ИМТ колебался от 22 до 32 кг\м². Гендерное соотношение было неравным и составляло приблизительно 3:1, превалировал женский пол со значением 32, мужчин – 12.

Результаты. Среднее время выполняемой операции ранее составляло 174 минуты, интраоперационная кровопотеря в среднем равнялась 600-650 мл, а с началом эксплуатации новых клиничко-оперативных подходов и хирургического оборудования среднее время снизилось до 130 минут, а кровопотеря до 250-300 мл. В послеоперационном периоде осложнения в виде желчеистечения наблюдались у 3 (7.5%) пациентов и были ликвидированы консервативно, у 2 (4.5%) больных после правосторонней расширенной гемигепатэктомии отмечались явления печеночной недостаточности (синдром малой доли печени) с последующим консервативным купированием. Явления умеренного асцита в отдаленном послеоперационном периода наблюдались у 2 (4.5%) пациентов. Летальность в общей группе среди 44 оперированных пациентов не наблюдалась.

Выводы. Применение новых оперативных методик и оборудования позволяет улучшить послеоперационный прогноз, расширить потенциальный объем вмешательства и рамки «свободы» хирурга, сократить время выполняемой операции благотворно сказываясь на экономические аспекты, влияет на качество жизни пациента в послеоперационном периоде.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

**Базарбаев У.Р., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С.,
Рузматов А. Э., Курбанбаев Б.Н.**

**Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи**

Мы располагаем опытом лечения 51 больного с послеоперационным перитонитом (ПОП) с применением эндовизуальной техники. Больные были в возрасте от 10 до 82 лет, средний возраст составил 31,6 года. Мужчин было 27 (52,9%), женщин - 48 (47,1%).

Причинами ПОП явились: перфоративные гастродуоденальные язвы - у 5 (9,8%) больных, деструктивный аппендицит - у 8 (15,6%), закрытая травма живота - у 4 (7,8%), панкреонекроз - у 4 (7,8%), острая кишечная непроходимость - у 4 (7,8%), цирроз печени - у 5 (9,8%), забрюшинная флегмона с прорывом в брюшную полость - у 1 (1,9%), операции на желудке - у 3 (5,8%), операции на печени и желчных путях - у 6 (11,7%), вмешательства

на селезенке - у 4 (7,8%), чрескожночреспеченочная холангиостомия у 1 (1,9%), гинекологические операции - у 6 (11,7%).

Местный перитонит был у 9 (17,6%) больных, распространенный - у 42 (82,3%) больных. По характеру экссудата: фибринозно-гнойный - у 11, гнойный - у 33, желчный - у 3, ферментативный - у 2, геморрагический - у 2.

После выполнения лапароскопической ревизии брюшной полости, определения распространенности перитонита, верификации его источника и забора материала для бактериологического исследования выполнялась видеолaparоскопическая санация (ВЛС), включающая лапароскопическую (или из минидоступа) ликвидацию источника перитонита и промывание брюшной полости раствором антисептика.

ВЛС при ПОП заключалась в направленном полноценном удалении гноя с помощью ирригоаспиратора. Для лапароскопической санации использовалось устройство “Pulsavac” (США). Это давало возможность быстро и эффективно произвести полноценную санацию брюшной полости.

ВЛС проводили однократно у 31 (60%) больного, двухкратно у 13 (25%), трехкратно - у 6 (11,7%), четырехкратно - у 1 (1,9%). Всего было выполнено 79 санаций брюшной полости у 51 больного.

Учитывая неполноценность ВЛС, переход к релапаротомии осуществлен у 3 (5,8%) больных.

Осложнения, связанные с ВЛС, наблюдались в 3 (5,8%) случаях (подкожная эмфизема - 1, предбрюшинная эмфизема - 1, повреждение большого сальника троакаром - 1), которые не требовали дополнительного вмешательства. Применение ВЛС у всех наблюдавшихся больных позволило предотвратить прогрессирование воспалительного процесса.

Из 51 больного умерли 2 (3,9%). Причинами летального исхода были аррозивное кровотечение из поджелудочной железы и прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики послеоперационного перитонита. Видеолaparоскопическая санация позволяет уменьшить количество релапаротомий при ПОП и снизить летальность.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

Бекчанов Х.Н., Хаитбаев С.К. Саъдуллаев У.О.
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской академии.
Ургенч, Узбекистан.

Цель исследования: Ранняя диагностика повреждений желчных путей с использованием видеоскопии с холангиографией.

Материалы и методы: За период 2022 года в отделении экстренной хирургии №1 Хорезмского филиала РНЦЭМП выполнены 32 эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) больным, поступившим в стационар с подозрением на ятрогенное повреждение с клиникой механической желтухи.

Результаты: При обследовании, в 15 (47%) случаях стриктура располагалась в зоне гепатикохоледоха и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. У этой группы больных прямой билирубин составлял 90-170

мкмоль/л. У одного из пациентов наблюдались начальные признаки печеночной недостаточности в виде проявлений энцефалопатии, снижение уровня альбуминов ниже 30 г/л, снижение протромбинового индекса ниже 70%.

В 7 (22%) случаях препятствие располагалось в зоне большого дуоденального соска. В 6 (19%) случаях препятствие располагалось в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. В 4 (12%) случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Некоторые больные доставлены в стационар до развития печеночной недостаточности и явления холангита.

Эндоскопическим методом удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха стенотического сегмента и стеноза БДС у 17 (53%) пациентов. У 1-го больного после ЭПСТ началось кровотечение, которое было остановлено проведением дуоденотомии с прошиванием кровоточащих сосудов. У 5 больных не удалось восстановить проходимость стенотического сегмента гепатикохоледоха. Этим больным выполнена дилатация стенотического сегмента открытым способом, из них одному больному наложен анастомоз ХДА по Юрашу.

У 6 (18,7%) больных после ЭРХПГ выявлен резидуальный камень в дистальной части холедоха, операции завершены эндоскопической литоэкстракцией, 2 больным открытым способом выполнена холедохалитотомия, с установлением Т-образного дренажа в холедох.

У четырёх (12,5%) пациентов отмечены повреждения в зоне конфлюэнса, им выполнены реконструктивные операции с наложением гепатикоеюноанастомоза конец в бок, с меж кишечным соустьем.

Заключение: Таким образом, причиной возникновения интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей являются грубые тактические и технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии.

Внедрение в хирургию современных эндоскопических технологий, обеспечивающих малую инвазивность в диагностике и лечении ургентной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, позволило на качественно новом уровне оказывать медицинскую помощь больным в стационарах ургентного профиля.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОНИКАЮЩИМИ РАНЕНИЯМИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Бобоев С.А., Кадирова А.М., Мадалов Н.И.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность Эффективность лечения больных с проникающими ранениями глазного яблока зависит от качества оказания специализированной медицинской помощи. Оно включает в себя полный объём первичной хирургической обработки ранения и адекватное консервативное, хирургическое лечение посттравматических воспалительных осложнений, профессионально правильное наблюдение больных с последствиями прободных ранений глаза. Диспансерное наблюдение данных пациентов осуществляется, в основном, в поликлиниках по месту жительства. Тем не менее врачи-офтальмологи поликлиники не всегда имеют возможность (в плане инструментально-лабораторного оснащения, наличия соответствующей специализации) квалифицированно оценить тяжесть травмы и прогноз течения посттравматического периода, а также не всегда компетентны в решении вопросов хирургической реабилитации данных пациентов.

Изучение исходов лечения проникающих ранений глазного яблока представляет интерес с точки зрения медицинской и социальной реабилитации этой категории больных.

Цель - изучить исходы реабилитации пациентов при проникающих ранениях глазного яблока в условиях офтальмологического стационара и амбулатории Самаркандской области Республики Узбекистан.

Материалы методы исследования. Нами проводился анализ результатов комплексного лечения 82 больных с проникающими ранениями глазного яблока. Основную массу этой категории больных составляли мужчины. Мужчин было - 80, женщин - 2. Все больные были трудоспособного возраста: до 20 лет было 24 (29,0%), 21-30 лет - 26 (31,6%), 31-40 лет - 17 (20,6%), 41-50 лет - 10 (12,0%), свыше 50 лет - 5 (7,0%). У 53 (74,0%) больных ранение сопровождалось внедрением инородного тела внутрь глаза. В 42 (79,1%) случаях ранение было с наличием магнитного инородного тела, и в 11 (20,9%) - амагнитного. Травма была производственной у 48 (58,5%) больных, бытовой - у 33 (41,5%).

Для уточнения локализации травмы глазного яблока, распространенности процесса, глубины поражения, наличия и локализации инородного тела и определения его характера использовались современные диагностические методы: клинические жалобы, сбор анамнеза, симптомальные признаки; офтальмологические: метод бокового освещения, биомикроскопия на аппарате ЩЛ 52 (Украина), стандартная визиометрия по таблице Головина – Сивцева и Орлова, определение внутриглазного давления методом пальпации, исследование в проходящем свете, компьютерная периметрия (контроль поля зрения), рентгенологический: рентгенография орбиты по методу Комберга-Балтина, ультразвуковой: УЗИ глаза на аппарате “Sanomed” (США), инструментальный: компьютерная томография головного мозга для исключения повреждения костей орбит.

Всем больным проводилась хирургическая обработка раны глазного яблока в условиях стационара, под местной анестезией и под наблюдением анестезиолога с целью премедикации и контролем артериальной гипотензии.

Результаты исследования. Исследования выявили чрезвычайную вариабельность степени тяжести травматического повреждения глазного яблока, что крайне затрудняет объединение больных в однородные группы.

В связи с этим, разнообразным оказался и объем лечебных мероприятий, проведенных этим больным.

В 78 случаях (95,1%) была произведена первичная хирургическая обработка раны с использованием микрохирургических игл, из них в первые сутки после травмы - 44-м (56,4%) больным, свыше суток – 34 (43,6%). Операции производились под микроскопом. Для профилактики внутриглазной инфекции сразу после проведения хирургической обработки ран интравитреально вводился раствор фортума и дексаметазона в стандартных дозировках через плоскую часть цилиарного тела. В случае частичного гемофтальма одновременно интравитреально вводился раствор гемазы.

Во время операции и в послеоперационном периоде активно применялись антибиотики широкого спектра действия, кортикостероиды, десенсибилизирующие средства, энзимотерапия, тканевая витаминотерапия и физиотерапевтические процедуры. В особо тяжелых случаях при необходимости больные направлялись на лечение в специализированные микрохирургические институты центральных городов нашей республики, в г. Ташкент.

В результате лечения получены следующие ближайшие исходы: удалось сохранить 76 глаз (92,7%), из них с остротой зрения от 0,5 до 1,0 – 15 (19,7%) глаз, от 0,2 до 0,4 – 11 (14,4%), от 0,01 до 0,1 - 22 (28,9%) и со зрением от нуля до правильного светоощущения – 28 (37%) глаз.

Наибольшее количество неблагоприятных исходов отмечено в группе больных с внутриглазными инородными телами, особенно, амагнитными.

Анализ наших материалов позволяет заметить, что проникающие ранения приводят к различной степени тяжести повреждений глазного яблока, которые заканчиваются, несмотря на использование современных методов диагностики и лечения, неблагоприятными исходами, приводящими к инвалидности. Разработка более эффективных методов лечения больных с проникающими ранениями глазного яблока и их последствиями является актуальной.

Выводы: Своевременная госпитализация, профессиональное оказание медицинской помощи, хирургическая обработка ран в условиях стационара под микроскопом, грамотное послеоперационное введение и лечение приводит к уменьшению инвалидности по зрению и реабилитации больных с проникающим ранением глазного яблока.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Юнусов М.И.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Паховые грыжи встречаются гораздо чаще, чем все другие грыжи живота. Если больные с вентральными грыжами составляют 8-18% от общего числа больных хирургических стационаров, то 75-80% из них больные с паховыми грыжами. Хирургическое лечение паховых грыж традиционными методами приводит к натяжению тканей внутреннего пахового кольца, что в свою очередь вызывает формирование рецидивных косых паховых грыж, и к изменению направления усилий в области дна пахового канала, что может привести к формированию прямых рецидивных паховых грыж. Несмотря на большое разнообразие методов паховой герниопластики, широкий выбор материалов для выполнения ненатяжной пластики, проблема пахового грыжесечения далека от окончательного решения.

Цель исследования: повысить эффективность хирургического лечения паховых грыж за счет усовершенствования технологии способы пластики стенки пахового канала.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 73 больных паховыми грыжами прооперированных на клинической базе кафедры Хирургических болезней- в III хирургическом отделении клиники АндГосМИ.

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

Прямые паховые грыжи были выявлены у 21 человека (29%): из них левосторонних - 4 (6%), правосторонних - 17 (23%). Косые паховые грыжи с выпрямленным каналом имели место у 52 больных (71%): из них левосторонних - у 12 (15%), правосторонних - у 39 (52%); двухсторонние паховые грыжи наблюдались у 3 (4%). Для характеристики грыжевого выпячивания использовалась классификация EHS.

Нами разработан принцип выбора пластики пахового канала в зависимости от анатомо топографических характеристик пахового канала (высота пахового промежутка, степень разрушения поперечной фасции, выраженность объединенного сухожилия): I степень - Фергюссон, Шолдайс; II степень - Шолдайс, «Перемещенный лоскут поперечно фасции», Лихтенштейн; III степень - Лихтенштейн, «Комбинированный способ».

Послеоперационный период проводился активно. Основное внимание в первые сутки после операции уделялось профилактике отека мошонки, с этой целью сразу после окончания операции больному накладывался суспензорий для фиксации мошонки.

Сущность его заключается в том, что адекватная и правильная иммобилизация мошонки после хирургической коррекции пахового канала создает оптимальные условия для венозного и лимфатического оттока. Энтеральное питание начинали на следующий день после операции при наличии удовлетворительной перистальтики, стула; назначался общий стол или лечебное питание с учетом наличия хронических фоновых заболеваний органов брюшной полости и эндокринной системы.

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений пожилым пациентам (старше 50 лет), а также больным с варикозным расширением вен нижних конечностей, хроническим тромбофлебитом и с ожирением назначали введение антикоагулянтов. Гепарина по 1500-2500 ед. через каждые три часа или клексана 20-40 тыс. ед. под контролем свертывающей системы крови (коагулограммы и агрегатограммы) на протяжении 3-4 суток. Кроме того, бинтовались нижние конечности эластическими бинтами, активизировать больных начинали с первых суток после операции.

Обсуждение и результаты. Мы не ставили перед собой задачи оценки выполненных операций по сравнению с традиционными вмешательствами. Разработанные технические приемы герниопластики при различных видах паховых грыж позволяют уменьшить травматичность и продолжительность операции, уменьшить число послеоперационных осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 2 больных: у двух инфильтрат в области послеоперационного рубца (2,2%) и отек мошонки у одного пациента. В одном случае атония мочевого пузыря (1,4%) и послеоперационный парез кишечника (1,4%). Проведенная противовоспалительная и антибактериальная терапия была эффективна у всех пациентов.

Выводы. Предложенная методика пластики пахового канала перемещенным лоскутом поперечной фасции живота надежно укрепляет заднюю стенку пахового канала, является малотравматичной и патогенетически обоснованной. Отмечено снижение развития хронической боли после герниопластики с сетчатым имплантатом.

Усовершенствованные нами методики герниопластики с учетом патологоанатомических изменений стенок пахового канала перемещенным лоскутом поперечной фасции живота надежно укрепляет заднюю стенку пахового канала, является малотравматичной и патогенетически обоснованной и позволяют восстановить целостность топографо-анатомических структур и снижают рецидив заболевания.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ ДОСТУПА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Ботиров А.К., Эгамбердиев Б.А., Усмонов У.Д., Эгамов С.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Частота релапаротомий и послеоперационная летальность при желчеистечении (ЖИ) после urgentных операций сохраняется стабильно высокой [Зубрицкий В.Ф. и соавт., 2019]. Разработка и внедрение в клиническую практику лечебно-диагностических алгоритмов, а также принятия своевременных лечебных мероприятий, заслуживают самого пристального внимания [Луцевич О.Э., 2021].

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного желчеистечения у 79 больных по поводу острого калькулезного холецистита за период 2016–2023гг. на клинических базах первого и второго хирургического отделений РЦЭМП «АФ», а также в 3 хирургическом отделении Клиники и городской больницы Андижанского государственного медицинского института.

Результаты и их обсуждение. Разработка и внедрение лечебно-диагностического алгоритма позволило установить дифференцированный подход к выбору релапаротомии и релапароскопии и оптимизировать хирургическую тактику, а также использование модифицированного способа «погружного» инвагинационного межкишечного анастомоза, как меру профилактики несостоятельности швов с 2019 по 2023 годы (основная группа – 29 больных).

В основной группе, мужчины составили 13 (44,8%), а женщины – 16 (55,2%), соотношение числа мужчин к женщинам составило почти 1:1. При простой форме ОКХ первичные urgentные оперативные вмешательства выполнены у 11 (37,9%) больных, где ожирение первой степени диагностировано у 3 (10,3%), вторая – у 7 (24,2%) и третья – у 1 (3,4%). При флегмонозной форме ОКХ первичные urgentные оперативные вмешательства выполнены у 12 (41,4%) больных, где ожирение первой степени имелось у 3 (10,3%), вторая – у 7 (24,1%) и третья – у 3 (10,3%). Среди деструктивных форм, наиболее часто имелось флегмонозная форма (41,4%), но в прогностическом плане наиболее тяжелый контингент составляют с гангренозной формой (20,7%). Также отмечено, что наиболее часто urgentные операции выполнялись при второй степени ожирения – 15 (51,7%), однако значительные сложности в определении хирургической тактики возникали при третьей степени ожирения – 6 (20,7%), что сказалось на исходах хирургического лечения. I степень послеоперационного желчеистечения (ЖИ) диагностирована у 16 (55,2%) больных, II степень – у 10 (34,5%) и III степень – у 3 (10,3%). При этом III степень желчеистечения (10,3%) диагностирована значительно меньше, однако, именно у этого контингента могут иметься более высокая вероятность развития жизнеугрожающих последствий. Ситуация усугубляется при сочетании данного осложнения с ожирением второй третьей степени, которая установлена у 3 (10,3%) и 2 (6,9%) больных.

Подготовка больных к реоперации не отличается от подготовки к экстренной абдоминальной операции. Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, коррекцию нарушений сердечно-легочной деятельности и водно-электролитного баланса, а также профилактику тромбоэмболических и гнойно-септических осложнений со стороны операционной раны.

По поводу ОКХ оперировано 1247 больных, где послеоперационное ЖИ возникло в 29 (2,3%) случаев. После ЛХЭ, выполненной у 656 больных послеоперационный период осложнился ЖИ в 16 (2,4%) случаев. После ХЭ из мини доступа выполненной у 158 больных, послеоперационный период осложнился ЖИ в 5 (3,2%) случаев. После ТХЭ, выполненной у 379 больных послеоперационный период осложнился ЖИ в 8 (1,9%) случаев. ЖИ I степени установлено у 16 (1,3%) больных, II степени – у 10 (0,8%) и III степени – у 3 (0,2%), в целом составив 29 (2,3%).

В основной группе наиболее часто послеоперационное ЖИ наблюдалось при выполнении первичных оперативных вмешательств в виде ХЭ из мини доступа – 21 (14,8%). После ЛХЭ (656 больных) у 16 (2,4%) больных с послеоперационным желчеистечением в 6 (0,9%) случаев подлежали релапаротомии, а в 10 (1,5%) – релапароскопии. После ХЭ из мини доступа (158 больных) у 5 (3,1%) больных с послеоперационным ЖИ в 2 (1,2%) случаев подлежали релапаротомии, а в 3 (1,9%) – релапароскопии. После ХЭ из мини доступа возникновение послеоперационного ЖИ в связи с полным пересечением холедоха наступил летальный исход у 1 (0,6%) больного. После ТХЭ (433 больных) у 8 (1,8%) больных с послеоперационным ЖИ в 2 (0,4%) случаев подлежали релапаротомии, а в 6 (1,3%) – релапароскопии.

Заключение. Таким образом, после urgentных оперативных вмешательств на ЖП на фоне ожирения послеоперационное желчеистечение в основной группе сопровождалось развитием гнойно-септических (раневых) осложнений у 19 (1,5%) больных и

послеоперационных осложнений общего характера у 33 (2,6%) больных с летальным исходом в 3 (0,2%) случаев.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ПРАВСТОРОННЕЙ ГМИКОЛОНЭКТОМИИ

Ботиров А.К., Косимов С.М., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным Савельева В.С., (2014) частота ОКН составляет 7-8% среди всех госпитализируемых с острыми заболеваниями органов брюшной полости в хирургические стационары. При этом, летальность составляет 5,1-8,4%, занимая ведущее место среди всех urgentных заболеваний (Тотиков В.З., 2015). Urgentные осложнения при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки (при завороте сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни), а также вопросы хирургической реабилитации сохраняют чрезвычайную актуальность, что требуют настоятельной необходимости проведения дальнейших исследований.

Материал и методы исследования. За период с 2014 по 2022 годы в хирургических отделениях клиники Андижанского медицинского института и РНЦЭМП «АФ» по поводу urgentных заболеваний левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза оперировано 139 больных. Согласно цели и задачам исследования нами условно выделены две группы:

- **группа сравнения** – (2014-2018 годы) - 81 (58,3%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- **основная группа** – (2019-2022 годы) - 58 (41,7%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Для решения поставленных задач проводились клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной МЗРУз.

Результаты и их обсуждение. Подготовка больных к восстановительным оперативным вмешательствам наряду с общеукрепляющей терапией, требовала выполнения мероприятий по уходу за стомой, а также орального и аборального отделов толстой кишки. В связи с этим, нами по отдельности проведено исследование результатов реконструктивно-восстановительных операций в группе сравнения и в основной группе

При urgentных осложнениях заворота сигмовидной кишки (ЗСК), болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни (ДБ) левой половины толстой ободочной кишки при наличии показаний к формированию первичного колоколоанастомоза, методом выбора является «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного колоколоанастомоза, методом выбора является формирование комбинированной «У-образной стомы» с колоколоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» с колоколоанастомозом «бок в конец».

В нашей клинике на протяжении длительного периода хирургическая тактика острой непроходимости левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза изменялась. В первые годы работы чаще применяли паллиативные операции – расправление заворота, расправление с выведением кишки или с цекостомой. В последнее время шире ставим показания для радикальных первично-восстановительных операций.

При ЗСК без гангрены кишечника резекция кишки с формированием комбинированной «У»-образной комбинированной стомы с анастомозом по принципу «конец в бок» и в т.ч. «Т-образная» стома «бок в конец». При ЗСК с гангреной кишечника применяем резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы по Гартману.

При urgentных осложнениях: завороте сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной и дивертикулярной болезни применение комбинированной «У-образной стомы» с колоколоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» «бок в конец» при наличии установленных показаний, могут являться операцией выбора. При наличии установленных противопоказаний: чрезмерная дилатация приводящей аборальной части, резекция значительного участка кишечника вследствие его некроза и гангрены, а также при гемиколэктомии, слева, следует придерживаться операции Гартмана.

В процессе проведенного исследования, в группе сравнения после РВО осложнения, связанные с оперативным вмешательством установлено у 8 (9,8%) больных, раневые – 6 (7,4%) и осложнения общего характера – у 5 (6,2%) с летальным исходом – у 1 (1,2%) больных.

Разработка модифицированной методики формирования «У-образной стомы» по принципу «конец в бок» с погружными швами, с применением в т.ч. «Т-образной стомы» «бок в конец», а также определение показаний и противопоказаний к их выполнению и придерживаясь предложенного лечебно-диагностического алгоритма в основной группе после восстановительных операций осложнения, связанные с оперативными вмешательствами (несостоятельность швов межкишечных анастомозов – 1) возникли лишь у 1 (1,2%) больного, раневые осложнения - у 3 (5,2%) и осложнения общего характера - у 1 (1,7%) больного, без летального исхода.

Заключение. Таким образом, сравнительная оценка восстановительных оперативных вмешательств показало, что частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством в основной группе снизилась с 9,8 до 1,7%, раневые осложнения - с 7,4 до 5,2%, общие осложнения – с 6,2 до 1,7%, летальность 3,7 - до 0%, что позволило достичь искомой цели исследования.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А., Эгамов С.Ш.
Андижанский Государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Актуальность проблемы. К настоящему времени отсутствие единого мнения в вопросах хирургической тактики и выборе способов операций, доступов к желчному пузырю (ЖП) при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ), а также показания к их выполнению не до конца решены. В доступной нам литературе мы не нашли работ, где при ХКХ определены роль и место холецистэктомии (ХЭ) из мини доступа, и соответственно, не до конца изучены результаты хирургического лечения, что явилось поводом к проведению данного исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при хроническом калькулезном холецистите.

Материал и методы. Предметом настоящего исследования явились 1929 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), которые согласно цели исследования условно разделены на 2 группы.

- группа сравнения: 776 (40,3%) больных оперированных за период с 2016 по 2018 годы, которые подлежали ретроспективному анализу.

- основная группа: 1153 (59,7%) больных оперированных за период с 2019 по 2021 годы, которым применены усовершенствованные методики и технические приемы операций и оптимизированная хирургическая тактика.

При диагностике использовались общеклинические методы исследований (жалобы, анамнез, объективный осмотр), в сочетании рентгеноскопия, УЗИ, а в сомнительных случаях МСКТ.

Результаты и их обсуждение. Анализ упущений в группе сравнения, позволил нам разработать модифицированную ХЭ из мини-доступа (положительное решение на изобретение IAP 07410 от 17.05.2023), что в целом позволило оптимизировать хирургическую тактику.

Задачей изобретения является повышение эффективности ХЭ из мини-доступа у пациентов любого телосложения при уменьшении травматичности, достижения косметичности рубца и сокращение времени операции. Техническим результатом является универсальность разреза для любого телосложения и расположения ЖП.

Способ выполнения ХЭ из мини-доступа осуществляют следующим образом. Положение больного на операционном столе. Лежа на спине с приподнятой грудной клеткой относительно операционного стола на 35-40 градусов; операционный стол поворачивают на 20-30 градусов влево, что позволяет сместить внутренние органы от проекции желчного пузыря. (используется механический валик, расположенный на операционном столе под спиной пациента, в проекции печени)

Ход операции. При данном мини-доступе разрез кожи выполняют параллельно и на 1,5 см ниже правой реберной дуг длиной до 3 см в проекции пузырьной точки (ширина общепринятых печеночных ранорасширителей 5 см, для выполнения операции требуется произвести разрез как минимум 7-8 см), где мини-разрез начинают на середине проекции правой прямой мышцы живота. После, в косопоперечном направлении рассекают ½ часть переднего листка влагалища прямой мышцы живота, которую отодвигают медиальном направлении коротким краем крючка Фарабефа и рассекают ½ часть его заднего листка (при традиционной холецистэктомии правая прямая мышца пересекается, что нарушает каркасную функцию передней брюшной стенки, а также является причиной образования послеоперационных грыж, что исключается при мини-доступе с сохранением правой прямой мышцы живота). Апоневроз наружной косой мышцы и поперечную мышцу живота тупо разводят. Брюшина с двух краев берется в зажимы Микулича и рассекают брюшину в направлении к обоим углам раны.

В рану вводят ретрактор, сдвигая окружающие органы в точности определяют нахождение желчного пузыря. Дно ЖП берут в зажим Люэра и слегка вытягивают в рану. Поочередно в полость раны вводят салфетки Купера, в количестве 2-3. Над ними накладывают 2 инструмента (который впервые используется в нашей Республике) в медиальном углу раны и со стороны нижнего края. Ширина ретрактора составляет 2 см, а длина- 25 см (ширина общепринятых ретракторов составляет 5 см, а длина 22 см). Край печени отодвигается длинным концом крючка Фарабефа. Затем отступя 4-5 мм от края печени производят субсерозную отслойку ЖП от ложа, захватив дно ЖП зажимом Люэра. По ходу мобилизации ЖП приподнимается над уровнем кожного разреза, что облегчает манипуляции в ее дистальном отделе (т.е. в области шейки пузырного протока и при необходимости на холедохе). Этим самым достигается универсальность разреза для любого телосложения пациента, любого расположения ЖП, а при подпеченочном инфильтрате отпадает необходимость делать конверсию (переход на лапаротомию).

Важным моментом при мобилизации ЖП от дна является отступ на 0,5 см от края печени по медиальному краю, где после частичной мобилизации его шейки единым

блоком берутся на зажимы а. cystica и шейка ЖП, отступя от общего ЖПр на 0,5-0,7 см. После пересечения и удаления ЖП, культи вместе с а. cystica лигируются (перевязываются) единым блоком викрилом №1. Данная манипуляция позволяет исключить выполнения одинаковой манипуляции дважды, снижает травматичность и продолжительность операции. После дренирования Винслово пространства, операционную рану ушивают послойно наглухо. На кожу накладывают косметический шов. Длительность операции при хроническом холецистите от 18 до 25 минут. Предлагаемый способ не известен и соответствует критериям «новизна» и «изобретательский уровень».

Предлагаемый способ относится может быть использован при операциях на желчевыводящих протоках и ЖП, проводимых с использованием предложенных ретракторов, следовательно, «промышленно применим».

Таким образом, обеспечивается универсальность разреза для любого телосложения и расположения ЖП, а также уменьшении травматичности, косметичность рубца и сокращение продолжительности операции. Кроме того, в способе впервые используются хирургические инструменты (ретракторы шириной 2 см, длиной 25 см), что значительно выгоднее в плане финансовых затрат по сравнению с лапароскопическими и традиционными методами операции, снижается травматичность операции за счет сохранения целостности нервных окончаний, правой прямой и косых мышцы живота, небольшой, и косопоперечный разрез (до 3 см) и пластические швы дают лучший косметический эффект, а также снижают продолжительность операции.

Заключение. Таким образом, подводя итог проделанной работе хотим отметить, что на сегодняшний день ЛХЭ при ХКХ являясь «золотым стандартом» по праву является операцией выбора (в наших исследованиях ЛХЭ выполнена – в группе сравнения у 69,1% и в основной – у 62,0%). Важно отметить, что мы и в т.ч. все абдоминальные хирурги, несмотря на достижения сегодняшней медицины, при определенных клинических ситуациях вынуждены применять «традиционную» ХЭ (в наших исследованиях «традиционная» ХЭ выполнена - в группе сравнения у 9,6% и в основной – у 6,6%). Проведенным научно-практическим исследованием определена роль и место модифицированной ХЭ из мини доступа (в наших исследованиях ХЭ из мини-доступа выполнена - в группе сравнения у 21,3% и в основной – у 31,4%), отличающаяся высокой клинической эффективностью, особенно у больных при наличии противопоказаний к ЛХЭ, являясь при этом, не конкурирующими, а взаимно дополняющими способами хирургического лечения ХКХ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Ботиров А.К., Эгамбердиев Б.А., Бобоев У., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Избыточную массу тела к концу XX века имели около 30% жителей нашей планеты, т.е. около 1,7 млрд. человек. В настоящее время частота желчеистечения в структуре послеоперационных осложнений колеблется в пределах 0,53-6,3%.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения послеоперационного желчеистечения в ургентной хирургии, путем разработки лечебно-диагностического алгоритма действий.

Материал и методы. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного ЖИ у 72 больных

по поводу ОКХ за период 2016–2023 гг. Для сравнительной оценки результатов хирургического лечения исследуемых больных условно выделены две группы:

- контрольная группа – (2016-2019 годы) - 43 (59,7%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- основная группа – (2020-2023 годы) - 29 (40,3%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ результатов urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения явилось базой для изучения недочетов и упущений, что явилось основанием для разработки лечебно-диагностического алгоритма действий при оптимизации хирургической тактики и разработки мер профилактики возникновения послеоперационного ЖИ и в том числе усовершенствованного способа «погружного» инвагинационного способа ХДА.

К предоперационной подготовке ОКХ на фоне ожирения мы подходили сугубо индивидуально. Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, коррекцию нарушений сердечно-легочной деятельности и водно-электролитного баланса, а также профилактику тромбоэмболических и гнойно-септических (раневых) осложнений.

В основной группе анализ результатов хирургического лечения показал, что из 1247 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ), за период с 2019 по 2023 годы (4 года) послеоперационное желчеистечение (ЖИ) отмечено в 29 (2,3%) случаев. К тому же, в основной группе у больных с послеоперационным ЖИ ожирение первой степени отмечено у 8 (27,6%), второй – у 15 (51,7%) и третьей – у 6 (20,7%). Возникновение послеоперационного ЖИ на фоне ожирения отмечено при urgentных оперативных вмешательствах по поводу ОКХ, осложненной простой формой у 11 (37,9%), флегмонозной – у 12 (41,4%) и гангренозной формой – у 6 (20,7%) больных. При этом наблюдалось послеоперационное ЖИ I степени у 16 (55,2%), II степени – у 10 (34,5%) и III степени – у 3 (10,3%) больных. Следует отметить, что в основной группе из 1247 случаев ЛХЭ выполнена у 656 (52,6%), ХЭ из мини доступа – у 158 (12,7%) и ТХЭ – у 433 (34,7%) больных.

В основной группе после ЛХЭ послеоперационное ЖИ отмечено у 16 (2,4%) больных, где релапаротомии выполнены у 6 (0,9%) и релапароскопии – у 10 (1,5%). После ХЭ из мини доступа послеоперационное ЖИ отмечено у 5 (3,1%) больных, где релапаротомии выполнены у 2 (1,2%) с летальным исходом в 2 (0,6%) случаях и релапароскопии у 3 (1,9%). После ТХЭ послеоперационное ЖИ отмечено у 8 (1,8%) больных, где релапаротомии выполнены у 2 (0,4%) и релапароскопии – у 6 (1,3%) больных.

Итак, в целом, в основной группе послеоперационное ЖИ, отмечено у 29 (2,3%) больных, где релапаротомии выполнены у 10 (0,8%) с летальным исходом у 1 (0,1%) и релапароскопии у 19 (1,5%) больных. В основной группе, послеоперационные гнойно-септические (раневые) осложнения отмечены у 19 (1,5%) больных, а послеоперационные осложнения общего характера – у 33 (2,6%) с летальным исходом в 3 (0,2%) случаях.

Заключение. Таким образом, анализ результатов хирургического лечения при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения показал, что за последующий аналогичный промежуток времени частота возникновения и развития послеоперационного ЖИ уменьшилось с 4,7 до 2,3%, частота выполнения релапаротомий уменьшилось с 3,3 до 0,8% и летальных исходов с 0,9 до 0,1%. Вместе с тем частота гнойно-септических

(раневых) осложнений уменьшилось с 3,7 до 1,5%, а осложнения общего характера уменьшились с 6,8 до 2,6% и частота летальных исходов – с 0,7 до 0,2%.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б., Рузматов А.Э., Эргашев А.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В комплексное лечение 23 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) за период с 2005 по 2010 гг. была включена методика видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. На основании выраженности клинических проявлений, уровня эндогенной интоксикации, УЗ- и КТ-признаков состояния поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗК) прогнозировалась форма ДП.

Важным компонентом диагностики ДП было проведение экстренной лапароскопии, использование которой имело существенное значение в выборе адекватной хирургической тактики. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе 1 у 8 - субтотальное поражение тела и хвостовой части ПЖ, у 2 - жировой некроз головки и тела ПЖ с инфильтрацией гепатодуоденальной связки, паранефральной клетчатки и клетчатки ободочной кишки, у 13 - смешанный некроз тела и хвоста ПЖ с инфильтрацией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки. Во время лапароскопии обнаруживалось большое количество (от 1,5 до 3 литров) ферментативного выпота без фибринозно-гнойных наложений и бляшки стеатонекроза по всей поверхности брюшины и большого сальника. Ведущее место при уточнении характера панкреонекроза имело экспресс-бактериологическое исследование экссудата, полученного во время исследования.

В процессе ВЛС у 15 больных (1 группа) выполнялись ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация, подведение дренажных трубок; новокаиновые блокады парапанкреатической клетчатки; санация и дренирование сальниковой сумки (15); холецистостомия (10); холецистэктомия при деструкции желчного пузыря (2); холецистэктомия с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (1); некрэктомию из ПЖ, ЗК и т.д. (11).

У больных второй группы (8) после установки характера и масштаба панкреонекроза осуществляли аспирацию ферментативного выпота, санацию и дренирование брюшной полости для проведения перитонеального лаважа. По показаниям выполнялись холецистостомия или холецистэктомия с декомпрессией билиарных протоков. При этом никаких активных вмешательств с помощью лапароскопической техники в зоне патологического очага не проводилось (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некрэктомию из ПЖ, ЗК и т.д.).

Однократная ВЛС выполнена 3 пациентам, двухкратная - 6, трехкратная - 9, четырехкратная - 5. Интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию проводили с помощью катетера, установленного в брюшную аорту по Сельдингеру.

У больных первой группы ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказались эффективными и позволили добиться купирования воспалительного процесса у 11 (73,3%) больных.

У 4 (26,7%) пациентов произошло инфицирование зон некроза ПЖ и ЗК. Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме.

Умерли после операции 2 (13,3%) больных (1 - с глубокими нарушениями углеводного и белкового обмена, 1 - от прогрессирующей секвестрации ЗК и тяжелой степени эндогенной интоксикации).

У 8 пациентов второй группы мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации. Следует отметить, что такая тактика оказалось эффективной у 100% больных без выполнения полостных травматичных оперативных вмешательств. Осложнений и летальных исходов не было. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимизацией объема вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗК.

Полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении ДП не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии – видеолапароскопической санации и базисной патогенетической терапии приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО - РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

**Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Мамадумаров Т.С.,
Исхаков Н.Б., Эргашев А.А.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность: В настоящее время заболеваемость, инвалидизация и смертность от цирроза печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка остается актуальным среди острой хирургической патологии в экстренной хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы: за период с 2003 по 2022 гг. под нашим наблюдением находились 1387 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензией осложненных кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВ). С повторными кровотечениями из ВРВ поступили в стационар 276 (19,9%) больных. Из общего числа больных вирусный гепатит однократно перенесли 693 (49,9%), 122 (8,8%) больных, несколько раз перенесли вирусный гепатит, у 97 (7,0%) больных установлен алкогольный цирроз печени. Возрастной размах составил больные до 19 лет - 92 (6,5%), 20-44 - 582 (42,0%), 45-59 - 405 (29,2%), 60-74 - 249 (17,9%) старше 75 лет - 59 (4,3%) пациентов, из них мужчин – 849 (61,3%) , женщин – 538 (38,7%).

Всем больным диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии. У 262 (18,9%) больных диагноз цирроз печени установлен впервые, 195 (14,1%) больных поступили в состоянии печеночной комы в отделение реанимации, 128 (9,3%) пациентов поступили с сильными болями в животе, по ходу обследования установлен «асцитический перитонит», которым проведена лапароскопическая санация брюшной полости.

При эзофагогастродуоденоскопии варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка по Шерцингеру 1 ст. были выявлены у 145 (10,4%) больных, 2 ст. у 416 (29,9%), 3 ст. у 557 (40,1%) и 4 ст. – 228 (16,4%). У 41 (2,9%) больных варикозное расширение вен в пищеводе и в кардиальном отделе желудка не отмечено.

Функциональное состояние печени по Чайлду - Пью класс - А установлен у 228 (16,5%), класс - В - у 674 (48,6%), класс - С у 485 (34,9%) больных. При УЗИ

исследовании ЦП + асцит установлены у 738 (53,2%) больных, спленомегалия у 536 (38,6%), тромбоз воротной вены у 30 (2,2%), признаки сдавления воротной вены у 15 (1,1%) пациентов.

Тяжесть состояния больных и степень кровопотери оценивали на основании данных физикальных методов обследования, лабораторных исследований и гемодинамических показателей. Всем больным с кровотечением проводили интенсивное комплексное лечение; применение зонда-обтуратора Блекмора, эндоскопическое лигирование, гемостатическую терапию, снижение портального давления, гемоплазмотрансфузии для восполнения кровопотери и симптоматическое лечение.

От прогрессирующей печечно-почечной недостаточности и от профузных пищеводных кровотечений умерли 243 (17,5%) больных.

Результаты лечения: Применением вышеотмеченных мероприятий получили положительные результаты у 888 (64,0%), у остальных 142 (10,2%) на высоте кровотечения производились следующие виды операции; Пациора 98 (69,0%), операция Пациора-Таннера со спленэктомией (СЭ) 14 (9,8%), шунтирующие операции сосудов у 31 (21,8%) больных.

У 21 больных, оперированных на высоте кровотечения, была достигнута полная остановка, лишь у 3 больных с терминальной стадией ЦП после операции Пациора не удалось добиться полного гемостаза, продолжение которого привело к летальному исходу.

В комплексе интенсивной терапии - разобщающие операции у больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка дали положительный результат в большинстве случаев. Исходя из этого, тотальное разобщение варикозных вен гастроэзофагального коллектора является наиболее эффективным методом лечения у больных с синдромом портальной гипертензии.

СПОСОБ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ

ВАККАСОВ М.Х., ИСХАКОВ Б.Р., АЛИЖАНОВ А.А., ИСХАКОВ Н.Б., СОБИТХАНОВ М.С.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Неоднократное выполнение лапароскопии по общепринятой методике у одного и того же больного связано с необходимостью повторных проколов передней брюшной стенки, что может привести к серьезным осложнениям (повреждения органов), особенно если лапароскопия предпринимается в раннем периоде после хирургических вмешательств на органах живота. В связи с этим, для выполнения программируемых лапароскопических санаций у больных с послеоперационным перитонитом нами предложен способ, позволяющий проводить исследование в любые сроки и многократно. Для этой цели использовали специально изготовленные полихлорвиниловые трубки в форме «С» с внутренним диаметром 7 и 10мм, длиной 12-15см и с герметичными заглушками к ним.

Методика. После первичного лапароскопического осмотра или во время лапаротомной операции в передней брюшной стенке устанавливаем «С» образную трубку. После этого трубку фиксируем к коже двумя швами. Благодаря эластичности трубки, исключаются травмирование подлежащих органов и послеоперационные боли. Для выполнения программируемой видеолапароскопической санации заглушку с трубки снимаем, на трубку навинчиваем посредством переходника стандартный клапан, через

вентиль которого накладываем пневмоперитонеум, а затем в брюшную полость вводим лапароскоп. После завершения очередной ВЛС трубку закрываем заглушкой. Трубку удаляем после снятия швов, фиксирующих ее к коже, а на рану передней брюшной стенки накладываем один шов.

Описанный способ лапароскопии в программируемом режиме для санации брюшной полости при послеоперационном перитоните применен нами у 24 больных. У детей в возрасте до 10 лет нами применена «С» образная трубка с внутренним диаметром 7мм. У взрослых 10 мм. трубку устанавливали супра- и (или) инфраумбиликально. ВЛС проводили двухкратно у 4 больных, трехкратно у 3, четырехкратно – 2 пациентам. После удаления «С» образной трубки накладывали один мышечно-апоневротический шов. Нагноение послеоперационной раны отмечено у одного больного.

Таким образом, предложенная методика позволяет проводить ВЛС в любые сроки и многократно у одного и того же больного с послеоперационным перитонитом.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С.,
Базарбаев У.Р., Рузматов А. Э., Курбанбаев Б.Н.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования: улучшение результатов лечения кистозных образований поджелудочной железы с применением малоинвазивных методик.

Материалы и методы. В течение 2001-2020 гг. в Наманганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) находились 62 больных с кистами поджелудочной железы (ПЖЖ) в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 40 (64,5%), женщин – 22 (35,5%). Постнекротическая киста ПЖЖ выявлена у 33 (55,1%) больных, посттравматическая у 25 (41,8%), цистаденома у 1 (1,7%) и цистаденокарцинома – у 1 (1,7%). Киста располагалась в области головки ПЖЖ у 22 (35,5%) больных, тела у 25 (40,3%), хвоста – у 15 (24,2%). Солитарная киста выявлена у 47 (75,8%), множественные и многокамерные – у 15 (24,2%) больных. Диаметр кист варьировал от 5 до 25 см. Сформированная киста обнаружена у 36 (58,1%) больных, несформированное органическое скопление жидкости без четкой капсулы у 26 (41,9%). Осложнение нагноением кист выявлено у 31, кровоизлиянием в полости кисты у 12, перфорация в брюшную полость – у 5, в желудок – у 1, в двенадцатиперстную кишку – у 1 больного.

Результаты. В целях дифференциальной диагностики у 1 больного при предположении о наличии цистаденомы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия, диагноз подтвержден цитологическим исследованием. С нагноением содержимое кисты ПЖЖ чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) под контролем УЗИ выполнено у 42 больных. Рецидив кисты отмечены у 2 больных, по поводу чего повторно произведены ЧПД под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6-7-е сутки после ЧПД связь кисты с протоком ПЖЖ не обнаружена. Традиционным методом были оперированы 20 больных. При осложнении кровотечением в полость кисты, у 1 пациента выполнено удаление гнойно-некротических масс, секвестров и гематом, перевязку кровоточащего сосуда, наружное проточно-аспирационное дренирование остаточной полости. При спонтанном прорыве кисты ПЖЖ в просвет желудка (1) проводили активную назогастральную аспирацию и консервативное лечение. У 1

больного при прорыве кисты в брюшную полость произведено санация и наружное дренирование кисты, дренирование брюшной полости. Одному пациенту с псевдокистой ПЖЖ, вследствие хронического панкреатита и вирусного холангита, была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеросунготомия с последующим наложением цистоеюноанастомоза на петле, выключенной по Ру, в сочетании с холецистэктомией и наружным дренированием общего желчного протока. Цистоеюноанастомоз по Ру произведено у 9 и цистоеюноанастомоз по Брауну - у 3 больных. Наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно у 2 больного. После наружного дренирования остаточной полости кисты ПЖЖ рецидив отмечен у 2 больных, стойкий наружный панкреатический свищ образовался у 2 больных. Этим больным в последующем был выполнен фистулоэнтероанастомоз.

Заключение. Методом выбора в лечении несформированной и осложненной кисты ПЖЖ является чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ и МСКТ. Больным с осложненной кистой ПЖЖ требуется индивидуальный подход при выборе тактики лечения, что определяет исход заболевания. В большинстве наблюдений наружное дренирование и комплексная консервативная терапия, при невозможности выполнения хирургического вмешательства могут стать окончательным способом лечения. При наличии неосложненной сформированной кисты ПЖЖ предпочтение отдаем выполнению операции внутреннего дренирования (цистоеюноанастомоз по Ру или Брауну).

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Ваккасов М.Х., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б., Эргашев А.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

За последние 10 лет в комплексном лечении 52 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) была включена методика видеолaparоскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе субтотальное поражение тела и хвоста поджелудочной железы (ПЖ) с крупноочаговым геморрагическим некрозом парапанкреатической клетчатки - у 21, жировой некроз преимущественно головки и тела ПЖ с массивной инфильтрацией и имбибицией гепатодуоденальной связки, паранефральной и параколической клетчаток - у 12, мелкоочаговый и смешанный некроз тела и хвостовой части ПЖ с инфильтрацией и имбибицией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и парапанкреатической клетчатки - у 19.

В процессе ВЛС у 30 больных (первая группа) выполнялся ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация антисептиками, подведение дренажных трубок в количестве от 3 до 5 в отлогие места брюшной полости; новокаиновая блокада корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, парапанкреатической клетчатки и круглой связки печени, санация и дренирование сальниковой сумки (СС) (14), лапароскопическая холецистостомия при наличии билиарной гипертензии (3), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при деструкции желчного пузыря (4), ЛХЭ с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (2), переход на лапаротомию и удаление некротизированных участков ПЖ (7). У 22 (вторая группа) во время ВЛС устанавливается распространение панкреонекроза, осуществляется активная аспирация ферментативного выпота, санация и дренирование отлогих мест брюшной полости для

проведения перитонеального лаважа и по показаниям холецистостомия или ЛХЭ с декомпрессией билиарных протоков. При этом ни в одном случае не проводились активные вмешательства в зоне патологического процесса (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некроэктомиа из ПЖ, забрюшинной клетчатки (ЗБК) и т.д.). Однократная ВЛС выполнена 10 пациентам, двухкратная – 6, трехкратная – 4, четырехкратная – 2.

У больных первой группы (30) ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказалось эффективной, и позволила добиться купирования воспалительного процесса у 23 (76,7%). Инфицирование зон некроза ПЖ и ЗБК произошло у 7 (23,3%). Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме. Умерло после операции 4 (13,3%) больных.

У пациентов второй группы (22) мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации. Следует отметить, что такая тактика оказалось эффективной у всех больных второй группы. Осложнений и летального исхода не отмечалось. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимальным объемом вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗБК.

Заключение. Полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении деструктивный панкреатит не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии – видеолапароскопической санации и базисной патогенетической терапии приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

А.С.Валиев, Н.И.Махмудов, А.Ш.Мамадалиев
Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение: В последние годы отмечен рост числа больных с сочетанной травмой, при которой сохраняется высокий уровень летальности (от 25% до 60%) в зависимости от характеристики повреждений, не имеющей тенденции к снижению.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения повреждений печени и селезенки у больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ).

Материалы и методы: В исследовании включено 331 пациент с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ, проходивших стационарное лечение в хирургических стационарах Ферганского филиала РНЦЭМП за период с 2018 по 2022 год. На основании исследования историй болезни не оперированных больных (54 пациента) и прооперированных больных (246 пациентов) с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ были определены критерии возможности проведения сугубо консервативного лечения. Критериями отказа от операций явились: наличие сознания, стабильная гемодинамика, состояние по шкале APACHE II меньше 10, отсутствие перитонита, степень тяжести повреждения печени и селезенки по шкале OIS меньше 3, гемоперитонеум менее 500 мл, отсутствие коагулопатии.

В группу наблюдения включен 31 пациент, которые соответствовали вышеназванным критериям и им проводилось консервативное лечение. Еще раз подчеркнем, что никаких хирургических вмешательств, включая лапароскопию, в этой группе пациентов не выполнялись.

Результаты: В итоге летальность составила 3,2% - 1 пациент, осложнения отмечены у 3 пациентов (9,6%), длительность койко-дня (изолированная травма) – 8.4 ±

2,36 дней. Причиной летального исхода и возникновения осложнений явилась тяжелая черепно-мозговая и скелетная травма.

Заключение: Проведенное исследование показывает, что предложенная тактика дифференциального подхода позволяет у 15% пациентов, поступающих с закрытой травмой живота и повреждением печени и селезенки по шкале OIS от 1 до 3 избежать ненужных лапаротомий и улучшить результаты лечения.

НАША ТАКТИКА И ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Валиев Э.Ю.¹, Яхёев А.С.², Муминов А.Ш.²

¹Республиканский научный Центр Экстренной медицинской Помощи,

²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи)

Лечение переломов костей таза, сочетающихся с перелом вертлужной впадины, является одной из актуальных проблем современной травматологии. Сочетанные повреждения таза с переломом вертлужной впадины относятся к одному из самых тяжёлых и проблемных видов травмы. В структуре сочетанных и множественных повреждений они регистрируются с частотой от 4,3 до 13,1%. Причиной этих повреждений в основном являются дорожно-транспортная травма и кататравма.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанными повреждениями таза и вертлужной впадины путём разработки тактических и технических аспектов с учётом тяжести повреждения и тяжести состояния.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 57 пациентов с сочетанными повреждениями таза и переломами вертлужной впадины, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его Бухарского филиала (РНЦЭМПБФ), за период с 2021-2022 гг., всем больным были выполнены различные по объёму и сроку оперативные вмешательства. Превалировали пострадавшие мужского пола - 36, женского 21. У 17 (29,8%) больных возраст варьировался от 14 до 25 лет, и 19 (33,3%) пострадавших были возрасте от 21 до 57 лет, 21 (36,8%) - старше 57 лет. Основной причиной повреждения явилось дорожно-транспортное происшествие у 23 (40,3%) пострадавших, затем идут кататравма - у 11 (19,3%), и несчастные случаи в быту - у 13 (22,8%). Состояние алкогольного опьянения отменено у 10 (17,5%) больных. Изолированную травму наблюдали у 21 (36,8%), сочетанный характер повреждения отмечены у 36 (63,1%) пациентов. Наиболее частым характером сочетания перелома костей таза с костями нижней и верхней конечностей. Переломы костей таза и вертлужной впадины в сочетании с повреждениями внутренних органов выявлены у 8 (14,0%) пострадавших.

У 19 (33,3%) пострадавших переломы вертлужной впадины локализовались в задней колонне, у 16 (28,0%) в передней колонны, у 14 (24,5%) переломы дна с центральным вывихом головки бедра, у 11 (19,3%) отмечены полифокальные переломы таза. В зависимости от тактики лечения больные были разбиты на три группы.

Результаты. При выборе тактики лечения нами учитывали тяжесть повреждения костных структур таза и тяжесть состояния, наличие и тяжесть сопутствующих повреждений. У пострадавших 1 группы – 24(42,1%), при стабильном или условно стабильном состоянии для стабилизации повреждений вертлужной впадины использовали погружной экстрamedулярный остеосинтез (в течение первых 3 сут.). У пациентов 2 группы в декомпенсированном состоянии (шок 3-4 степени) – 11 (19,2%) применяли менее травматичные методы на основе чрезкостного остеосинтеза, с использованием разработанных в клинике стержневых аппаратов, целью которых включала комплекс противошоковых мероприятий и остановки кровотечения из

костей таза. После выведения больных из шока и стабилизации состояния больным переломы вертлужной впадины и таза стабилизировали с использованием методов погружного остеосинтеза. Лечение наиболее тяжёлых больных 3 группы -22(38,6%) на раннем этапе использовали консервативные методы и при стабилизации состояния в последующие 3-10 сутки осуществляли стабилизацию таза и вертлужной впадины с использованием малоинвазивных методов и погружных методов остеосинтеза с учетом вида и характера повреждения.

Исходы лечения, изученные в сроки до 3 лет, при этом учитывали анатомо-функциональные результаты, оценку проводили по традиционной трехбалльной системе. Хорошие результаты получены у 38 (66,6%) больных, удовлетворительные у 18 (31,6%) и неудовлетворительные у 1(1,8%) пациента.

Заключение. Переломы таза и вертлужной впадины являются одной из наиболее тяжёлых сочетанных травм опорно-двигательного аппарата. Ранняя стабилизация переломов даёт возможность ранней активизации больного, предупреждает развитие осложнений общего и местного плана на всех этапах лечения. При выборе тактики и методов лечения необходимо учитывать тяжесть повреждения костных структур и общего состоянии пострадавших и наличия сопутствующих повреждений. Активная хирургическая тактика позволяет совместить сроки консолидации и реабилитации, что способствует получению положительных функциональных результатов и значительно сократить число последствий и осложнений.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Валиев Э.Ю.¹, Яхёев А.С.², Муминов А.Ш.²

¹Республиканский научный Центр Экстренной медицинской Помощи,

²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи)

Стремительное увеличение автомобилизации страны приводит к росту транспортного травматизма и значительному увеличению количества больных с переломами костей тазового кольца и вертлужной впадины. Эти высокоэнергетические травмы в 30% случаев бывают гемодинамический нестабильными и нуждаются в интенсивной терапии и реанимации. Одним из важных противошоковых мероприятий является экстренная хирургическая стабилизация тазового кольца. Неудовлетворенность результатами консервативного лечения, длительный постельный режим пациентов и неадекватное анатомо-функциональное восстановление поврежденных структур таза вынуждают травматологов прибегать к более активной хирургической тактике.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пострадавших с переломами костей таза и вертлужной впадины путём выбора оптимального хирургического доступа с учётом локализации перелома костей таза и вертлужной впадины.

Повреждения костей таза невозможно лечить, применяя единственный доступ. Изучив рентгенологические снимки и компьютерные томограммы, хирург должен получить точное представление о переломе, который он планирует оперировать. Выбранный хирургический доступ должен позволить осуществить все необходимые манипуляции по репозиции и фиксации отломков. Выбор хирургического доступа определяется типом перелома. M. Tile, 1988г., описывает несколько доступов:

Передние:

А) Подвздошно-бедренный Б) Подвздошно-паховый Задние

А) Задний по Kocher-Langenbeck Б) Задний чрезвертельный Расширенные

А) Y-образный чрезвертельный Б) Расширенный подвздошно-бедренный С)

Комбинированные доступы.

Передние доступы: Подвздошно-бедренный

Расширенный подвздошно-бедренный доступ был разработан Эмилем Letournel для максимальной визуализации обеих колонн вертлужной впадины одновременно.

Материалы и методы

За последние 3 лет с 2019-года до 2022-год в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его Бухарского филиала (РНЦЭМПБФ) было оперировано 53 пациентов с повреждением костей таза и вертлужной впадины. Средний возраст больных составил 36,4 лет. Среди них мужчин было 29 человека (54,7%), женщин 24 (45,3%). Перелом типа В (по Tile) встречалось у 22 (41,5%) и типа С у 31 (58,5%) пациентов. Сроки госпитализации с момента травмы распределились следующим образом: до 1 недели - 5 (9,4%), от 1 недели до 3 месяцев - 37 (69,8%), и свыше 3 месяцев - 11 (20,7%) пациентов. Большинство пациентов были доставлены в Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с первых часов с момента травмы.

Для полноценного предоперационного планирования, наряду с рентгеновским исследованием выполнялась МСКТ.

Показанием к операции были: разрывы лонного и крестцово-подвздошных сочленений, нестабильные переломы переднего и заднего полуколец (тип В), перелома-вывихи в тазобедренном суставе, переломы таза вертлужной впадины с вертикальной нестабильностью (тип С), наличие сопутствующих повреждений нижних конечностей.

При трансвертлужных переломах применялась открытая репозиция из внутри тазового доступа с остеосинтезом реконструктивными пластинами, конюлированными винтами. Особую сложность представляли переломы с полным нарушением непрерывности переднего и заднего полуколец таза, которые требовали репозиции и фиксации обоих полуколец. В 21 (39,6%) случаях остеосинтез был выполнен из трансоссального подвздошно-пахового доступа.

Результаты и их обсуждение

Данные выполненных исследований позволили заключить, что трансоссальный подвздошно-паховый доступ имеет значительные преимущества при обзоре задних отделов тазового кольца (30° и более), сохраняющиеся и в области подвздошно-лобкового возвышения (до 10°). При этом длина разреза короче на 15%, по сравнению с подвздошно-паховым доступом. Последний обеспечивает лучший обзор зоны лобковой кости, благодаря рассечению пахового канала и выделению его элементов.

Отмечались следующие осложнения: нагноение раны - у 1 пациентов, нейропатия седалищного нерва - у 2, лигатурный свищ и флегмона таза - в одном случае.

Осложнения, связанные с трансоссальным доступом, имели место у двоих больных: после ревизии внутри тазовой гематомы и активизации пациентов произошла миграция винтов из крыла подвздошной кости. Был выполнен реостеосинтез.

Применялся трансоссальный подвздошно-паховый доступ, что позволило получить хороший обзор всех переломов и выполнить точную анатомическую репозицию и остеосинтез.

Выводы

1) Трансоссальный подвздошно-паховый доступ обеспечивает хороший обзор и делает возможным осуществление остеосинтеза нескольких сегментов таза без выполнения дополнительных разрезов.

2) Предложенная нами модификация подвздошно-пахового доступа имеет ряд преимуществ по сравнению с классическим подвздошно-паховым доступом: сращение между костными отломками (крыла и тела подвздошной кости) после операции по предложенной нами методике происходит быстрее и надежнее, чем фиксация сухожилия к кости после выполнения доступа по Letournel.

3) Важным моментом является, что при выполнении трансоссального подвздошно-пахового доступа не обнажаются элементы пахового канала, что также обеспечивает меньшую травматичность, снижает кровопотерю и сокращает время операции.

ПОЛИМОРФИЗМ Gln279Arg ГЕНА MMP 9 В ФОРМИРОВАНИЕ И ПРОГРЕССИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Василевский Э.А., Усманов Э.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Различные формы ХВН выявляются более чем у половины населения развитых стран. Хроническая венозная недостаточность должна изучаться на самых ранних стадиях, когда ещё возможно применение профилактических мер. Это подчеркивает необходимость фундаментальных исследований биомаркеров и генетических предрасполагающих факторов, влияющих на прогрессирование ХВН. Исследования, проведенные за последнее десятилетие, позволили понять эти специфические генетические, клеточные и молекулярные механизмы, лежащие в основе развития венозных заболеваний. Среди многих достижений следует отметить выявление роли матриксных металлопротеиназ (ММР) как важных медиаторов дегенеративного процесса, связанного с возникновением и прогрессией венозной недостаточности.

Цель исследования. Изучение полиморфизма гена MMP 9 (Gln279Arg) в патогенезе хронической венозной недостаточностью нижних конечностей с целью разработки новых подходов к её диагностике и назначению оптимальной терапии.

Материал и методы исследования. Диагноз ХВН верифицировали на основании результатов лабораторно-инструментальных (УЗДГ) и молекулярно-генетических исследований. Обследованы 98 больных в возрасте от 20 до 78 лет с хронической венозной недостаточностью, в том числе, в соответствии с классификацией CEAP, 45 больных были со средней тяжестью течения ХВН (класс C3-C4) и 53 больных – с тяжелой степенью течения ХВН (класс C5-C6). Пробанды находились на стационарном лечении в клинике Андижанского медицинского института. Контрольную группу составили 87 здоровых лиц.

Определение полиморфных генетических маркеров генов проводили в отделе молекулярной медицины и клеточных технологии на базе Республиканского научно-практического медицинского центра гематологии МЗ РУз. Для молекулярно-генетического анализа брали венозную кровь в количестве 3 мл в вакутайнер 5мл (ЭДТА). Изоляцию ДНК производили стандартным методом с использованием набора реагентов «Рибо-преп». Детекции молекулярных маркеров для гена MMP9 осуществляли путем стандартной полимеразной цепной реакции на программируемых термоциклерах CG-1-96 «Corbett Research» (Австралия) и 2720 «Applied Biosystems» (США) с использованием тест-системы компании «Синтол» (Россия) согласно инструкции производителя.

Результаты исследования. В результате исследований половых различий по результатам лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических исследований не было выявлено. По данным УЗДГ преобладали гемодинамические нарушения в системе глубоких вен нижних конечностей с их расширением и дилатацией стенок, а также несостоятельность остиального клапана, клапанов перфорантных вен. У 74% исследуемых больных наблюдались трофические поражения кожи нижних конечностей.

Увеличение уровня MMP-9 коррелирует со снижением сократительной способности сегмента вены, ремоделированием её стенки, что рассматривается это как потенциальный механизм венозной дилатации, наблюдаемой при хроническом заболевании вен.

В результате анализа полиморфного варианта гена MMP 9 нами была выявлена его ассоциация с риском развития ХВН.

Мутационный вариант полиморфного гена MMP9 был выявлен у пациентов основной группы, в частности у пациентов с тяжелой степенью ХВН (C5-C6) ($\chi^2=0.87$;

$P=0.5$; $RR=1.3$; 95% CI 0.65-2.55; $OR=1.3$; 95% CI 0.59-3.08).

Выводы. По данным УЗДГ сосудов нижних конечностей для ХВН характерно расширение и потеря тонуса стенок вен нижних конечностей, несостоятельность клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен нижних конечностей. В ходе проведенного молекулярно-генетического исследования значимая роль полиморфизма гена MMP 9 (Gln279Arg) в патогенезе ХВН.

ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ВАЖНЫХ ЗОНАХ.

Г.Д. Ахмедов, Т.А. Абакаров, А.А. Алиев

Кафедра хирургической стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Аннотация. При средней и особенно высокой линии улыбки, когда полностью видны верхние передние зубы и часть десны, имеется высокий эстетический риск, так как в процессе лечения создание здорового, симметричного десневого контура затруднено и возрастает значение пропорций и формы коронок. При планировании имплантации целесообразно проведение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), которая позволяет определить состояние костной ткани в области предстоящей операции, уточнить её структуру и качество.

В 90-х годах пациентов волновала длительность функционирования имплантатов, возможные осложнения при их использовании. В настоящее время высокая эффективность остеоинтегрированных имплантатов вызвала появление у пациентов высоких эстетических ожиданий, особенно при проведении имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти. Пациенты при этом ожидают не только длительного функционирования протезов с опорой на имплантаты, но и создания высокого эстетического результата на уровне маргинальной десны и соответствия созданной конструкции естественным зубам [1].

Hosseini M., Gotfredsen K. [6] предлагают проводить оценку эстетического качества коронок на имплантатах по 6 параметрам: морфологии коронки, цветовому совпадению коронки с окружающими зубами, симметрии, гармонии, изменению окраски слизистой оболочки вокруг коронок, состоянию десневого сосочка.

В успехе лечения важную роль играли ожидания пациента, исходя из них, формировали план реабилитации. При этом пациенту сообщали, какой результат возможен при выборе того или иного метода лечения, какова его стоимость. Подробное обсуждение исхода лечения позволяет улучшить качество жизни и избежать разочарований, связанных с эстетическим результатом [5].

При подготовке к операции имплантации у 596 пациентов удаление зубов в эстетически значимой зоне проводили с костной пластикой лунки. Деформации переходной складки устраняли пластикой лоскутом на ножке со стороны преддверья полости рта или свободным десневым трансплантатом, полученным в области нёба с помощью мукотома (17 пациентов). У 23 пациентов, чтобы не смещать щечный лоскут слишком коронально, деформируя при этом переходную складку, нёбный лоскут расщепляли, и созданный соединительнотканый трансплантат на ножке смещали вестибулярно на область удаленного зуба.

Положительный результат при недостатке кератинизированной прикрепленной десны с вестибулярной стороны достигали проведением вестибулопластики (15 пациентов).

Операция имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти при низком качестве кости заключалась в проведении разреза слизистой оболочки и надкостницы, обнажении альвеолярного отростка челюсти. Костное ложе вначале формировали направляющим сверлом или шаровидным бором. Во время сверления уточняли толщину кортикального слоя кости и ее плотность. Затем сверлами создавали необходимый диаметр и длину костного канала. Диаметр костного ложа на уровне кортикальной пластинки формировали равным диаметру вводимого имплантата, а на уровне губчатого вещества в зависимости от плотности кости он составлял половину или треть его диаметра. Костное ложе в пределах губчатой кости заполняли порошком аллогенной кости или синтетической кальций фосфатной керамики. При помощи остеотомов и штопферов введенный материал внедряли в стенки костного ложа. Вновь образовавшийся костный канал заполняли аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами в виде геля, после чего устанавливали имплантат методом инструментального ввинчивания.

Если усилие при введении имплантата превышало 35 Н, его выкручивали, увеличивали диаметр ложа при помощи остеотомов либо аналогов имплантата меньшего диаметра. Перед наложением швов на альвеолярный отросток укладывали мембрану из аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами.

Чрезвычайно важен анализ местного статуса: высоты линии улыбки, биотипа десны в области лечения, состояния сохранившихся зубов в области имплантации. При выполнении имплантации создавали неподвижную слизистую оболочку вокруг шейки имплантата и восстанавливали рельеф межзубного сосочка. Это необходимо не только для получения хорошего косметического результата, но и для восстановления буферной функции преддверья полости рта, так как высокое прикрепление мышц к альвеолярному отростку приводит к ишемии и воспалению десневой манжетки функционирующих имплантатов.

При средней и особенно высокой линии улыбки, когда полностью видны верхние передние зубы и часть десны, имеется высокий эстетический риск, так как в процессе лечения создание здорового, симметричного десневого контура затруднено и возрастает значение пропорций и формы коронок. При деформации мягких тканей альвеолярного отростка вокруг имплантатов применяли методики пластической хирургии, которые позволяют получить приемлемый косметический результат [3,4].

При КЛКТ определяли состояние костной ткани в области предстоящей операции, уточняли ее структуру и качество. Программа объемной визуализации слоя позволяла «вырезать» фрагмент челюсти, равный размерам имплантата, а в режиме VR воссоздавать с мельчайшими деталями естественную текстуру области предполагаемого введения имплантата, определять ширину и высоту кости, мягких тканей в области адентии.

Было установлено, что на уровне премоляров, клыка и резцов альвеолярный отросток верхней челюсти представлен пористым компактным веществом и губчатым веществом рыхлой структуры (Д3), а иногда даже компактное вещество кости представлено рыхлой, тонкой тканью (Д4) [7]. При плотности Д3, Д4 подготовка ложа для имплантатов затруднена и может отсутствовать первичная его стабильность [2,3]. КЛКТ позволяла уточнить состояние анатомических образований, которые граничат с областью вмешательства (верхнечелюстной синус, полость носа), и произвести виртуальную постановку имплантатов, выбирая их оптимальный диаметр и длину, а также наиболее безопасный и целесообразный путь введения.

При проведении имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти учитывали ряд особенностей ее проведения. Имплантаты располагали на расстоянии 1 - 1,5 мм от корней зубов, прилегающих к области имплантации, так как несоблюдение этого правила приводит к резорбции кости и укорочению десневых сосочков.

Тонкий биотип десны не позволяет в ряде случаев создать и сохранить на длительное время межзубные сосочки; кроме того, в этой ситуации возможно развитие рецессии. Для предупреждения подобных осложнений имплантаты вводили ближе к кортикальной пластинке альвеолярного отростка со стороны нёба. Толщина вестибулярной костной стенки составляла не менее 2 мм, что предупреждало атрофию после протезирования. В коронально-апикальном направлении платформу имплантата располагали на 2 мм апикальнее края десны по срединной линии либо на 1 мм апикальнее цементно-эмалевого соединения соседних зубов. Если платформу имплантата расположить более апикально, то увеличивается риск резорбции вестибулярной кости и рецессии десны. При более корональном расположении имплантата возникает просвечивание его металлической шейки через десну. Этот косметический недостаток устраняли пересадкой свободного соединительнотканного трансплантата с нёба (4 пациента).

Если деформация сохранялась после проведения имплантации, она устранялась при выполнении второго этапа. При раскрытии имплантата в этой ситуации не использовали мукотом, а применяли серповидный скальпель. Предварительно проведенная дезэпителизация слизистой оболочки над имплантатом создавала условия для перемещения этого соединительнотканного трансплантата на ножке под вестибулярный лоскут (4 пациента). Это позволяло увеличить объем мягких тканей со стороны преддверья полости рта.

Наличие дефекта на уровне гребня альвеолярного отростка чрезвычайно неблагоприятно сказывается на исходе операции. Устранить этот дефект возможно при пересадке костного блока по типу накладки либо проведении дистракционного остеосинтеза. Костная пластика проводится до имплантации либо во время ее по протоколу двухэтапной имплантации (4 пациента).

Инфекция в области предстоящей имплантации в прилежащих участках альвеолярного отростка, вызванная пародонтитом, периодонтитом, травмой или инородными телами, приводила к снижению количества и качества кости, и мягких тканей. Имплантацию при этом проводили после купирования воспалительного процесса и восстановления объема кости, и мягких тканей в области операции. Создание адекватных десневых сосочков затруднено при введении двух или трех имплантатов, и особенно при наличии других факторов риска, например, высокой линии улыбки, тонкого биотипа десны.

После имплантации и устранения дефектов костных и мягких тканей изготавливали временные протезы, которые устраняли косметический дефект и защищали от травмы область операции.

Протез с опорой на имплантаты в эстетически значимой зоне должен гармонизировать со структурами рта и лицом пациента. Имплантаты должны быть окружены здоровой десной, которая по толщине, цвету и контуру не отличается от десны в области соседних здоровых зубов. Ортопедическая конструкция должна имитировать цвет, форму, характер поверхности, размер и оптические свойства естественных зубов [1]. Временные протезы могут быть съёмными или несъёмными: мостовидные конструкции, несъёмные коронки, приклеенные к нёбным поверхностям соседних зубов, ретейнеры, съёмные частичные протезы. Временная реставрация не должна оказывать давления на мягкие ткани. Желательно использовать протезы, фиксируемые к соседним зубам. Это обеспечивает интеграцию имплантатов и сохраняет объем мягких и костных тканей.

Выбор конструкции определялся наклоном оси имплантата. Например, при выраженном наклоне винтовая фиксация цельнокерамической конструкции нецелесообразна.

При осмотре пациентов через два года после проведения имплантации установлено, что у всех определяется достаточная стабилизация имплантатов. Недостаточный эстетический результат выявлен у 15 пациентов, однако они не предъявляли жалоб и довольны результатами лечения, что обусловлено низкой линией улыбки.

Достижение высокого эстетического результата невозможно без томографии челюстно-лицевой области. При этом возможность определения качества, плотности костной ткани, проведения без погрешностей всевозможных измерений, фотозахватов, воссоздания 3D-реконструкций челюстей в виртуальном виде позволяет выбрать самый рациональный план лечения. Использование современных методик проведения дентальной имплантации, методов воссоздания объема костных и мягких тканей в области имплантации позволяет получить хороший функциональный и косметический результат даже в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Есть и еще одна анатомическая проблема - отсутствие прикрепленной (неподвижной, то есть плотно охватывающей зуб) десны. Эта ситуация часто обнаруживается при различных формах заболевания пародонта. Это достаточно серьезная проблема, которая влияет не столько на процесс приживления имплантата, сколько на дальнейшее состояние всей протезной конструкции. Дело в том, что если шейка установленного на имплантате зуба неплотно охвачена десной, то рано или поздно между ними образуется «карман», или пространство, куда будут попадать частицы пищи. В дальнейшем может начаться воспалительный процесс, распространяющийся и на костную ткань, в которой установлен имплантат, что в конечном итоге может спровоцировать его отторжение. До недавнего времени данная проблема не была столь очевидной. И только сейчас, когда в нашем распоряжении появились отдаленные результаты зубной имплантации, стало понятно, насколько важен фактор создания вокруг имплантата неподвижной дешевой зоны. В настоящее время эта задача решается двумя путями: неподвижная десна формируется либо с помощью выкроенного с нёба лоскута, который пересаживается в ту зону, где необходимо создать прикрепленную десну, либо за счет углубления преддверия полости рта (такая операция называется вестибулопластикой). Упрощенно вестибулопластика - это создание углубления необходимого размера между щекой (или губой) и зубами. Данная операция, как правило, рекомендуется пациентам, у которых это углубление настолько мелкое, что при разговоре или пережевывании пищи, когда щека двигается, десна натягивается - возникает риск образования «кармана» между шейкой зуба и краем десны.

Если раньше анатомические условия были величиной постоянной, более того, именно на них базировались врачи, принимая решение о возможности имплантации, то теперь с развитием костнопластической хирургии ситуация в корне изменилась. По сути, теперь анатомические условия - величина переменная, и при необходимости специалисты могут менять их.

Таким образом, есть все основания говорить о том, что сегодня зубная имплантация вышла на новый уровень своего развития, а число потенциальных пациентов значительно возросло. Высокая эффективность остеоинтегрированных имплантатов позволяет достичь не только длительного функционирования протезов с опорой на имплантаты, но и высокого эстетического результата имплантации во фронтальном отделе верхней челюсти.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

Д.м.н., профессор, Г.М. Ходжиматов, С.М. Яхёев, М.П. Сидиков
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение пострадавших торакоабдоминальной травмой является одной из наиболее сложных проблем хирургии. В условиях современного технологического прогресса распространенность травмы груди и живота, в том числе и торакоабдоминальной травмы, который достигают до 40% от всех травм.

Цель исследования. Улучшение качества медицинской помощи пострадавшим с торакоабдоминальными травмами на госпитальном этапе путем разработки и внедрения лечебно-диагностического алгоритма, а также внедрения в клиническую практику эндовидеохирургических способов диагностики и лечения.

Материал и методы. За 6 лет в отделении экстренной хирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2017 по 2022 годы находились на лечении 190 пострадавших с торакоабдоминальными травмами. Ретроспективно проанализированы истории болезни 122 (64,86%) больных (в контрольной группе лечились с 2017 по 2020 г.), с торакоабдоминальными травмами, у которых диагностический и лечебный этапы проводились по общепринятой схеме. В основной группе находились 65 (35,14%) больных с торакоабдоминальными травмами, которые находились на лечении с 2021 по 2022 годы, и у которых диагностика и лечение проводилась с разработанной нами диагностического и лечебного алгоритма с применением новых технологий.

Результаты исследования. Клинический опыт показал, что для выбора наиболее рационального лечения с последовательным применением оперативных и консервативных мероприятий, необходима классификация и определенный лечебно-диагностический алгоритм действий, которые служат руководством к действию практических врачей. Оперативная тактика зависела от характера и тяжести травмы, общего состояния пострадавших. Объем оперативных вмешательств и доступов у пострадавших с торакоабдоминальными травмами и объем повреждений, выполнялись следующими сочетанными доступов: Различные оперативные вмешательства выполнены у всех пациентов. Из данных таблицы следует, в первую очередь торакотомия, а затем лапаротомия- 13 (6,8%); торакотомия и френотомия- 5 (2,6%) соответственно; лапаротомия и дренирование плевральной полости без торакотомии – 25 (13,2%), первым этапом явилась лапаротомия, вторым- торакотомия- 11 (5,8%), торакофренолапаротомия-1 (0,5 %). Одновременная торакотомия и лапаротомия была выполнена у 3 (1,6%) пострадавших. Вместе с этим, у 19 (10%) операция завершена малоинвазивным доступом, без торако- или лапаротомии. При этом удалось ушить дефекты, как различных органов, так и диафрагмы. До внедрения эндовидеохирургических способов лечения торакальный этап операции у 8 (4,2%) больных сводился к дренированию плевральной полости. Показания к торакотомии у этой категории пациентов устанавливались при подозрении на ранение сердца или крупных сосудов, либо при продолжающемся кровотечении. Следует отметить, что в ходе выполнения диагностических торакоскопий и лапароскопий вне зависимости от выявления или отсутствия повреждений внутренних органов брюшной полости во всех случаях ложноотрицательных результатов получено не было. При выполнении диагностической торакоскопии (6(3,2%) от общего числа операций – 8

(4,2%) от числа всех торакоскопических операций) при торакоабдоминальной травме патологии со стороны органов грудной клетки не было выявлено, что было подтверждено в ходе наблюдения за пациентами и составлен истинно отрицательный результат. Во время выполнения 2(1,1%) диагностических торакоскопий, было выявлено показание к конверсии оперативного доступа- массивное внутривидеохирургическое кровотечение при колото-резанном ранении груди и легкого и при множественном повреждении легкого. Описанные причины массивного кровотечения были выявлены только при торакотомии, не позволяли визуализировать данные повреждения при эндовидеохирургической диагностической операции. Анализ результатов наших исследований при применении эндовидеохирургических технологий для диагностики и лечения больных с торакоабдоминальной травмой (интраоперационные, послеоперационные осложнения, летальность) и результатов операций посредством торакотомии или лапаротомии позволил вывить степень клинической эффективности эндовидеохирургических методик. Так, из 19 выполненных эндовидеохирургических диагностических и лечебных операций эффективными были признаны 18 (9,5) % от общего числа операций, 26,5% от числа операции II группы). В группе операции, выполненных посредством открытого оперативного доступа, в 38 случаях (31,2%) от общего числа операций, 74,6% от числа операций в I группе контрольной группы) были зафиксированные осложнения и в случае соответственно 2(2,9%) и 9 (7,4%) летальным исход). Клиническая эффективность эндовидеохирургических диагностических и лечебных операций в среднем в 1,1 раза выше такового при вмешательствах посредством открытого оперативного доступа. Хороший клинический эффект был достигнут в результате лечения больных основной группы больных с применением эндовидеохирургических вмешательств. Так в послеоперационном периоде болевой синдром был менее выражен, не было необходимости в длительном наблюдении и лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации. Кроме того, снизились показатели послеоперационных осложнений на 32 % (в том числе ранних на 26,1% и поздних на 5,9%), хорошего косметического эффекта, сократилось среднее пребывание в стационаре на $4,3 \pm 0,34$ койко-дня, и уменьшилась послеоперационная летальность на 11,7%. Отсутствовал косметический дефект на грудной и брюшной стенке.

Выводы. Примененная нами классификация торакоабдоминальных травм обосновывает своевременное использование малоинвазивных лечебно-диагностических манипуляций. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволяет уменьшить количество необоснованных лапаро- и торакотомий или вследствие этого травматизм операции.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Ганжиев Ф.Х, Хамроев Х.Н

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП

Экстренное оперативное лечение больных острым холециститом выполняется только при наличии перитонита. Выполняемое по экстренным показаниям УЗИ брюшной полости не всегда достоверно в характеристике воспалительных изменений желчного пузыря и окружающих его тканей, но достигает 100% в диагностике холецистолитиаза. Поэтому, диагноз острого холецистита нередко остаётся неясным и требует дифференцировки с другими заболеваниями. В сложных случаях для установки диагноза и решения вопроса об оперативном лечении этим больным выполняли видеолaparоскопию (ВЛС).

Цель исследования: Определить возможности ВЛС в экстренной диагностике и лечении больных острым холециститом.

Материал и методы: В 2008-2017 г.г. 4655 больным с клинико-инструментальными данными, не исключающими наличие острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, была выполнена диагностическая ВЛС. У 23 пациентов (0,5%) при ВЛС выявлены различные формы острого холецистита, не диагностированные при УЗИ. 17 больным (73,9%) ВЛС выполняли с целью установления диагноза острой хирургической патологии. У 6 из них имелось подозрение на острый холецистит. 4 пациентам (17,4%) ВЛС выполняли для подтверждения установленного клинико-инструментально диагноза острой хирургической патологии, но не острого холецистита. У 2 больных (8,7%) ВЛС проводили с целью дифференциальной диагностики между несколькими острыми хирургическими заболеваниями.

Результаты: У 8 больных (34,8%) был установлен диагноз острого деструктивного холецистита и выполнена ВЛС холецистэктомия. У одного из них, по поводу обнаруженной прикрытой перфоративной язвы 12-перстной кишки, выполнена симультанная операция - ВЛС ушивание перфоративной язвы. У 8 пациентов (34,8%) с выраженными инфильтративными изменениями желчного пузыря и окружающих тканей, перспективных в дальнейшем на радикальную операцию, под ВЛС контролем была выполнена чрескожная чреспечёночная микрохолецистостомия. 3 пациентам (13,0%) старческого возраста, с острым калькулёзным обтурационным холециститом и выраженной сопутствующей патологией, в качестве окончательного объёма оперативного вмешательства определена холецистостомия с литоэкстракцией. При ВЛС определена точка ближайшего прилегания дна желчного пузыря к передней брюшной стенке. После десуфляции, из минилапаротомного доступа выполнена операция в планировавшемся объёме. В связи с распространённостью гнойно-воспалительных изменений в брюшной полости 4 больным (17,4%) при ВЛС были установлены показания к лапаротомии. У 3 пациентов (13,0%) с деструктивным холециститом из лапаротомного доступа выполнена холецистэктомия. У одного больного, с рубцово-спаечным процессом и инфильтративными изменениями в подпечёночном пространстве, диагноз при ВЛС оставался неясным. Произведена конверсия в диагностическую лапаротомию. После разделения инфильтрата обнаружен гангренозно-перфоративный холецистит и выполнена холецистэктомия. Относительно малое количество больных в исследуемой группе объясняется тем, что у подавляющего большинства пациентов, с установленным при УЗИ в приёмном отделении диагнозом острого калькулёзного холецистита проводилась подготовка к отсроченной ВЛС холецистэктомии.

Таким образом, ВЛС, как диагностический метод, в 95,6% исследований позволила установить диагноз острый холецистит, определить хирургическую тактику и у 82,6% больных выполнить ВЛС оперативные вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ганиев А.А., Хамдамов Б.З. Дадабаев О.Т.

Бухарский государственный медицинский институт, Андижанский медицинский институт.

Среди разнообразия механизмов повреждения поджелудочной железы наиболее значимым патогенетическим фактором острого панкреатита (ОП) является воспаление, которое замыкает порочный круг патогенеза. Для него характерны также избыточные количества провоспалительных цитокинов, которые приводят к запуску системной

воспалительной реакции и развитию полиорганной несостоятельности и гнойно-септических осложнений. Показана ведущая роль цитокинов в формировании фиброза поджелудочной железы и панкреонекроза. В настоящее время доказано, что ОП сопровождается вторичным иммунодефицитом, который в значительной степени усугубляет течение болезни.

Целью исследования явилось изучить уровень провоспалительных цитокинов у больных с острым панкреатитом неалкогольного происхождения с abortивным и прогрессирующим течениями.

Материал и методы исследования. В исследования были включены 66 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет с установленным диагнозом острый панкреатит неалкогольного происхождения с abortивным течением (41 пациент) и острый панкреатит неалкогольного происхождения с прогрессирующим течением (25 пациентов). Диагноз был установлен на основании клиничко-лабораторных и инструментальных исследований, в соответствии с международным консенсусом по диагностике и терапии острого панкреатита. Средний возраст обследованных пациентов составил $50,1 \pm 0,91$ лет. Контрольную группу составили 27 практически здоровых людей того же возраста. Концентрацию провоспалительных цитокинов: интерлейкина-2 (ИЛ-2), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и трансформирующего фактора роста-бета (ТФР β) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем АО «Вектор-бест» (Новосибирск, Россия) в соответствии с рекомендациями производителя. Статистическая обработка результатов исследований проводилась методами вариационной статистики. Результаты представлены как выборочное среднее (M) и стандартная ошибка (m); медиана (Me), характеризующая центральную тенденцию, верхний и нижний квартили, характеризующие разброс значений показателя у 50% респондентов (Q1—Q3), где Q1 — 25% перцентиль, Me — 50% перцентиль, Q3 — 75% перцентиль. Достоверность различий средних величин (P) сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ цитокинового профиля выявил достоверные изменения изученных медиаторов иммунного ответа. Анализ сывороточного содержания ИЛ-2 у пациентов с ОП различным течением установил достоверно значимые изменения. Так, синтез ИЛ-2 в 1-ой группе пациентов с ОП был повышен в 6,1 раз ($P < 0,001$), во 2-ой группе пациентов с ОП в 7,7 раза ($P < 0,001$) по сравнению с контрольными значениями. Медиана (Me) сывороточного ИЛ-2 у обследованных пациентов 1-ой группы с ОП abortивным течением составила 51,9 пг/мл, интерквартильным размахом (ИКР) 25-75% (Q1 - Q3) 45,9 - 86,5 пг/мл, тогда как во 2-ой группе пациентов с ОП прогрессирующим течением Me составила 73,5 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 65,9 - 85,3 пг/мл, по сравнению с показателями контрольной группы Me 9,4 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 8,10 - 10,35 пг/мл. Анализ результатов по изучению уровня ИЛ-6 показал, что в группах пациентов с ОП наблюдалось достоверное превышение его по сравнению с данными контрольной группы. Так, содержание ИЛ-6 в 1-ой группе больных с ОП было повышено в 7,7 раза, а во 2-ой группе в 8 раз. Me уровня сывороточного ИЛ-6 у пациентов 1-ой группы с ОП abortивным течением составила 63,1 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 52,7 - 71,7 пг/мл, а во 2-ой группе пациентов с ОП прогрессирующим течением Me составила 65,1 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 54,5 - 77,1 пг/мл, по сравнению с показателями контрольной группы Me 7,8 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 6,4 - 9,4 пг/мл. Согласно результатам проведенных исследований, уровень ТФР β во много раз превышал контрольные значения. Так, экспрессия ТФР- β в 1-ой группе больных с ОП было повышено в 3,6 раза, а во 2-ой группе в 3,2. Me сывороточного ТФР- β у пациентов 1-ой группы с ОП abortивным течением составила 202,4 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 197,2 - 216,3 пг/мл, а во 2-ой группе пациентов с ОП прогрессирующим течением Me составила 187,5 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 142,3 - 214,3 пг/мл,

по сравнению с показателями контрольной группы Me 56,8 пг/мл, ИКР Q1 - Q3 43,35 - 69,10 пг/мл.

Полученные результаты свидетельствуют о сложной и многогранной взаимосвязи между повышенным сывороточным уровнем изученных цитокинов и ОП неалкогольного происхождения с абортивным и с прогрессирующим течением. Высокие показатели ИЛ-2, ИЛ-6 и ТФРβ расценивали как участие противовоспалительных цитокинов в формировании генерализованной воспалительной реакции, когда аутолиз и некробиоз ПЖ, забрюшинной клетчатки и развитие ферментативного асцитперитонита носят абактериальный характер, а тяжесть состояния больных обусловлена выраженной панкреатогенной токсинемией. Полученные результаты согласуются с данными ряда авторов, показавших у больных с различными клиническими формами ОП развитие вторичной иммунной недостаточности. Последняя характеризовалась дисбалансом цитокиновой регуляции иммунокомпетентных клеток, опосредующих неспецифический, клеточный и гуморальный иммунный ответ, способствующей персистенции воспалительного процесса, развитию фиброза и экзокринной недостаточности

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ . ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ.

**Гасанова М.А., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Магомедова М.Г.
Дагестанский Государственный Медицинский Университет**

Изучение координированной деятельности и функционального состояния мышц антагонистов и синергистов челюстно-лицевой области в динамике после ортопедического лечения представляет интерес для исследователей и остается актуальным вопросом стоматологии.

В целях сравнительного изучения функционального состояния собственно-жевательных, височных и группы надподъязычных мышц при ортопедическом лечении непосредственно и в отдаленные сроки после удаления зубов у 100 больных обоего пола в возрасте 25-50 лет проводили электромиографию (ЭМГ) в динамике по методике Л. С. Персина с соавтором.

Исследования показали, что функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области в динамике при ортопедическом лечении непосредственно и в отдаленные сроки после удаления зубов неодинаково. Так, через 6 месяцев после наложения непосредственного съемного пластиночного протеза, при жевании отмечали повышение амплитуды ЭМГ собственно-жевательных мышц на 80%, височных - на 94%, а амплитуда ЭМГ группы надподъязычных мышц была снижена на 27% по сравнению с исходным уровнем. При смыкании зубных рядов амплитуда ЭМГ собственно-жевательных и височных мышц была повышена на 102% и 212% соответственно. Продолжительность жевательного периода по сравнению с исходным уровнем была уменьшена на 39%, а количество жевательных движений - на 40%. Среднее значение биопотенциала собственно-жевательных мышц было повышено на 87%, височных на 98%, а среднее значение биопотенциала группы надподъязычных мышц было снижено на 24%. Коэффициент координации мышц антагонистов и синергистов был увеличен на 2,8 раза.

В то же время при ортопедическом лечении в отдаленные сроки через 6 месяцев после наложения протезов при жевании выявилось повышение амплитуды ЭМГ собственно-жевательных мышц только на 42%, височных - на 58% и снижение амплитуды ЭМГ группы надподъязычных мышц на 21%.

При смыкании зубных рядов амплитуда ЭМГ собственно-жевательных и височных мышц на 37% и 38% соответственно. Продолжительность жевательного периода по сравнению с

исходным уровнем была уменьшена на 27%, а количество жевательных движений - на 34%. Среднее значение биопотенциала собственно-жевательных мышц повышалось на 45%, височных - на 60%. Коэффициент координации мышц антагонистов и синергистов в 2,1 раза больше исходного уровня.

В заключение следует отметить, что при непосредственном протезировании суммарное значение биопотенциала собственно-жевательных и височных мышц превалирует над таковым показателем группы надподъязычных мышц в 5,9 раза, а при протезировании в отдаленные сроки это превалирование равнялось 4,3.

Коэффициент координации мышц антагонистов и синергистов при непосредственном протезировании в 1,4 раза больше, чем при ортопедическом лечении в отдаленные сроки после удаления зубов. Таким образом, наши исследования показали целесообразность применения непосредственных протезов для восстановления функции жевания и в качестве эффективной меры профилактики зубочелюстных деформаций.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Гофуров И.Н., Мамасолиев Н.С., Худойбердиев К.Т.

Сегодня очевидно, что компрессионные переломы позвоночника (КПП) у детей стали вызовом для здравоохранения и современной науки. Большие финансовые, медицинские и кадровые ресурсы задействованы в оказании помощи таким детям-пациентам. В последние годы в состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые и негативные тенденции, характеризующихся ростом распространенности хронических заболеваний и их факторов риска.

Цель исследования. Оценить и определить региональных особенностей эпидемиологии и профилактики компрессионных переломов позвоночника у детей в условиях Ферганской долины Узбекистана

Задачи исследования. Изучение эпидемиологических особенностей компрессионных переломов позвоночника у детей в условиях Ферганской долины Узбекистана. Изучение и определение распространенности факторов риска компрессионных переломов позвоночника у детей по данным 20-ти летнего ретроспективного сплошного исследования компрессионных переломов позвоночника у детей в условиях Ферганской долины Узбекистана. Оценить и выяснять причин гипердиагностики, позднего распознавания и определение специфической клинической картины компрессионных переломов позвоночника у детей путем проспективного мониторинга.

Научная новизна работы. Одним из первых будут изучены и определены эпидемиологические особенности компрессионных переломов позвоночника у детей в условиях Узбекистана. Впервые по результатам 20 – летнего проспективного эпидемиологического тренда в популяции пациентов-детей будут изучены, оценены и определены эпидемиологические показатели распространенности факторов риска компрессионных переломов позвоночника у детей в условия регионов Узбекистана. Будут оценены и выяснены причины гипердиагностики, позднего распознавания и особенности специфической клинической картины компрессионных переломов позвоночника у детей в Ферганской долины путем проспективного клинико-эпидемиологического мониторинга. Впервые будет выделены ведущие эпидемические причины, условия и факторы риска компрессионных переломов позвоночника у детей в условиях регионов Узбекистана. Впервые будет изучено фармакоэпидемиология компрессионных переломов

позвоночника у детей и рекомендована для широкого применения в реальной клинической практике. Впервые на основе проспективного аналитического эпидемиологического исследования будут разработаны алгоритмы наблюдения, профилактики и лечения компрессионных переломов у детей, предназначенный для использования в различных уровнях практического здравоохранения. Будут изучены коморбидный фон и его влияние на формирование и клиническое течение компрессионных переломов у детей в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Практическая значимость. Выделению абсолютного числа переломов позвонков у детей-пациентов, что не представляется возможным по данным государственной статистики. К резкому уменьшению случаев гипердиагностики и встречаемости тяжелых и нестабильных повреждений позвоночника, по нашим прогнозам от 32% до 67% и более за счет улучшения методов раннего диагностики и своевременного профилактирования КПП у детей. Резко увеличивается качества лекарственной терапии и у детей с КПП «лекарственная опасность» профилактически полностью (до 100%) снижается. Показатели травматизма детей в исследованном регионе уменьшается. Койко-день при переломах позвоночника в больницах уменьшается, эффективность профилактических и реабилитационных программ в стационаре, после выписки из травматологических отделений повышается минимум на 18 – 20%.

Материалы и методы исследования. В работе в качестве объекта исследования будут использовано популяция детей 0 – 17 лет включительно. Для достижения цели будет выбран Андижанский регион Ферганской долины как наиболее подходящий для эпидемиологического исследования и документирования частоты компрессионных переломов позвоночника.

Будет организовано 3 исследование Ретроспективное аналитическое эпидемиологическое исследование.

1. Ретроспективное аналитическое эпидемиологическое исследование.
2. Оценка клинического течения КПП у детей в динамике за 20-ти летней период.
3. Фармакоэпидемиологическое исследование.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Гўзал Абдурасул қизи ШОДМОНОВА

Студентка 216 группы лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: д.м.н. Рўзиев С.А.

Цель исследования: Изучить влияние нарушение функции печени у обожженных на возникновение печеночной энцефалопатии.

Материал и методы: Нами обследовано 50 больных с термическими поражениями в возрасте от 20 до 60 лет, с площадью глубокого ожога от 20% до 45% поверхности тела с клинической картиной ПЭ. Больные были разделены на 2 группы по 25 пострадавших. Оценивались эффективность общепринятой традиционной терапии (1 группа) и дополнительно получавших препарат Гепотек концентрат в дозе 10,0 мл в зависимости от степени выраженности ПЭ в течение 10 дней (2 группа).

Результаты: Анализ полученных результатов показал, что нарушение функции печени в основном возникали (45,5%) в стадии токсемии и септикотоксемии. Нарушение функции ЦНС у 87,9% пострадавших выражались в виде сонливости, вялости, снижения аппетита, астенизации и безучастности. У 75,8% больных нарушения функции ЦНС проявлялись психомоторным возбуждением, бредом, галлюцинациями, астериксис (“хлопающий тремор”), клонус стоп, нарушение тест связи числ (тест Рейтана) и др.

Явления токсического гепатита наблюдались у 27 (54%) обследованных. Они проявлялись увеличением печени, проявлением желтушности, рвотой, снижением показателя протромбинового индекса, гипербилирубинемией, и повышением уровня АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, мочевины и аммиака.

Признаки токсической энцефалопатии, под воздействием традиционной терапии ликвидировались. Остальные признаки нарушения функции ЦНС вялось, астенизация, сонливость, раздражительность, астериксис (клонус стоп), наблюдались в контрольной группе у 75,6% обследованных, а в группе с применением Гепотек (L-Орнитин L-аспартат) токсический гепатит протекал компенсированно, печеночная недостаточность была выражена незначительно.

Выводы: Включение в комплексную терапию Гепотек у больных с обширными глубокими ожогами способствует более компенсированному течению токсического гепатита. Снижается тяжесть печеночной недостаточности, степень функциональных нарушений, что выражается в улучшении клинико-биохимических показателей.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ

Давранова А.Э., Расулова М.М.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Во всем мире травматизм органа зрения до сегодняшнего дня продолжает оставаться весьма актуальной медико-социальной проблемой. В современных условиях наиболее распространенными видами травматизма этого органа является механическая травма. По статистическим данным, травмы глаз и их последствия среди заболеваний ОЗ является одной из основных причин слепоты и профессиональной инвалидности, особенно эти неблагоприятные явления наблюдаются среди лиц наиболее трудоспособного возраста. В структуре травм органа зрения различают повреждения, причиняемые механическими, химическими, термическими факторами, а также травмы, связанные с воздействиями комбинированных факторов. Наиболее частым видом травмы органа зрения является механическая травма, среди которой лидирует травма тупыми и острыми предметами.

Цель исследования. Изучение характера, особенностей и исходов проникающих повреждений глазного яблока.

Материал и методы исследования. Изучены и проанализированы данные медицинских документов и имеющихся других сведений в отношении 150 лиц, получивших механическую травму глазного яблока и его придатков, находившихся на стационарном лечении в специализированной офтальмологической больнице Самаркандской области за период 2019-2021 годы.

Результаты исследования. Установлено, что в структуре механической травмы ОЗ (всего 150 наблюдений) ведущее место занимают проникающие раны роговицы с повреждениями структуры глазного яблока (55), 26 случаев из них составили дети (до 17 лет), среди которых мальчиков – 15, девочек – 11 случаев. Взрослые люди с проникающими ранами роговицы с повреждениями структуры глазного яблока составили 29 случаев, мужчин – 19, женщин – 10, в возрасте от 18 – 44 лет - 22, 45 -59 лет – 6, 60 лет и старше – 1 случае. Повреждения в большинстве случаев были связаны с воздействиями различных острых предметов или заостренных частей тупых предметов, большей части у детей. Всем пострадавшим больным своевременно была оказана соответственная медицинская помощь, проведена первичная хирургическая обработка раны. В 22-х случаях у пострадавших отмечались полное выпадение содержимого глазного яблока. В

исходе травмы вызвали следующие осложнения, в частности ухудшения остроты зрения: 0,7-0,6 в 4-х случаях, 0,5-0,2 в 17, от 0,1 до 0,07 в 5, от 0,07 до 0,04 в 4, менее 0,04 в 3, не определивших в 12 и в 10-ти случаях привели к полной потере зрения.

Вывод. В структуре механической травмы глаз одним из ведущих мест занимают проникающие раны роговицы с повреждениями структуры глазного яблока. Данный вид повреждений являются наиболее частой причиной полной потери зрения в поврежденном глазе, что должны быть учтены в процессе судебно-медицинских исследований.

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Давранова А.Э., Тоштемирова З.М.

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация. Неблагоприятные исходы при оказании медицинской помощи способствуют обращению пациента или его родственников с жалобой в правоохранительные органы. В подобных случаях назначается СМЭ, которая проводится в комиссионном порядке с привлечением специалистов различного профиля.

Цель работы: Оценка выявленных дефектов на различных этапах оказания медицинской помощи среди специалистов хирургического профиля.

Материал и методы: В качестве материала исследованы 36 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз Самаркандского областного бюро СМЭ, проведенных в 2016 году по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников.

Результаты исследования: Из 36 случаев в 14 (38,9%) выявлены ДМП. По специальностям в деятельности хирургов 8 (57,1%), травматологов и ЛОР-врачей по 2 (14,3%), окулистов и урологов по 1 (7,2%).

Основу (ДОМП)- составляют их характер и причина возникновения, также особое внимание уделялось местам допущения ДОМП и их влиянию на исход.

По полученным данным дефекты диагностики выявлены в 9 случаях (64,3%) которые проявлялись в следующем: нераспознавание основной патологии-5 (37,5%); нераспознавание важной сопутствующей патологии и ее осложнений-2 (14,3%); нераспознавание осложнений основной патологии и поздняя диагностика по 1 случаю (7,1%). Дефекты лечения выявлены в 5 случаях (35,7%), которые выражались в дефектах хирургического лечения-2 случая (40%), а также поздняя госпитализация, ошибки при назначении и проведении медицинских процедур, неправильное применение лекарственных средств по 1 случаю (7,1%) случаю.

При анализе причин возникновения выявлено, что в большинстве случаев-12 (85,3%) ДОМП допущены из-за субъективных причин-неполноценное обследование больного-9 случаев (75%), недостаточная квалификация медицинского персонала-2 случая (16,7%) и невнимательное отношение к больному-1 случай (8,3%). Также выявлены объективные причины в виде позднего обращения за медицинской помощью и в виде недостатков при организации лечебно-диагностического процесса-по 1 случаю (7,1%).

По месту допущения дефекты выявлены в основном на госпитальном этапе-13 случаев (92,9%); из них в ЦРБ-7 случаев (50%), в областных и городских больницах по 3 случая (23,1%). В 1 случае (7,1%) дефект был допущен бригадой скорой мед. помощи.

По исходу ДОМП в 10 случаях (71,4%) случаях непосредственно способствовали наступлению смерти, в 21,4% привели к удлинению срока лечения и в 1 случае (7,1%) наступлению инвалидности.

Вывод. Таким образом среди специалистов хирургического профиля наиболее часто дефекты допускались врачами-хирургами в учреждениях госпитального этапа (ЦРБ и д.р), в основном лечебного и диагностического характера которые возникали чаще из-за субъективных причин и в исходе в большинстве случаев способствовали наступлению смерти.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПО МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ

Давранова А.Э., Хайруллаев А.П.

Самаркандский государственный медицинский университет
Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской
экспертизы Самаркандский филиал

Актуальность. Повреждения органа зрения в общей структуре травматизма составляет от 2% до 15% от общего количества травм и является важной медико-социальной проблемой. Для изучения пато - и механогенеза травмы органа зрения необходимо систематизации травм структурных частей глаз, чему можно достичь при разработке унифицированной классификации повреждений органа.

Цель исследования - систематизация механических травм структуры глазного яблока и его придатков при повреждениях тупыми предметами.

Материал и методы. Изучена и проанализирована основная мировая научно-учебная литература последних лет по проблеме травм органа зрения. Проанализированы данные медицинских карт стационарного больного в отношении 150 лиц, в возрасте от 1 года до 74 лет, с травмой глазного яблока и его придатков. Изучения и анализ повреждений структуры глазного яблока у лиц, пострадавших проведены в соответствии и сравнения с анатомическими строениями и физиологической функцией структуры этого органа.

Результаты исследования. В процессе анализа и систематизации тупых повреждений структуры глазного яблока и его придатков, а также при распределении материалов исследований на группы и подгруппы опирались на классификации, разработанные Гундоровой Р.А., Кашниковым В.В. (2002) и Волковым В.В. с соавт. (2005). Выявлено, что исходя из характера, осложнений травм органов зрения критериями установления степени тяжести причиненного вреда здоровью при повреждениях этих структур могут быть: опасность для жизни – при поражениях костей смежных анатомических структур; объем стойкой утраты общей трудоспособности – при потерях зрения или же снижения его; потеря органа – при слепоте обоих глаз или же их удалении следствия травмы; длительность расстройства здоровья - при восстановлении анатомической целостности пораженных структур и их функций.

Выводы. Для систематизации повреждений органа зрения при тупой травме более применимым является классификация травм органа зрения, разработанной Гундоровой Р.А. и Кашниковым В.В. (2002). При этом, помимо данных этой классификации, должны быть учтены характер, локализация повреждений наружных и внутренних структур глаз, а также присутствия сочетанных повреждений смежных анатомических структур – головы, скуловой и орбитальной зоны и отдаленных исходов травмы.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПО МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ

Давранова А.Э., Хайруллаев А.П.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Повреждения органа зрения в общей структуре травматизма составляет от 2% до 15% от общего количества травм и является важной медико-социальной проблемой. Для изучения пато- и механогенеза травмы органа зрения необходимо систематизации травм структурных частей глаз, чему можно достичь при разработке унифицированной классификации повреждений органа.

Цель исследования - систематизация механических травм структуры глазного яблока и его придатков при повреждениях тупыми предметами.

Материал и методы. Изучена и проанализирована основная мировая научно-учебная литература последних лет по проблеме травм органа зрения. Проанализированы данные медицинских карт стационарного больного в отношении 150 лиц, в возрасте от 1 года до 74 лет, с травмой глазного яблока и его придатков. Изучения и анализ повреждений структуры глазного яблока у лиц, пострадавших проведены в соответствии и сравнения с анатомическими строениями и физиологической функцией структуры этого органа.

Результаты исследования. В процессе анализа и систематизации тупых повреждений структуры глазного яблока и его придатков, а также при распределении материалов исследований на группы и подгруппы опирались на классификации, разработанные Гундоровой Р.А., Кашниковым В.В. (2002) и Волковым В.В. с соавт. (2005). Выявлено, что исходя из характера, осложнений травм органов зрения критериями установления степени тяжести причиненного вреда здоровью при повреждениях этих структур могут быть: опасность для жизни – при поражениях костей смежных анатомических структур; объем стойкой утраты общей трудоспособности – при потерях зрения или же снижения его; потеря органа – при слепоте обоих глаз или же их удалении следствия травмы; длительность расстройства здоровья - при восстановлении анатомической целостности пораженных структур и их функций.

Выводы. Для систематизации повреждений органа зрения при тупой травме более применимым является классификация травм органа зрения, разработанной Гундоровой Р.А. и Кашниковым В.В. (2002). При этом, помимо данных этой классификации, должны быть учтены характер, локализация повреждений наружных и внутренних структур глаз, а также присутствия сочетанных повреждений смежных анатомических структур – головы, скуловой и орбитальной зоны и отдаленных исходов травмы.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Давронов У.Ф., Насретдинова М.Т., Тожиев М.А.
Самаркандский государственный медицинский университет
кафедра оториноларингологии №2

Под вестибулярной дисфункцией понимают в первую очередь спонтанные патологические реакции (сенсорные, моторные и вегетативные). Наиболее часто вестибулярные нарушения являются симптомом болезни Меньера (БМ),

кохлеовестибулопатии на фоне вертебробазилярной недостаточности, доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, лабиринтита и вестибулярного нейронита. Наряду с традиционными методами исследования вестибулярной функции для диагностики и лечения патологических состояний, сопровождающихся нарушением функции вестибулярного анализатора, всё чаще применяется функциональная компьютерная стабилметрия (ФКС), основанная на регистрации и анализе колебаний центра давления (ЦД) тела человека.

Цель исследования: В связи с этим целью проведенного нами исследования явилась оценка лечебно-диагностического алгоритма при центральных и периферических вестибулярных нарушениях на различных уровнях его поражения.

Материал и методы исследования

Было обследовано 82 больных, находившихся на амбулаторном или стационарном лечении в клинике СамМИ кафедре оториноларингологии с жалобами на головокружение или нарушение равновесия. В схему обследования больных помимо стандартного оториноларингологического клинического исследования входило комплексное вестибулометрическое исследование, тональная пороговая аудиометрия, ФКС, кроме того, проводилась диагностическая беседа с целью подробного выяснения анамнеза заболевания и оценки вестибулярных нарушений при помощи сенсорноаналоговой шкалы.

Результаты исследования: В зависимости от типа протекания индуцированных вестибулярных реакций (ИВР) (центрального, смешанного или периферического) пациенты были разделены на две группы. В 1ю группу вошло 30 пациентов (22,1%) с периферическим типом протекания ИВР: 4 (13,3%) – с обострением хронического гнойного среднего отита, 6 (20%) – с острым отитом и 20 (66,6%) – с синдромом Меньера. Во 2ю группу вошло 52 пациента (38,2%) с центральным типом ИВР: 4 (7,7%) – с острым экссудативным средним отитом, 14 (26,9%) – с обострением хронического гнойного среднего отита, 14 (26,9%) – с прогрессирующей хронической нейросенсорной тугоухостью и 20 (38,5%) – с острой нейросенсорной тугоухостью. Вегетативные проявления отмечали 20 пациентов (38,5%). В этой группе выраженность головокружения по сенсорноаналоговой шкале составила $3,0 \pm 0,67$ балла. При этом только 13 пациентов (24,6%) характеризовали головокружение как выраженное, а 46 пациентов (86,4%) описывали его как несистемное. У 24 пациентов (46,2%) показатель функции равновесия был снижен на $29,0 \pm 2,6\%$; для всей группы этот показатель составил 13,4%. При проведении ФКС у 18 пациентов (33,3%) показатель функции равновесия был снижен на $26,7 \pm 2,8\%$; для всей группы снижение показателя функции равновесия составило 8,9%. Примечательно, что снижение показателя функции равновесия было выявлено только у 6 из 24 пациентов (25%) с острой нейросенсорной тугоухостью.

Выводы: Таким образом, все компоненты вестибулярной дисфункции (сенсорный, вегетативный и соматический) оказались наиболее выраженными у пациентов с периферическим типом протекания ИВР. Центральный тип ИВР характеризовался наличием вегетативных и сенсорных расстройств, выраженных в меньшей степени, чем при периферическом поражении. Менее выраженным оказалось и отклонение показателя функции равновесия от возрастной нормы.

БИОМАРКЕРЫ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕЛОЙ ДЕТСКОЙ ПНЕВМОНИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАЛЛЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Ё.И. Дадабаева, И.А. Турматов, Ғ.Т Пулатов, Э.Б. Умаров
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганского филиала

Введение: Тяжелая пневмония у детей раннего возраста остается критической медицинской ситуацией, связанной с высокой смертностью и потенциальными долгосрочными осложнениями. Точное прогнозирование у таких пациентов является неотъемлемой частью обоснованных клинических решений.

Цель: Целью данного исследования было оценить прогностическую ценность конкретных биомаркеров, Прокальцитонина (PCT) и С-реактивного белка (CRP), в группе педиатрических пациентов в возрасте от 1 до 3 лет, перенесших тяжелое воспаление легких с синдромом дыхательной недостаточности как осложнением.

Методы: Было проведено параллельное клиническое исследование. Всего в это сравнительное исследование были включены 90 педиатрических пациентов с тяжелым пневмонией и синдромом дыхательной недостаточности, по 45 пациентов в каждой из двух параллельных групп. Эти пациенты были госпитализированы в (Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Наманганского филиала) в период с 2021 по 2022 год.

В первой группе (Группа А) измерялись биомаркеры Прокальцитонин (PCT) и С-реактивного белка (CRP), в то время как вторая группа (Группа В - Плацебо) не проходила тестирование биомаркеров.

Группы пациентов были тщательно подобраны с учетом демографических и клинических характеристик для обеспечения сравнимости. Пациенты прошли всестороннюю клиническую оценку, включая оценку дыхания, на конкретных временных точках после госпитализации. Для оценки роли биомаркеров анализировались следующие критерии:

Результаты: Группа А (Проверка биомаркеров):

- Средний уровень Прокальцитонина (PCT) при поступлении: 5,0 нг/мл (Интерквартильный диапазон, IQR: 3,2-6,8)
- Средний уровень С-реактивного белка (CRP) при поступлении: 50,0 мг/л (Интерквартильный диапазон, IQR: 40,0-60,0)
- Смертность через 30 дней: 8%
- Средняя продолжительность госпитализации: 12 дней

Группа В (Плацебо - без тестирования биомаркеров):

- Смертность через 30 дней: 12%
- Средняя продолжительность госпитализации: 14 дней

Заключение: Результаты свидетельствуют о том, что Группа А, в которой измерялись уровни Прокальцитонина (PCT) и С-реактивного белка (CRP), имела более низкий уровень смертности через 30 дней и немного более короткий средний период госпитализации по сравнению с Группой В, которая не проходила тестирование биомаркеров. Эти результаты предполагают, что биомаркеры Прокальцитонин (PCT) и С-реактивный белок (CRP) могут играть ценную роль в прогнозировании исходов у детей с тяжелым воспалением легких и синдромом дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: пневмония, биомаркеры, синдром дыхательной недостаточности, Прокальцитонин, С-реактивный белок.

МЕСТО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA (G634C) В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Дадабаев О.Т., Усманов Э.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Синдром диабетической стопы (СДС) - частое осложнение, которое вызывается сочетанием невропатии и различных уровней поражения сосудов. Гнойно-некротическое поражение нижних конечностей при СДС занимают одно из ведущих мест среди хирургических болезней. Предыдущее исследование показали, что в развитии СДС участвуют различные факторы. Генетические факторы определяют индивидуальную реакцию на факторы риска СДС. В патогенезе СДС ведущую роль занимает нарушение функций эндотелия сосудов. Одним из факторов наступления макро- и микроангиопатий при СДС может быть дисфункция сосудистого эндотелиального фактора роста А (VEGFA), который является мощным митогеном клеток эндотелия сосудов и протеином, что обеспечивает миграцию эндотелиоцитов, их инвазию в коллагеновый гель и образования новых сосудов. VEGFA необходим не только для формирования нормальных сосудов, но и для их созревания и выживания. Показано, что длительное снижение концентрации или блокада VEGFA приводит к ухудшению выживания эндотелиальных клеток, уменьшению в тканях терминальных артериол и капилляров, повышению артериального давления.

Цель исследования. Изучить степень распространенности аллельных и генотипических вариантов полиморфизма гена VEGFA (G634C) у пациентов с синдромом диабетической стопы и у пациентов в контрольной группе.

Материал и методы исследования. Диагноз СДС устанавливался на основании результатов лабораторно-инструментальных (УЗДГ) и молекулярно-генетических исследований. Обследованы 96 больных в возрасте от 39 до 76 лет с сахарным диабетом, осложненным синдромом диабетической стопы. Контрольную группу составили 83 здоровых лиц.

Результаты исследования. Нами установлено, по результатам проведенных лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических исследований, отсутствие половых различий. Частоты аллелей rs2010963G и rs2010963C в основной группе больных и группе контроля составили 75,5 % и 24,5 % и 89,1 % и 10,1 %, соответственно. При этом распределение аллелей в обследованных группах значительно отличалось, т.е. неблагоприятный аллель С был достоверно выше среди основной группы больных ($\chi^2=11,1$; $P=0,01$; $OR=2,7$; 95 % CI: 1,5 - 4,74) и в подгруппе больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС ($\chi^2=10,6$; $P=0,01$; $OR=2,8$; 95 % CI: 1,51 - 5,21). Для аллеля С было показано наличие прямой, статистически значимой связи с заболеванием, $RR=1,2$ (95% CI: 0,53 - 2,63). В основной группе по сравнению с популяционной выборкой показано статистически значимое уменьшение частоты аллеля G, т.е. данный аллель оказывает протективный эффект $\chi^2=9,11$; $p=0,01$; $RR=0,8$; 95% CI: 0,58 - 1,23). Гомозиготный G/G генотип имел защитный эффект по отношению к заболеванию, т.к., шанс выявить данный генотип статистически значимо ниже в выборке больных по сравнению с условно-здоровыми лицами ($OR=0,3$; 95% CI: 0,18 - 0,68; $\chi^2=9,5$; $p=0,01$).

Встречаемость гетерозиготного генотипа G /C среди больных в основной группе почти в 2 раза превышает его значения в контрольной группе ($OR=2,4$; 95% CI: 1,16 - 4,76; $\chi^2=5,6$; $p=0,025$), гомозиготного генотипа C /C – более чем в 2,7 раза ($OR=3,7$; 95% CI: 0,83 - 16,25; $\chi^2=3,0$; $p=0,01$)

Заключение. Полиморфизм G634C в гене VEGFA (rs2010963), участвует в

формирование и развитие синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом. Наличие аллеля С и генотипов G /С и С/С полиморфизма G634С в гене VEGFA достоверно повышает, а носительство аллеля G и генотипа G/G понижает риск развития синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом.

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АМПУТИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Дехконов А.Т., Икромов Ж.А.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. При современной хирургической патологии гнойные осложнения наблюдаются на 2-3 сутки и достигают максимума к концу седьмого дня с момента ампутации.

Цель исследования: провести анализ возникновения гнойно-септических осложнений ампутированных культей конечностей у больных с ампутированной конечностью.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 125 больных, перенесших окончательную ампутацию (2015-2022 гг. I-группа) и ампутацию нижних конечностей на уровне бедра и голени (2012-2022 гг. II-группа). I группа представлена 63 больными. Больным I-ой группы произвели: ампутации сегментов нижних конечностей: на уровне голени 42, бедра 21, (5) из них - экзартикуляции бедра в тазобедренном суставе; и (58) реампутиаций сегментов конечностей. Ампутация голени и бедра у больных I группы исследования выполнялась у каждого четвертого-пятого пациента, а II группы у каждого второго. Реампутацию проводили 62,7% больным I группы и 34,4% II группы исследования.

Разработанное комплексное лечение включало в себя: ампутацию конечности на этапах квалифицированной медицинской помощи, что предопределяло в дальнейшем реконструкцию культи, в том числе, реампутацию на этапе специализированной медицинской помощи. Некрозы, которые формируются на мягких тканях культи удаляли путем этапных некрэктомий.

Результаты. Гнойные осложнения ампутированных культей нижних конечностей выявлены у 32,5% больных. Наиболее частыми осложнениями после ампутации конечности в I и II группах раненых являлись: некроз кожи и мышц - 29,7% (29,0%), поверхностное нагноение ран 25,3% (27,0%). Глубокое нагноение раны- 42% (39,0%), остеомиелит костной культи 1,0% (1,0%), анаэробная инфекция - 2% (4,0%). Основными причинами развития хирургической инфекции являлись травматичность оперативного вмешательства, неадекватное дренирование культи, нарушение техники ампутации, нарушенный лимфатический дренаж культи, гипоксия тканей культи, наличие тяжелой эндогенной интоксикации, сниженный иммунный статус. Развитию инфекции способствовали: наличие девитализированных мышц в ране размозженных тканей и 15,0%; длительное (более 2 ч) нарушение кровотока в ране вследствие наложенного жгута, шоковой гипотензии, плотной и тугой повязки 12,0 %; неправильно проведенная хирургическая обработка или поздно выполненная ампутация 20,0%.

Обсуждение. Большая часть ампутаций проводится по типу ПХО раны и во всех случаях, когда окончательное формирование культи при первичной ампутации невозможно. Хирург, следующий сберегательному принципу, не имеет возможности безошибочно определить границу жизнеспособности тканей. Уровень ампутации обычно определяется границей разрушения и без кости и жизнеспособности мягких тканей.

Полноценная хирургическая обработка ран позволяет избежать или значительно облегчить течение. Иссечению подлежат лишь явно нежизнеспособные ткани.

Выводы. Число гнойных осложнений ампутаций нижних конечностей в последние годы не снижается и выявляется у 32,5% пострадавших. Оно обусловлено выбором нерационального способа первичной ампутации конечности с наложением первичных швов на рану культи, нарушением техники исполнения, наличием госпитальной инфекции и тяжелой эндогенной интоксикации, нарушенным лимфатическим дренажом и гипоксией тканей культи, сниженным иммунным статусом, нерациональным ведением больных в послеоперационном периоде.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА.

Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Джумабаева С.Э., Комилжанов А.Э.
Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Введение. В существующих клинических рекомендациях, классификациях и оценочных шкалах развития и течения заболеваний вен нижних конечностей CEAP, МКБ-10, «ХЗВНК и ХВН», REVAS, VCSS (Venous Clinical Severity Score), VILLATA, GINZDTRG, BRANGJES, WIDMER и др. не уделяется должного внимания лимфатическим расстройствам при рассматриваемой патологии, не многочисленны и научные исследования в этой области, что не позволяет практическим врачам использовать современные лимфологические методы в лечении заболеваний вен нижних конечностей.

Цель. Изучить отражение синдрома лимфовенозной недостаточности в современных классификациях заболеваний вен нижних конечностей и разработать способы лимфатической терапии в консервативном и хирургическом лечении этой патологии.

Материалы. Обследованы 692 больных с заболеванием вен нижних конечностей, у которых проведены исследования флебо-и лимфодинамики, микроциркуляции и регионального иммунитета. Из них 153 больных - с острым поверхностным тромбозом; 154 - с тромбозом глубоких вен; 385 - с хронической венозной недостаточностью. Основная группа - 405 больных, с включением лимфологических методов лечения, контрольная - 287 больных, с использованием традиционного лечения, согласно клиническим рекомендациям.

Результаты. Радионуклидная лимфосцинтиграфия выявила, что при тромбозах вен нижних конечностей в начале заболевания скорость лимфотока повышалась в 1,2 раза, ($P < 0.005$), а интенсивность абсорбции радионуклида увеличивалась на 9,3% ($P < 0,5$) относительно здоровых. С 12-15 суток заболевания скорость лимфотока снижалась в 1,4 раза, ($P < 0.05$), а интенсивность выведения РФП уменьшалась на 25%, ($P < 0.005$). Хроническая венозная недостаточность сопровождается нарушением лимфотока различной степени выраженности. Расстройства нарастали по мере увеличения степени венозной недостаточности. На фоне использования лимфологических подходов у больных с синдромом лимфовенозной недостаточности на уровне статистически значимых различий повышалась скорость лимфотока, восстанавливалась микроциркуляция и региональный иммунитет, что способствовало достоверному улучшению как ближайших, так и отдаленных результатов лечения. У больных с трофическими язвами наблюдалось ускорение сроков очищения, грануляции и эпителизации по сравнению с традиционным лечением ($P < 0.005$; $P < 0.001$).

Заключение. Заболевания вен нижних конечностей, сопровождающиеся флебогипертензией, уже на самых ранних стадиях заболевания приводят к существенным изменениям в лимфатической системе, с характерными проявлениями. В современных классификациях и оценочных шкалах венозной патологии ног не уделяется должного внимания лимфатическим расстройствам и возможностям лимфологического воздействия, что снижает эффективность лечения рассматриваемой патологии. Использование методов консервативной и хирургической лимфогенной коррекции улучшает результаты лечения заболеваний вен нижних конечностей.

АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ: ПРОБЛЕМЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Ёркулов А.Ш., Касимов У.К., Косимова М.С., Султанова Д.У.
Ташкентская медицинская академия

Цель. Оценка эффективности тактики диагностики и лечения больных с абсцессами печени.

Материал и методы. В основу данной работы включен материал результатов лечения больных, находящихся на лечении в Республиканском Центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, за период 2015 – 2022 годы, где за этот период было пролечено 168 пациентов.

Анализ распределения больных по полу показал, что мужчин было 89 (52,9%), женщин - 79 (47,1%). Возраст пациентов был от 26 и до 87 лет, при этом развитие патологии в зависимости от возраста не выявлено. Пациентов старше 60 лет было 74 (44,0%), до 60 – 94 (53,0%). Сроки поступления варьировали. При этом, мы условно больных разделили на две группы первичные и вторичные. Первая группа представлена больными, которые напрямую обратились непосредственно в нашу клинику. Количество таких больных составило 19(11,3%). Вторая группа больных представлена 149 (88,7%) пациентами, которые находились на стационарном лечении в первичном звене и в результате либо прогрессирования процесса, либо неэффективности проводимой терапии были переведены к нам в клинику. До поступления в клинику пациентам проведена консервативная терапия, при этом оперативной активности среди этих больных не было.

Основными жалобами пациентов были: тяжесть в правом подреберье, общая слабость, периодическое повышение температуры тела, в пределах 38 – 40⁰С. Особенностью было отсутствие распирающих болей в правом подреберье.

Доминирующими регионами были: Ташкент – 25(14,9%), Ташкентская область – 51(30,0%) и Сурхандарьинская область 32 (19,%). Первые два региона – это регионы близко расположенные, что и объясняет их высокий удельный вес. Количество больных с Сурхандарьинской области связана с особенностью региона и высокой частотой паразитарных заболеваний печени среди населения.

Доминирующим в диагностике абсцессов печени являются клинические данные, физикальное обследование и лабораторные показатели. При исследовании крови в клиническом анализе отмечались признаки воспаления (высокий уровень лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ). Показатели билирубинемии и повышения активности печеночных ферментов не всегда являются абсолютными лабораторными критериями абсцессов печени. Для топической диагностики патологических изменений паренхимы печени и оценки близлежащих органов (желчевыводящих путей, поджелудочной железы, желудка) проводили УЗИ и КТ брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Анализ причин возникновения абсцессов печени показал, что они носят многофакторный характер, в половине случаев – 55,4%, первопричина развития абсцесса не выявлена. На втором месте – это послеоперационные осложнения в гепатобилиарной области – 51(30,3%). Нагноения эхинококковых кист зарегистрировано у 10 пациентов (5,9%). У 7 пациентов причиной развития явилась тупая травма живота. Развитие гнойной инфекции на фоне новообразований выявлена у 4 пациентов (2,4%) и у 3 больных процесс развился в результате имеющегося септического состояния.

Лечебные мероприятия включали в себя антибактериальную терапию с момента поступления больного в стационар, дезинтоксикационную терапию с применением эфферентных методов детоксикации, а также симптоматическую терапию. Суть антибактериальной терапии заключалась в назначении пенициллинов широкого спектра действия с ингибитором бета лактамаз (пиперацилина+тазабактам), группы линкозамидов (клиндамицин) и аминогликозидов (амикацина сульфат). Обязательным компонентом было включение противогрибковых препаратов (флуконазола).

Из 168 пациентов дренирование полости абсцесса выполнено у 83 пациентов (49,4%), дренирование в комплексе с длительной внутриартериальной терапией у 15 (8,9%) пациентов. Артериальный катетер устанавливался в устье чревного ствола. Изолированное применение ДВАКТ без дренирования проведено у 12 (7,1%) пациентов. Хотелось бы отметить, что критерием проведения ДВАКТ без дренирования, является наличие выраженного воспалительного процесса в паренхиме печени, которая выявлялась по данным КТ, наличие множественных малых полостей, размером до 2,0см. Характер оперативных вмешательств заключался в пункции полости абсцесса, которая выполнена 3 пациентам, дренированием полости абсцесса – 83 (49,4%). Дренирование осуществляли под Rg контролем, с проведением оставлением катетера для дренирования полостных образований типа Pige tail, размером 10-12 Fr.

В 2 случаях, в связи появлением перитонеальных явлений после дренирования, больным проведена лапаротомия, вскрытие и дренирование полости абсцесса, с оставлением 2х просветных силиконовых дренажей. У 4 больных, в результате не функционирования дренажа, проявляющееся затруднением оттока гнойного содержимого, произведено редренирование, при этом катетер заменялся на больший диаметр.

49 пациентов отказались от проведения операции, при этом 27 пациентов обратились повторно, были госпитализированы и им произведено дренирование полости абсцесса.

После установки катетера, брали материал на бактериологическое исследование и двое суток проводилась пассивная эвакуация содержимого, что позволяло создать герметизацию зоны введенного катетера. В последующем проводилась санация полости абсцесса. В качестве saniруемых препаратов мы использовали фторхинолоны (моксифлоксацин, гатифлоксацин), которые вводили в зависимости от размера полости абсцесса, при этом тугого заполнения не производили, в связи с возможным риском нарушения герметичности. Катетеры перекрывались и на протяжении 2 часов проводилась экспозиция препарата в полости. В дальнейшем производили активную аспирацию содержимого и вводили фторхинолоны повторно, при этом объем составлял 1/3 полости. В данном состоянии содержимое было на пассивной аспирации. Данная манипуляция проводилась дважды сутки. Критерием прекращения санации было отсутствие гноя в экссудате.

Сроки нахождения катетера в полости абсцесса варьировали в пределах 32 – 44 дней, что зависело от степени очищения и сморщивания полости абсцесса, которое оценивали посредством проведения фистулографии.

В нашем исследовании у 6 (3,6%) больных наблюдались осложнения. В 4 случаях проведено редренирование и в двух случаях лапаротомия. Летальных исходов не наблюдалось.

Вывод. Малоинвазивные дренирующие операции высокоэффективны и применимы в лечении абсцессов печени различной этиологии; операции должны проводиться в специализированных учреждениях и специалистами высокого уровня, т.к. многократные пункции с попыткой катетеризации приводят к травматизации, с развитием осложнений; рекомендуемая тактика ведения пациентов позволяет купировать воспалительный процесс, а адекватным очищением полости абсцесса; включение в комплекс лечебных мероприятий ДВАКТ на стадии инфильтрации позволяет предотвратить формирование абсцесса.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В НЕОТЛОЖНОМ ПОРЯДКЕ

**Ж.К. Машарипов. К. Машарипов.
Хорезмский филиал РНЦЭМП.
(дир.к.м.н. Х.Н.Бекчанов) .**

Цель исследования: На основании анализа выполнения операций остеосинтеза в Хорезмского филиала РНЦЭМП и другом травматологическом отделении Областно многопрофильного медицинского центр равного уровня получить предварительные данные о целесообразности выполнения операций остеосинтеза в неотложном порядке.

Материалы и методы: По материалам первичной медицинской документации, операционным журналам и базе рентгенологических исследований Хорезмский филиал РНЦЭМП определены пациенты, которым в 2020-2021 годы были выполнены операции остеосинтеза в неотложном порядке в течение первых 24-х часов после поступления в стационар. Произведена группировка операций по локализации травм и виду остеосинтеза. По такой же методике определены пациенты в Хорезмской Областной Многопрофильной медицинской центре с аналогичной патологией, остеосинтез которым за тот же период времени выполнен в плановом порядке. Для объективизации полученных данных проанализированы сроки пребывания пациента в стационаре в случае осуществления ему хирургической стабилизации переломов аналогичной локализации за 2020 год, выполненные в одном из других травмоцентров 1-го уровня г.Ургенча, где остеосинтез при изолированных переломах в неотложном порядке не выполнялся. Определяли среднее время нахождения пациента в стационаре с момента поступления до и после операции, а также среднюю длительность хирургического вмешательства.

Производили расчет средних показателей с вычислением величин их стандартного отклонения, медианы, квартилей, максимальных и минимальных значений.

Результаты: За 2020-2021 года травматологами в Хорезмского филиала РНЦЭМП Выполнено 102 неотложных и 76 плановых операций остеосинтеза (всего 178 операций). При этом средний койко-день у пациентов, прооперированных в экстренном порядке, составил 6,4 дн., в то время как пациенты, перенесшие плановое хирургическое вмешательство, находились в стационаре достоверно больший срок в среднем, 11,9дн. При этом случаев острой инфекции, а также операций реостеосинтеза за время стационарного лечения в изучаемой группе пациентов зарегистрировано не было.

Если же рассматривать среднюю длительность пребывания в стационаре

всех пациентов, которым был выполнен остеосинтез, то это значение составляет 9,15 койко-дней.

Вывод: На основании анализа мы отмечаем о целесообразности выполнения операций остеосинтеза в неотложном порядке.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

**Жалилов Э. Т., Исхаков Б. Р., Хужамбердиев И.Р., Худайбердиев Б. А.,
Робиддинов Б. С.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Несмотря на внедрение новых диагностических и лечебных платформ, сочетанная травма груди остается одной из актуальных проблем ургентной хирургии, прежде всего в связи с общим ростом травматизма и тяжестью повреждений. Частота повреждений груди в структуре травм мирного времени за последние десятилетия достигла 35-50% (Г. Н. Цыбуляк, 2012). Среди пострадавших с сочетанными травмами торакальный компонент регистрируют у каждого четвертого, среди погибших от травм – у каждого второго (Л. Н. Бисенков, 2008). Множественность и сочетанность повреждений стали основной особенностью современного травматизма.

Высокая социальная значимость травмы органов грудной клетки определяется тем, что около 90 % пострадавших – лица трудоспособного возраста, со значительной длительностью лечения и реабилитации, большим количеством гнойно-септических осложнений (до 20%) и высокой летальностью (от 17 до 30%).

Несмотря на достигнутые успехи в лечении закрытой травмы груди, многие вопросы требуют изучения на современном уровне, уточнения, на основе новых фактов, уже известных положений (С. Юров, 2018).

Использование эндохирургических технологий при торакальной травме позволяет решить большинство диагностических и лечебных задач, однако многие вопросы остаются нерешенными. Необходимо дальнейшее уточнение показаний и противопоказаний к использованию торакоскопии, определение четких сроков ее выполнения.

Целью нашего исследования являются улучшения результатов диагностики и лечения пострадавших сочетанными травмами груди с применением миниинвазивных видеоторакоскопических вмешательств.

Материалы и методы. Нами за период организации Наманганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (с 2000 по 2020 гг.) выполнена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия 256 пострадавшим сочетанными травмами груди, из них 184 (71,9%) мужчин и 72 (28,1%) женщин в возрасте от 10 до 78 лет.

По возрастному фактору пострадавшие распределены следующим образом: до 19 лет – 46 (17,9%), 19-44 лет – 118 (46,1%), 45-59 лет – 64 (25%) и старше 60 лет – 28 (11%). Страдали в основном пациенты молодого и трудоспособного возраста (182 больных – 71,1%).

Скорой помощью доставлены – 96 (37,5%), самотеком или попутными транспортом поступили – 110 (43%), направлением поликлиники и травматологического пункта – 32 (12,5%), переведены из других лечебных учреждений 18 – (7%) пострадавшие.

При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные при дорожно-транспортном происшествии – 135 (52,7%), полученные при падении с высоты – 86 (33,6%), и в результате удара тупым предметом – 35 (13,7%).

Изолированное повреждение грудной клетки выявлено у 84 (32,8%) пострадавших, у 92 (35,9%) больных закрытая травма груди сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени, у 26 (10,2%) с повреждением органов брюшной полости, у 42 (16,4%) с переломами костей конечностей и осложненным переломом груднопоясничных позвонков – у 12 (4,7%).

Результаты исследований и их обсуждение. Показанием к экстренной и отсроченной видеоторакоскопии: ранения в торакоабдоминальной зоне; средний и малый гемоторакс; проникающее ранение грудной клетки в «сердечной зоне» при условии стабильной гемодинамики.

Большинство авторов в качестве основных определяют следующие показания: средний гемоторакс; не купирующийся при дренировании пневмоторакс; проникающее ранение в торакоабдоминальной зоне; наличие гемо- или пневмоторакса; свернувшийся гемоторакс или эмпиема плевры (Абакумов М.М. и др. 2005).

Всем больным проведены клинично-лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования, МСКТ органов брюшной полости и грудной клетки.

Для диагностики и лечения повреждений органов грудной клетки нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz” (Германия).

У 54 (21,1%) больных с множественными переломами ребер, осложненными кровотечением из межреберных сосудов, гемостаз достигнут клипированием межреберных сосудов (8) и биполярной диатермокоагуляцией (46).

У 38 (14,8%) больных с повреждением висцеральной плевры и небольшими разрывами паренхимы легких гемостаз достигнут наложением 2–3 эндошвов. Поверхностный разрыв плевры без признаков активного кровотечения наблюдался у 56 (21,9%) больных.

Переломы ребер без повреждения плевры диагностированы у 32 (12,5%) пострадавших. Ушиб и гематома легких отмечены у 42 (16,4%), органов средостения 14 (5,5%) больных. Во всех случаях плевральная полость дренирована. Причиной конверсии (переход к торакотомии) у 20 (7,8%) пострадавших явился разрыв легких с продолжающимся кровотечением.

Интраоперационные осложнения в виде кровотечения из межреберных вен в месте введения торакопорта наблюдались у двух пациентов, у которых гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией.

Реторакоскопия по поводу рецидива кровотечения была выполнена двум пострадавшим.

Умерло 8 (3,1%) больных от причин, не связанных с торакоскопией (открытая черепно-мозговая травма + переломы ребер и тяжелая сочетанная травма, ушиб легкого и органов средостения + перелом груднопоясничного отдела позвоночника + разрыв паренхиматозных органов брюшной полости).

Заключение. Применение торакоскопии сокращает время установления диагноза, приводит к снижению процента диагностических торакотомий, уменьшает частоту послеоперационных осложнений, сокращает сроки дренирования плевральной полости и реабилитации пациентов, снижает летальность, уменьшает длительность пребывания пациента в стационаре.

Использование видеоторакоскопии при сочетанных травмах меняет тактику лечения пациентов и в большинстве случаев является альтернативой торакотомии.

Ведущими причинами смерти пациентов при сочетанной травме груди являются черепно-мозговая травма, травма органов брюшной полости, травматический и геморрагический шок.

МЕСТО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

**Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р.,
Худойбердиев Б.А., Робиддинов Б.С.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

За последние 20 лет данной работе проведен анализ результатов эндовидеохирургического лечения 226 больных со спонтанным пневмотораксом. Мужчин было 162 (71,7%), женщин 64 (28,3%). Средний возраст больных составил 35,4 лет. Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 132 (58,4%) больных, левосторонний - у 92 (40,7%) и двухсторонний – у 2 (0,9%).

С целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больным была выполнена видеоторакоскопия с использованием набора инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия).

В результате диагностической торакоскопии выявлены; буллезная эмфизема без осложнений у 113 (50,0%), с воспалительными проявлениями 33 (14,6%), надрывы спаек у 36 (16,0%), туберкулез легких у 24 (10,6%) и видимой патологии не обнаружено – у 20 (8,8%) больных.

Торакоскопическое иссечение и электрокоагуляция булл выполнены у 52 (46,1%) больных, наложение эндешва на буллы - у 27 (20,2%) больных. Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса.

Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена у 14 (12,8%) больных, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости.

У 49 (21,2%) больных при торакоскопии отсутствовали показания для эндохирургических вмешательств.

У 84 (37,1%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакоскопии.

Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у одного пациента, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств.

Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 4 (1,8%) больных, которая ликвидирована путем установления непрерывного плеврального диализа. Среднее пребывание больных на койке составил 4,2 дней. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии имеет большое значение в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕТРОГРАДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Жалилов Э.Т., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Рузиматов А.Э., Убайдуллаев Ф.О.,
Робиддинов Ж.Б.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. Ведущей причиной в развитии острого билиарного панкреатита является холедохолитиаз, осложненный обструкцией общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС). Эндоскопическое вмешательство при ущемленном камне БДС направлено, в первую очередь, на раннюю диагностику и устранения билиарной и панкреатической гипертензии.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения острого билиарного панкреатита.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2022 гг. в Наманганский филиал РНЦЭМП поступили 210 больных с ущемленным камнем большого дуоденального сосочка. Мужчин было 88, женщин – 122. Средний возраст больных составил 55 лет. Всем больным при поступлении в приемном отделении произведено клинико-биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы и эзофагодуоденоскопия.

Результаты. Основным эндоскопическим признаком ущемленного камня БДС явилось обтурация желчным конкрементом с полным отсутствием поступления желчи и панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК). При этом БДС был резко увеличен в размерах и напряжен, поверхность его был гладкий и блестящий. При выраженном выбухании БДС занимал до 2/3 просвета ДПК, сосочек имел плотную консистенцию и при давлении на него практически не смещался. Продольная складка, являющаяся контуром интрадуоденальной части холедоха была утолщена и напряжена. При длительной фиксации камня появлялись признаки некроза слизистой оболочки в области устья БДС, возникала и нарастала имбибиция слизистой парапапиллярной зоны панкреатическим соком. После выявления обтурации БДС конкрементом проводили комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Вначале рассечение производилось с помощью игольчатого или торцевого электрода на 11-12 часах по крыше БДС по направлению продольной складки до вскрытия ампулярной полости. При этом в подавляющем большинстве случаев наблюдалось отхождение вколоченного в ампулу БДС конкремента. При ликвидации обтурации отмечалось поступление в просвет кишки мутной желчи и панкреатического сока. После устранения дистального блока БДС было проведение селективной эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРПХГ), во время которой выявлялось состояние желчевыводящей системы. У 128 больных после ЭПСТ наблюдалось отхождение конкрементов после папиллотомии. У 82 больных конкремент был удален с помощью корзинки Dormia. После устранения блока, всем больным проводилось консервативное лечение для профилактики развития билиарного панкреатита. Несмотря на устранение блока терминального отдела холедоха у 22 больных развился отечный панкреатит. После консервативной терапии эффект наблюдали у 20 больных. У 1 пациента развился тотальный панкреонекроз с забрюшинной флегмоной и сепсисом. Лапароскопическая ревизия сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости были выполнены у 20 пациентов. Однократная лапароскопическая санация была достаточной у 15 больных. 2х кратная лапароскопическая санация проводили у 2 пациентов. Лапаротомным способом были

оперированы - 2. Умер 1 больной от полиорганной недостаточности и панкреатогенного сепсиса. Осложнений связанных с эндоскопическими вмешательствами не наблюдали.

Заключение. Своевременное применение эндоскопических методов лечения при вколоченных камнях в БДС позволяет устранить причину билиарного панкреатита, купировать синдром механической желтухи, предупреждает развитие деструктивных форм острого панкреатита, его осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Жалилов Э. Т., Исхаков Б. Р., Убайдуллаев Ф.О., Робиддинов Ж.Б.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

За последние 5 лет мы наблюдали 697 больных у которых отмечалась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения или оно было заподозрено. Мужчин было 486 (69,7%), женщин - 211 (30,2%). Возраст больных колебался от 14 до 86 лет, старше 60 лет были 215 (30,9%) пациентов.

Для установления источника кровотечения проводили комплексное клиническое и инструментальное исследование. При наличии рвоты с «кофейной гущей» или мелены в первую очередь выполняли фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС). При необходимости проводилась повторная эндоскопия в отделениях реанимации или хирургии. В 95% случаев перед эндоскопическими исследованиями в приемном отделении промывали желудок ледяной водой до чистых вод для улучшения результатов эндоскопии. ФЭГДС после такой подготовки сразу позволяет верифицировать источник кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.

Эндоскопическими критериями, определяющими прогноз кровотечения и тактику лечения больных, являлись: 1) макроскопические признаки, характеризующие особенности изъязвлений и повреждений органов (глубина, площадь, количество, локализация);

2) характер источника (сосуды слизистой оболочки, подслизистого, мышечного слоев, дна и краев дефектов);

3) факт кровотечения (отсутствие или продолжение его, наличие тромбированного сосуда);

4) характер изменений тканей органа, окружающих источник кровотечения.

При эндоскопическом исследовании были выявлены следующие причины кровотечения: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 373 (54,5%), язвенная болезнь желудка – 32 (4,6%), острые язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки – 133 (19,1%), варикозное расширение вен пищевода – 43 (6,2%), синдром Меллори-Вейсса – 54 (7,7%), пептическая язва анастомоза – 28 (4,0%), рак желудка – 25 (3,6%), рак пищевода – 9 (1,3%).

Согласно предложенной А. С. Балалыкиным (1995) классификации больные распределились следующим образом: I группа - кровотечения нет и вероятность рецидива минимальная - 248 (35,5%);

II группа - кровотечения нет, но есть угроза рецидива (наличие черного и красного тромба) - 386 (55,4%);

III группа - продолжающееся кровотечение (венозное и артериальное) - 63 (9%) пациента.

У больных I группы целью лечения являлось ускорение сроков эпителизации медикаментозным и эндоскопическим путем.

У больных II группы профилактика рецидивов осуществлялась путем укрепления тромба орошением 96° спиртом, 1 % раствором феракрила, диатермокоагуляцией.

У больных III группы проводилась остановка кровотечения диатермокоагуляцией, при неэффективности - экстренные операции.

Эндоскопический гемостаз достигнут у 103 (14,7%) больных.

Рецидивы кровотечения отмечались: у больных I группы - 11 (4,4%) случаев, во II группе - 32 (8,2%), в III группе - 15 (25%).

Таким образом, значение современной эндоскопии при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта многогранно, правильное использование диагностической информации позволяет выбрать правильную тактику, индивидуализировать выбор способов и средств лечения.

СВОЙСТВА ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ, ВЫСЕВАЕМОЙ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

Жасур Кахрамон угли МАМАРАСУЛОВ

Студент 216 группы 1-го лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: асс. Нормаматов Б.П.

Цель исследования: стало изучение антибактериальной резистентности бактерий перитонеального экссудата при острой кишечной непроходимости.

Материал и методы исследования. Обследованы 56 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Посев микрофлоры из брюшной полости производили сразу после лапаротомии до проведения манипуляций на кишечнике и санации брюшной полости.

Результаты исследования. Резистентность и умеренная резистентность к одному и более антибактериальным препаратам у гемолитических штаммов (ГШ) *E. coli* и *St.* составила 42,4% и 62,5%, соответственно. Резистентность к окцалину установлена у гемолитических штаммов *E. coli* в 30% и представителей рода *St.* в 9% случаев. Наибольшая резистентность всех высеянных микроорганизмов отмечена к цефтриаксону 13,1%, ампициллину 10,9%, цефазолину 7,9%, амикацину 6,2%. Все исследованные виды микроорганизмов имели 100% чувствительность к гентамицину, клиндамицину, ванкомицину, фурадонину, норфлоксацину, офлоксацину и левофлоксацину.

Выводы. Резистентность и умеренная резистентность к одному и более антибактериальным препаратам у ГШ *E.coli* и *St.* составила 42,4% и 62,5 %, соответственно. 42,4% ГШ *E.coli* и 62,5% *St.* резистентны к широко используемым в практике антибактериальным препаратам - цефтриаксону, ампициллину, цефазолину, амикацину.

СВОЙСТВА ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ, ВЫСЕВАЕМОЙ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

Жасур К.М., Нормаматов Б.П.

Студент 216 группы 1-го лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования: стало изучение антибактериальной резистентности бактерий перитонеального экссудата при острой кишечной непроходимости.

Материал и методы исследования. Обследованы 56 пациентов с острой кишечной непроходимостью. Посев микрофлоры из брюшной полости производили сразу после лапаротомии до проведения манипуляций на кишечнике и санации брюшной полости.

Результаты исследования. Резистентность и умеренная резистентность к одному и более антибактериальным препаратам у гемолитических штаммов (ГШ) *E. coli* и *St.* составила 42,4% и 62,5%, соответственно. Резистентность к оксаллину установлена у гемолитических штаммов *E. coli* в 30% и представителей рода *St.* в 9% случаев. Наибольшая резистентность всех высеянных микроорганизмов отмечена к цефтриаксону 13,1%, ампициллину 10,9%, цефазолину 7,9%, амикацину 6,2%. Все исследованные виды микроорганизмов имели 100% чувствительность к гентамицину, клиндамицину, ванкомицину, фурадонину, норфлоксацину, офлоксацину и левофлоксацину.

Выводы. Резистентность и умеренная резистентность к одному и более антибактериальным препаратам у ГШ *E.coli* и *St.* составила 42,4% и 62,5 %, соответственно. 42,4% ГШ *E.coli* и 62,5% *St.* резистентны к широко используемым в практике антибактериальным препаратам - цефтриаксону, ампициллину, цефазолину, амикацину.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ.

Жиянов И.А., Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Исмаилов О.А., Хайдаров У.А., Каримбаев Ш.Т., Мадиев У.Б..

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с сочетанной позвоночно-спинномозговой травмой.

Материалы и методы: За период 2018 – 2022г.г. в филиале пролечено 210 пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой(ПСТ). Из них оперировано 169 больных. Диагностический алгоритм включал общий и неврологический осмотр, УЗИ брюшной и плевральной полостей, рентгенографию и рентгеноскопию черепа, костей таза, грудной клетки, поврежденных конечностей, всех отделов позвоночника и МСКТ позвоночника на уровне повреждения.

Результаты: Показаниями к экстренной операции явились: компрессия спинного мозга и его корешков, нарастание неврологической симптоматики и (или) нестабильной перелом позвоночника. Очередность и экстренность операций определяли с учетом угрозы для жизни той или иной травмы (первая очередь), угрозы потери функции органа или системы органов (вторая очередь) и в третью очередь выполняли операции, задержка с которой не влияла на жизненный прогноз. Противопоказания к экстренной операции на позвоночнике и спинном мозге: шок, нестабильность гемодинамики, кома,

множественные повреждение ребер осложненный гемопневмотораксом, постгеморрагическая анемия, ушиб сердца, печеночная недостаточности, жировая эмболия, тромбоз эмболия легочной артерии, пневмония, нефиксированные переломы конечностей. В неврологическом статусе улучшение отмечено у 65% пациентов. Общая летальность в группе больных с СПСТ составила 18%, а послеоперационная -12%.

Заключение: Анализ результатов лечения пострадавших с СПСТ показал, что хирургическая тактика определяется тяжестью сочетанных повреждений и состоянием больного, как до операции так и динамикой состояния во время хирургического вмешательства.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Мусашайхов Х.Т., Икромов Ф.Д., Солиев М.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность Среди различных осложнений сахарного диабета (СД) к одним из наиболее сложных категорий относятся гнойные процессы мягких тканей. Для местного лечения гнойных ран разработаны множество методов и раневых покрытий. Совершенного метода лечения обширных и длительно незаживающих ран при СД в настоящее время не существует, а это и определяет актуальность поиска новых методов лечения. Клинические исследования, касающиеся разработки новых методов лечения гнойно-некротических поражений мягких тканей нижних конечностей при СД являются наиболее актуальными в гнойной хирургии и медицине в целом.

Целью исследования является улучшение результатов гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы Исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике.

Распределение больных по локализации флегмоны на нижней конечности показало, что в группе сравнения было по 24 (42,1%) пациента с гнойно-некротическим процессом на бедре и голени, в остальных 9 (15,8%) случаев поражение было в коленной области. В основной группе было 22 (41,5%) пациента с флегмоной бедра, 8 (15,1%) в области голени и 23 (43,4%) на голени.

В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Поставленная задача решена тем, что в способе хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом, включающем иссечение и санацию некротических тканей, установление двухпросветных дренажей, герметизацию раны от внешней среды стерильной полиэтиленовой самоклеящейся пленкой (пленкой для перевязок) и последующее проведение

антисептических мероприятий, в качестве антисептических мероприятий в послеоперационном периоде проводят капельное промывание полости раны через установленный дренаж 0,1%-ным раствором метиленовой сини в течение 1 часа под давлением не менее 500 мм вод.ст. со скоростью 60 капель в минуту, затем, через 30 минут после начала промывания, через фиксированную поверх раны пленку проводят облучение области раны лазерным аппаратом Восток-2 в расфокусированном непрерывном режиме, в диапазоне 630-660 нм, мощностью 120 мВт, в течение 1 минуты на каждые на 2,5-3,0 см² облучаемой поверхности, при этом промывание метиленовой синью и лазерное облучение с вышеуказанными параметрами проводят 3-4 раза в день в течение 3-5 суток, затем 2 раза в день в течение 2-3 суток, далее 1 раз в день в течение 2-3 суток.

Результаты И Обсуждение В группе сравнения частота осложнения составила 66,7%, при этом в основной группе верифицировано 24,5% случаев осложненного течения, что оказалось достоверно меньше, чем в группе сравнения. Дополнительное воздействие на рану в основной группе позволило фактически в 4 раза сократить риск развития этого осложнения. Так, в группе сравнения распространение воспалительного процесса на соседние ткани отмечено у 21 (36,8%) пациента, а в основной группе у 5 (9,4%). Краевой некроз раны развился у 15 (26,3%) и 6 (11,3%) пациентов соответственно. Другими частыми осложнениями в группе сравнения были кровоизлияние из раны и инфильтрат – по 9 (15,8%) пациентов, при этом в основной группе развитие инфильтративного процесса отмечено только у 3 (5,7%) больных. Явления острого лимфангита зарегистрировано у 6 (10,5%) и 2 (3,8%) пациентов.

В целом, в группе сравнения дополнительные инвазивные вмешательства были проведены у 18 (31,6%) пациентов, тогда как в основной группе только у 7 (13,2%). Повторное вскрытие очага при распространении воспаления было выполнено у 3 (5,3%) и 1 (1,9%) пациентов соответственно, еще в 4 (7,0%) и 1 (1,%) случаев эта манипуляция дополнялась иссечением некротизированных тканей. В 11 (19,3%) и 5 (9,4%) случаях вмешательство было ограничено иссечением некротизированных тканей.

В обеих группах в раннем периоде отмечен регресс лейкоцитоза. Так в группе сравнения уровень лейкоцитов до операции был $13,7 \pm 3,7 \times 10^9/\text{л}$, на 3 сутки показатель снизился до $11,6 \pm 3,5 \times 10^9/\text{л}$, а на 7 сутки еще до $10,3 \pm 3,1 \times 10^9/\text{л}$. В свою очередь в основной группе уровень лейкоцитов до операции был $14,2 \pm 2,8 \times 10^9/\text{л}$, на 3 сутки показатель снизился до $10,1 \pm 2,6 \times 10^9/\text{л}$, а на 7 сутки еще до $8,8 \pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$, при этом показатели между группами достоверно отличались как на 3 сутки, так и на 7 сутки.

На первые сутки отечность в области раны сохранялась у 51 (89,5%) пациентов в группе сравнения и 43 (81,1%) в основной группе. На 3 сутки этот фактор определялся у 39 (68,4%) и 22 (41,5%) пациентов соответственно, при этом показатели достоверно отличались в основной группе. На 7 сутки отечность сохранялась у 27 (47,4%) пациентов в группе сравнения и только у 12 (22,6%) больных в основной группе, а на 14 сутки у 15 (26,3%) и 4 (7,5%) пациентов.

На первые сутки гиперемия в области раны была у 54 (94,7%) пациентов в группе сравнения и 49 (92,5%) в основной группе. На 3 сутки этот фактор определялся у 43 (75,4%) и 27 (50,9%) пациентов соответственно, при этом показатели достоверно отличались в основной группе. На 7 сутки гиперемия сохранялась у 21 (36,8%) пациента в группе сравнения и только у 8 (15,1%) больных в основной группе, а на 14 сутки у 12 (21,1%) и 3 (5,7%) пациентов.

На первые сутки инфильтрат в области раны был у 49 (86,0%) пациентов в группе сравнения и 44 (83,0%) в основной группе. На 3 сутки этот фактор определялся у 33 (57,9%) и 19 (35,8%) пациентов соответственно, при этом показатели достоверно отличались в основной группе. На 7 сутки инфильтрат сохранялся у 22 (38,6%) пациентов

в группе сравнения и только у 8 (15,1%) больных в основной группе, а на 14 сутки у 12 (21,1%) и 1 (1,9%) пациентов.

На первые сутки гнойное раневое отделяемое из раны было у 47 (82,5%) пациентов в группе сравнения и 45 (84,5%) в основной группе. На 3 сутки этот фактор определялся у 35 (61,4%) и 22 (41,5%) пациентов соответственно, при этом показатели достоверно отличались в основной группе. На 7 сутки отделяемое было у 23 (40,4%) больных в группе сравнения и только у 9 (17,0%) больных в основной группе, а на 14 сутки у 9 (15,8%) и отсутствовало у больных в основной группе.

Полное очищение раны, на 3 сутки определялся у 11 (20,8%) пациентов в основной группе. К 7 суткам рана очистилась у 14 (24,6%) пациентов в группе сравнения и у 29 (54,7%) больных в основной группе, а на 14 сутки у 36 (63,2%) и 48 (90,6%) пациентов соответственно.

Выводы Внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% до 24,5% ($p < 0,001$), тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% до 13,2% ($p = 0,022$), при этом на 7 сутки отмечено более существенное снижение лейкоцитоза ($10,3 \pm 3,1$ против $8,8 \pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,05$), доли пациентов с сохранением отека с 36,8% до 15,1% ($p = 0,010$), инфильтрата с 38,6% до 15,1% ($p = 0,006$), раневого отделяемого с 40,4% до 17,0% ($p = 0,008$), а также увеличение больных с полным очищением раны с 50,9% до 79,2% ($p = 0,002$) и появлением грануляционной ткани с 24,6% до 54,7% ($p = 0,002$).

1. Стимуляция этио-патогенетических механизмов заживления гнойных ран позволила существенно ускорить регресс раневого процесса, с увеличением частоты полной эпителизации раны к 14 суткам лечения с 36,8% до 69,8% ($p < 0,002$), достоверно более высокими темпами сокращения площади раневой поверхности ($p < 0,05$), сокращением средних сроков полного заживления ран с $19,1 \pm 10,3$ до $12,5 \pm 6,3$ суток ($p < 0,05$), а также длительности госпитализации с $11,2 \pm 4,1$ до $8,3 \pm 2,7$ суток ($p < 0,05$).

2.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Мусашайхов Х.Т., Солиев М.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность Больные сахарным диабетом (СД) имеют повышенную восприимчивость к инфекциям с отрицательным эволюционным потенциалом, приводящим к повышенной заболеваемости и смертности по сравнению с общей популяцией. Инфекции, локализованные в мягких тканях (коже, фасциях и апоневрозах, подкожной клетчатке, мышцах), у больных СД требуют комплексного медико-хирургического подхода, при котором агрессивное хирургическое лечение должно дополняться метаболической балансировкой и длительной антибактериальной терапией. Для местного лечения обширных и длительно незаживающих ран разработаны множество методов и раневых покрытий. Тем не менее, большое их разнообразие свидетельствует о том, что совершенного метода лечения обширных и длительно незаживающих ран при СД в настоящее время не существует, а это и определяет актуальность поиска новых методов лечения. В связи с этим клинические исследования, касающиеся разработки новых методов лечения гнойно-некротических поражений мягких тканей нижних конечностей при СД являются наиболее актуальными в гнойной хирургии и медицине в целом.

Целью исследования: разработка нового способа лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы Клиническое исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике. Обе группы были сопоставимы по всем основным показателям: пол, возраст, локализация и тяжесть течения гнойно-некротического процесса и т.д.

На этапе предоперационного обследования в основном проводились следующие методы: стандартные клинические методы исследования; клиничко-лабораторные методы; инструментальные методы (УЗИ, УЗДГ и по показаниям томографические методы); определение степени интоксикации; оценка локального статуса; посев раневого отделяемого на микрофлору; бактериологическое определение чувствительности к антибиотикам; по показаниям рентгенография пораженной зоны; по показаниям КТ, МРТ мягких тканей; по показаниям другие дополнительные методы исследования.

После короткого предоперационного курса обследования и подготовки все пациенты были оперированы. Было выполнено вскрытие гнойно-некротического очага, с некрэктомией, при этом как было сказано выше методика ведения ран отличалась в группах сравнения.

В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Результаты и обсуждение Поставлена следующая задача – повышение антибактериальной эффективности и уменьшение сроков лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом.

Поставленная задача решена тем, что в способе хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом, включающем иссечение и санацию некротических тканей, установление двухпросветных дренажей, герметизацию раны от внешней среды стерильной полиэтиленовой самоклеящейся пленкой (пленкой для перевязок) и последующее проведение антисептических мероприятий, в качестве антисептических мероприятий в послеоперационном периоде проводят капельное промывание полости раны через установленный дренаж 0,1%-ным раствором метиленовой сини в течение 1 часа под давлением не менее 500 мм вод.ст. со скоростью 60 капель в минуту, затем, через 30 минут после начала промывания, через фиксированную поверх раны пленку проводят облучение области раны лазерным аппаратом Восток-2 в расфокусированном непрерывном режиме, в диапазоне 630-660 нм, мощностью 120 мВт, в течение 1 минуты на каждые на 2,5-3,0 см² облучаемой поверхности, при этом промывание метиленовой синью и лазерное облучение с вышеуказанными параметрами проводят 3-4 раза в день в течение 3-5 суток, затем 2 раза в день в течение 2-3 суток, далее 1 раз в день в течение 2-3 суток.

Преимущества способа: - требует меньших перевязок, не обременительно и безболезненно для пациента;

- постоянное орошение раны приводит к вымыванию некротических тканей и гноя;

- метиленовая синь, являясь антисептиком, под действием лазерного излучения становится донатором кислородных радикалов, обеспечивая фотодинамический эффект, которые губительны для всех видов патогенной микрофлоры.

Способ включает следующие этапы: - рассечение тканей и санация гнойных затеков, иссечения некротических тканей с оставлением двухпросветных прозрачных дренажных трубок в карманах и полостях;

- после выведения дренажей открытую рану закрывают стерильной полиэтиленовой самоклеящейся пленкой, а именно наклеивают стерильную липкую пленку Hydrofilm Hartmann таким образом, чтобы пленка заходила на края неизменной кожи внахлест, липкой стороной к ране, для создания герметичности;

- затем в послеоперационном периоде проводится капельное промывание полости раны через установленный дренаж 0,1% раствором метиленовой сини в течение 1 часа под давлением не менее 500 мм вод.ст. со скоростью 60 капель в минуту, и через 30 минут после начала промывания через фиксированную поверх раны пленку проводится облучение области раны лазерным аппаратом Восток-2 в расфокусированном непрерывном режиме, в диапазоне 630-660 нм, мощностью 120 мВт, в течение 1 минуты на каждые на 2,5-3,0 см²;

- данную процедуру проводят 3-4 раза в день в течение 3-5 суток;

- после стихания острого гнойного воспаления в среднем через 3-5 суток процедуру проводят 2 раза в день в течение 2-3 суток и затем 1 раз в день еще в течение 2-3 суток.

В среднем лазерное облучение с промыванием проводится ежедневно до полной очистки раны, появления грануляционной ткани (в среднем курс составляет 7-10 суток, в течение которых выполняется 17-25 процедур).

Закключение. Таким образом внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% до 24,5%, тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% до 13,2%, при этом на 7 сутки отмечено более существенное снижение лейкоцитоза ($10,3 \pm 3,1$ против $8,8 \pm 2,1 \times 10^9/л$), доли пациентов с сохранением отека с 36,8% до 15,1%, инфильтрата с 38,6% до 15,1%, раневого отделяемого с 40,4% до 17,0%, а также увеличение больных с полным очищением раны с 50,9% до 79,2% и появлением грануляционной ткани с 24,6% до 54,7%.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ГЕПАТИТОВ

З.Т.Насретдинов., Х.Ю.Эшбадалов

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность: Особое внимание привлекают пурпурнолистные формы барбарисов и летнезимнезеленые магонии. Так же известно использование барбарисов и магоний как плодовых растений. Плоды богаты биологически активными веществами и рекомендуются для здорового питания человека.

Для использования растений в качестве источников биологически активных веществ первостепенное значение имеет изучение динамики накопления целевых веществ и определение сроков, отвечающих их максимальному содержанию.

В настоящее время в связи с частыми осложнениями при употреблении различных синтетических лекарственных препаратов, особую актуальность приобретает использование растительных лекарственных веществ в лечении различных заболеваний организма.

При этом происходит значительное снижение неспецифической резистенции организма к угнетению детоксикационной функции печени.

Поэтому проблема сохранения этого ценного кустарника и поиск альтернативных, экономически оправданных источников берберина актуальна.

Связи с этим мы поставили перед собой **цель** оптимизировать анализа качества применения препарата из растения барбариса в комплексную терапию больных с одонтогенными острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы: Мы применяли мелкоизмельчённые корни барбариса обыкновенного как гепатотропный, желчегонный препарат в таблетированной форме при комплексном лечении одонтогенных гнойно-воспалительных процессов ЧЛЮ. Так как в соотношении чем у листьев и ягод барбариса в корне содержатся больше кислот и микроэлементов.

Под нашим наблюдением находились 60 больных с одонтогенными гнойно-воспалительными [периоститами, абсцессами, флегмонами, остеомиелитами] заболеваниями ЧЛЮ в возрасте от 18 до 72 лет и 15 здоровых. Схема исследования больных поступивших в клинику хирургической стоматологии, включало оценку степени распространенности локализации гнойно-воспалительных процессов и проведение клиничко-лабораторных, биохимических и при необходимости рентгенологических исследований скелетов ЧЛЮ. Как правило в день поступления больным под местной или внутривенным наркозом производилась операция вскрытия флегмоны с удалением причинного зуба.

С целью оптимизации антибактериальной терапии у всех больных определяли чувствительность микрофлоры к антибиотикам. В послеоперационном периоде всем больным назначали антибактериальную, противовоспалительную десенсибилизирующую и по показаниям трансфузионную и иммуностимулирующую терапию. Наряду с этим 30 из 60 больных с первого дня после операции получали препарат барбариса по 1 таблетке 3 раза в день до всего срока лечения. По распространенности гнойно-воспалительный процесс у 37 больных занимал одну топографическую область. А у 23 - две и более.

Результаты исследования: Критерии оценки эффективности терапии в обеих группах; контрольная I - группа получала общепринятое лечение; II-основной группе в комплексе лечения применяли препарат барбариса, далее учитывалось сроки нормализации температуры общего состояния, параметров крови лейкоцитарного индекса интоксикации, неспецифической функции печени, а также сроки очищения и заживления операционной раны, число проведённых в клинике койко – дней. У больных II- группы, получавших комплексное лечение, послеоперационное течение было более благоприятным, а в процессе выздоровления существенно ускорялся. Так у них отмечалось более раннее выздоровление на 2-3 суток, чем у больных I-группы, исчезновение перификального отёка и инфильтрации мягких тканей вокруг раны, очищение раны от гнойно-некротических тканей [на 3-4 сутки чем 6-8 суток у больных I- группы], появления грануляций в ране [5-6 сутки чем 8-10 суток у больных I-группы], нормализация СОЭ на 6-7-е сутки, в то время как у больных I-группы, она оставалась повышенной до 10-14 суток. Индекс интоксикации нормализовался у больных II- группы к 7-суткам, а у больных I-группы этот показатель оставался выше нормы вплоть до выписки из стационара.

Положительный эффект использования барбариса в лечении одонтогенных воспалительных биохимические исследования. При применении данного метода быстрее ликвидировались: отёк и улучшение общего состояния больных у основной группы [IV], наступала значительно раньше, чем в контрольной группе [I]. Длительность пребывания

больных на стационарном лечении в основной группе и контрольной, составляли соответственно, 14,14±0,24; 19,1±0,42 [P<0,001].

Положительный эффект в лечении одонтогенных воспалительных процессов с барбарисом в лечении одонтогенных воспалительных процессов полностью подтверждает также проведенные нами биохимические исследования.

Выводы: Таким образом, полученные данные подтверждают о целесообразности включения препарата барбариса обыкновенного в комплексе лечения больных с одонтогенными острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области. Высокая эффективность препарата барбариса обыкновенного в комплексе лечения больных с одонтогенными острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области определялась в проведенных нами исследованиях в динамике лечения: общее недомогание, снижение аппетита, обложенность языка, периодические боли в области правого подреберья, рассасыванию гнойного процесса в короткие сроки. Это в свою очередь, привело к сокращению пребывания больных на стационарном лечении.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ИСОҚОВ З.Х., Умедов Х.А.

Студентка 405 группы лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель: улучшить результаты лечения повреждения паренхиматозных органов при закрытых травмах живота.

Материал и методы: Мы проанализировали лечение и исходы 220 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 2012 – 2022 гг. По механизму травмы пострадавшие распределились следующим образом: в 76 (34,5%) наблюдениях был нанесен удар в живот, в 88 (40,0%) – автодорожная травма, в 34 (15,5%) падение с высоты, в 24 (10,0%) – сдавление. По возрасту от 19 до 89 лет, среди них - 159 мужчин (72,0%) и 61 женщин (28,0%).

Результаты: Из 220 больных с закрытыми травмами живота оперировано у 131 (48,7%) с повреждениями печени и 89 селезенки. По локализации повреждение по классификации Moore были: печени I степени у 9 человек, II степени – 18, III степени – у 31, IV степени – у 11 и V степени у 3 пострадавших. Разрывы селезенки диагностированы I степени – у 6 больных, II степени – у 15, III степени – у 26, IV степени – у 10 и V степени – у 2 больных.

Из 131 оперированных больных у 20 человек с разрывами печени 4 и 5 степени по Moore et.al. кровотечение остановлено по «Damage Control».

У 30 больных с травмой печени (16) и селезенки (у 14) по классификации Moore I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 30 больных от 200 до 450 мл. Это гемодинамически стабильные больные. Этим больным при поступлении проведено компьютерная томография (КТ) и УЗИ. Больные были госпитализированы в реанимационное отделение, и за ними велось постоянное наблюдение за состоянием артериального давления, частоты пульса, Hb, Ht, контрольное УЗИ и при необходимости КТ. В результате у этих больных наступило выздоровление без оперативного лечения.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезенки.

Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической технике не было.

Использовали следующие способы остановки кровотечения из ран печени: ушивание раны, тампонада сальником на ножке, хирургическая обработка раны с последующим ее зашиванием. Во всех случаях область защиты раны печени дренировали хлорвинильной трубкой (0,8 см).

Выводы: Летальность среди больных с повреждениями паринхиматозных органов составило 0.9%.

ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ

ТОШҚУВАТОВА З.И., Ислоилов Н.К.

Студентка 216 группы лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель: Оценить роль современных технологий гемостаза при травме печени и селезенки.

Материал и методы: Мы проанализировали 34 пострадавших с сочетанной травмой, при которой ведущим было повреждение печени (27) и селезенки (7). Они сочетались с травмой черепа в 12 (37,5%), груди - в 11 (34,4%), таза и конечностей - в 8 (25,0%) случаев. Из них мужчин было 29 (85.3%), женщин - 5 (14.7%) средний возраст составил $29,5 \pm 1,4$ лет.

Всем больным при поступлении кроме клинического обследования выполняли УЗИ, КТ брюшной полости и других анатомических областей. В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери, гемодинамических показателей.

Результаты: При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 32 больных от 200 до 350 мл, а у 1 - более 1200 мл. Последнему была произведена эндохирургическая операция с благоприятным исходом. У 20 больных с повреждениями печени объем гемоперитонеума составили $355,5 \pm 10,0$ мл.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы. 12 больным - свежзамороженной плазмы по $350,80 \pm 55,8$ мл каждому пациенту, и 8 больным $250,5 \pm 40,0$ мл донорской эритроцитарной массы.

К 7 дню лечения при сонографии и КТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

При накоплении опыта были определены критерии консервативного лечения: 1) отсутствие признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения; 2) стабильные гемодинамические показатели (пульс, АД, ЦВД) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; 3) количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл (менее 10% ОЦК); 4) отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота.

Выводы: Применяемые методы консервативного адекватного гемостаза печени и селезенки были эффективны в 96,8% наблюдений. Лечебная лапароскопия может стать альтернативной лапаротомии, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезенки. Ослож-

нения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической техники не было.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ДИВЕРТИКУЛЯ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Зуфарханов А.М., Ходжаев Х.Б., Жураев Э.У.

Кровотечение из дивертикуля Меккеля является нередкое заболевание в детском возрасте. При кровотечении из язвы дивертикула Меккеля развивается довольно характерная клиническая картина, на основании которой можно поставить правильный дооперационный диагноз. Массивные кровотечения обычно возникают внезапно, среди полного благополучия. Вначале развивается признаки острой кровопотери: обморочные состояния, холодный пот, частый пульс, падение АД, снижение содержания гемоглобина в крови. Затем появляется стул, вначале обычного цвета и вида, а потом алая кровь со сгустками без примеси слизи.

В Наманганском филиале РНЦЭМП за период с 2010 по 2020 гг. наблюдали 18 детей с кровотечением из дивертикуля Меккеля. Из них 11 мальчиков и 7 девочек с подозрением на кровотечение из нижних отделов пищеварительного тракта.

В возрасте от 1 до 3 лет было 2: 4-7 лет – 6, 8 - 14 лет 10 детей.

В результате комплексного клиничко-лабораторного и инструментального обследования (УЗИ, рентгеноскопия, иррогоскопия, ректоромоноскопия и колоноскопия) у 2 больных выявлена инвагинация кишечника, причиной которой явились кровоточащий дивертикул Меккеля.

У 12 больным проведена ЭФГДС, с целью выявления источника кровотечения. Выполнена диагностическая лапароскопия у 9 детей, из них у 4 лапароскопическая дивертикулэктомия, у 5 была выполнена конверсионная лапаротомия, дивертикулэктомия Меккеля.

Таким образом, для диагностики и лечения кровотечений из дивертикуля Меккеля необходимо комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, а также диагностическую лапароскопию.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.Б. Хомиджонов, Н.И.Махмудов, Б.С. Усманов.,Насритдинов Ж.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Повреждения сосудов верхних конечностей относятся к категории наиболее тяжелых по интенсивности и скорости развивающихся последствий. Одним из серьезных осложнений сосудистых травм является тяжелый геморрагический шок.

Стремительный рост частоты травм верхних конечностей в последнее десятилетие непосредственно связан с автоматизацией производства учащением дорожно-транспортных происшествий и происшествий криминального характера.

За истекшие 18 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМ оперировано 810 больных с сосудистой травмой верхних конечностей. Мужчин было 540 (66.6%), женщин – 270 (33.3%), из них детей – 194 (23.9%). Средний возраст пострадавших составил 34 года.

Практически треть всех пострадавших поступила в тяжелом состоянии, обусловленном геморрагическим шоком 2-3 ст, потребовавшим проведения интенсивных мероприятий.

Сроки поступления больных колебались от нескольких минут до 27 часов с момента получения травм. С наложенным «артериальным» жгутом поступило 417 больных (51,4%), с неправильно наложенным «венозным» жгутом (чаще самодельным) и продолжающимся кровотечением доставлено 106 (13%), 92 (11,3%) пострадавших поступило с лигированными концами сосудов и после ПХО раны, 24 (2,9%) – с наложенными на сосуды кровоостанавливающими зажимами, 171 (21,1%) больных – с давящей повязкой на ране.

У 143 (17,6%) больных отмечена изолированная травма сосудов, у 584 (72,%) – повреждения сосудов сочетались с травмой нервных стволов и сухожилий, у 83 (10,2%) – диагностированы костно-сосудистые повреждения. У 623 (76,9%) пострадавших отмечено нарушения кровообращения в конечности.

Операция по восстановлению кровообращения являлась одним из средств противошоковой терапии, она проводилась наряду с другими методами борьбы с шоком. После тщательной хирургической обработки раны с иссечением краев кожи и нежизнеспособных мягких тканей приступали к восстановлению поврежденных сосудов. Боковой шов сосудов применили в 87 случаях, боковую аутовенозную заплату наложили в 38, циркулярный узловый шов был произведен на 517 артериях и 215 венах, аутовенозное шунтирование при больших дефектах между краями сосудов выполнили в 93 случаях. Лигатурные операции произведены в 75 случаях: у 27 больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, а также - у 48 пострадавших при повреждении артерий мелкого калибра без нарушения кровообращения в конечности.

Все операции выполнены с использованием операционной оптики, атравматичного шовного материала и пернициозной техники.

Осложнениями восстановительных операций на сосудах верхних конечностей явились: тромбозы сосудистых анастомозов у 33 (4,0%) больных, аррозивное кровотечение, в связи с прорезыванием сосуда в послеоперационном периоде – у 13 (1,6%), ложная аневризма - у 6 (0,7%), нагноение послеоперационной раны – у 25 (3,0%) пострадавших. При тромбозах анастомозов и аррозивных кровотечениях производилось реанастомозирование сосуда с иссечением участка анастомоза, при ложной аневризме – иссечение аневризмы с аутовенозным протезированием артерий. У 1-го больного с возникшей ишемической гангреной произвели ампутацию верхней конечности.

Из 810 пострадавших, получавших лечение по поводу травматических повреждений сосудов верхних конечностей, летальный исход наблюдался у 3 больных (0,3%).

Причиной смерти у 1-го больного был тяжелый геморрагический шок и позднее обращение в стационар с неправильно наложенным жгутом, у 1-го больной в связи с политравмой и тяжелой черепно-мозговой травмой. У 3-го больного причиной смерти явилась острая почечная недостаточность.

В связи с появлением и внедрением современных методов диагностики и новых оперативных приемов при сосудистых травмах верхних конечностей, частота ампутации конечностей существенно снизилась. Несмотря на это, ряд вопросов организационного и тактического плана при оказании помощи этой категории больных требует дальнейшего решения.

ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

Ибадов Р.А., У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Мирзабоев Г.Э., Хакимов И.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Поддиафрагмальные жидкостные скопления являются характерными осложнениями спленэктомии. Согласно литературным данным, частота их варьирует от 1,5 до 13%. Эти осложнения удлиняют сроки пребывания больных в стационаре, временную нетрудоспособность и отрицательно сказываются на исходах лечения. Цель. Выявить наиболее частые причины поддиафрагмальных скоплений жидкости, развивающихся после удаления селезенки, определить рациональный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.

Материал и методы. В условиях отделения хирургии РНЦЭМП Андижанский филиал за период с 2007 по 2022 годы спленэктомия была выполнена 304 пациентам. В группу вошли 143 больных с синдромом портальной гипертензии, 123 - с гематологическими заболеваниями, 24 - с очаговыми образованиями селезенки, в 14 случаях имели место другие показания к этому вмешательству. Регистрировались осложнения, развившиеся за период от начала операции до момента выписки из стационара. Средняя продолжительность наблюдения составила $16,8 \pm 9,2$ дней. Результаты и обсуждение. Всего было диагностировано 101 осложнение у 78 (25,7%) пациентов с общей летальностью 5,6%. Наиболее высокий уровень этих показателей (38,5% и 9,8% соответственно) имел место у больных с синдромом портальной гипертензии. Поддиафрагмальные жидкостные образования были выявлены в 9 случаях (3% от оперированных больных и 8,9% от всех послеоперационных осложнений). У 3 больных циррозом печени сформировались левосторонние поддиафрагмальные абсцессы, ассоциированные со свищами желудка, у 1 пациента с подпеченочной формой портальной гипертензии имела место инфицированная гематома ложа селезенки. У 3 больных с тромбоцитопенической пурпурой развился хвостовой панкреатит со скоплением жидкости в левом поддиафрагмальном пространстве, а у 1 пациента с анемией Минковского-Шофара диагностирована гематома той же локализации. В 1 случае после удаления селезенки по поводу кисты развился поддиафрагмальный абсцесс. Летальности среди этих больных не было. Диагностика осложнений базировалась на комплексном обследовании. Прежде всего, учитывались жалобы пациентов, нарастание воспалительного синдрома. У 6 пациентов рентгенологически имелись признаки левосторонних пневмонии и плеврита. Ультрасонография и компьютерная томография органов брюшной полости позволили визуализировать и подтвердить наличие патологического очага в поддиафрагмальном пространстве. В 8 случаях из 9 потребовались повторные вмешательства. Операции выполнялись в сроки 4 - 21 день после спленэктомии. 5 пациентам было проведено дренирование жидкостных скоплений под ультрасонографическим контролем чрезкожно по методике В.Г. Ившина. В 1 случае потребовалась постановка одновременно двух дренажей. У 1 пациента чрезкожное дренирование оказалось не адекватным, и санация гнойного очага проводилась через дополнительный разрез в левом подреберье. Аналогичная операция была выполнена в 2 случаях для эвакуации гематом и в 1 - для дренирования абсцесса левого поддиафрагмального пространства. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия и санация полостей антисептиками. Отсутствие отделяемого по трубке, остаточной полости и контрастирования желудка при контрольной фистулографии являлись показанием к удалению дренажей. Выводы. Наиболее частыми причинами развития поддиафрагмальных жидкостных образований

после удаления селезенки являются неадекватный гемостаз, травма хвоста поджелудочной железы, некроз и перфорация стенки желудка вследствие нарушения кровообращения. Комплексная оценка изменений клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования таких как: рентгенография органов грудной клетки, ультрасонография, компьютерная томография, рентгеноконтрастные методы, позволяет своевременно диагностировать этот вид осложнений и выявлять причины их развития. Малоинвазивные способы дренирования поддиафрагмальных жидкостных скоплений являются эффективным методом лечения этой группы больных.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЗИ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ И АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ибадов Р.А., Хакимов Д.М., У.Н.Бобаев.,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Цель исследования. Определить эффективность малоинвазивных вмешательств в лечении псевдокист (парапанкреатических скоплений жидкости) и абсцессов брюшной полости.

Материалы и методы. В период с 2019 года по май 2022 года в РНЦЭМП Андижанский филиал проведено 102 малоинвазивных вмешательства под УЗИ контролем. Результаты и обсуждение. У 22 пациентов диагностированы абсцессы печени, 13 пациентов послеоперационные абсцессы, 67 постнекротические кисты поджелудочной железы. Дренирование выполнялось с использованием дренажей типа "pig tail" 8-12 fr. Санация очагов выполнялась растворами антисептиков. У 19 пациентов с абсцессами печени, 60 пациентов с постнекротическими кистами и 13 пациентов с послеоперационными абсцессами достигнут положительный результат. 1 пациент с абсцессом печени умер в связи с прогрессированием ХПН на фоне ДГПЖ; 2 пациентам потребовалась лапаротомия (1 в связи с прогрессированием абсцесса, 1 в связи с самостоятельным извлечением пациенткой дренажа и поступлением гноя в правое поддиафрагмальное пространство). 7 пациентам с постнекротическими кистами в последующем потребовалась лапаро- либо люмботомия с некрсеквестрэктомией.

Выводы. Малоинвазивные вмешательства при лечении постнекротических кист, абсцессов печени, послеоперационных абсцессов являются малотравматичным и высокоэффективным методом в лечении данной патологии.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ

Ибрагимов Даврон Дастамович, Туйчиева Мукаддам Амировна
Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Узбекистан.

Введение. Заживление в лунке удаляемого зуба не всегда протекает гладко, есть высокая вероятность развития различных гнойно-инфекционных осложнений которые вызывают деформацию альвеолярного отростка челюсти. Применение в сочетании антисептических средств местно и препаратов ускоряющие реминерализацию кости в лунке зуба обеспечивает благоприятное местное воздействие на заживление лунки зуба после сложной операции удаление зубов на нижней и верхней челюсти.

В связи с выше изложенным, особое значение приобретает поиск современных антисептических препаратов обладающих высокими противовоспалительным, антибактериальными ранозаживляющими способностями и остеорегенераторных препаратов костообразующими свойствами актуальным считается в практике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Цель. Целью данной работы является повышение эффективности лечения больных с применением препаратов губки Стимул-ОСС и раствора бактезидима после выполнения сложной операции удаление зубов верхней и нижней челюсти.

Материал и методы. Обследовано 32 пациента в возрасте от 19 до 56 лет, обратившихся по поводу удаление зубов в области верхней и нижней челюсти. Больные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 17 (53,1%) пациентов, которым были проведены операции удалению зубов и традиционно было назначена противовоспалительных и болеутоляющих препаратов.

Вторую группу составили 15 (46,9%) пациентов, которым после удаления зубов была произведена местное применение антисептического раствора бактезидима неоднократное промывание лунки удаленного зуба замещение лунки остеогенного препарата стимул осс и сверху раны наложена PRF-мембрана, слизисто – надкостным лоскутом закрыли рану, наложили швы. Кроме того больным этой группы назначено антисептический раствор бактезидим для полоскания ротовой полости на следующий день после удаления зубов, в течении 5-и дней 5-6 раз сутки.

Результаты. Пациентам в первой группе из 17 пациентов 14 пациентов лунки удаляемых зубов верхней и нижней челюсти заживление происходило, без осложнений у 2-х наблюдался, осложнение по типу альвеолита и у одного пациента развивался острый периостит нижней челюсти серозного характера, который потребовалось назначить добавочно лекарственных средств.

Во второй группе из 15 пациентов, в отличии от первой группы больных осложнения по типу альвеолита и периостита не наблюдалось за счет использование препаратов бактезидима, губки Стимул-ОСС в сочетании PRF-мембраны лунки удаляемого зуба предотвращал уменьшение объема костной ткани челюсти и разрушение вышележащих мягких тканей.

Выводы. Больные, получавшие традиционной лечение удаление зубов в области верхней и нижней челюсти со временем в области лунки удаляемого зуба развивается деформация альвеолярного отростка. Который ведет функциональные недостатки, затрудняет возможность дальнейшего протезирования.

Операция удаление зубов с использованием препаратов бактезидима, губки Стимул-ОСС в сочетании PRF-мембраны является эффективной для устранения, дефектов и деформации челюстей которого обеспечивает возможность дальнейшего полноценного протезирование.

ФОНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА

Икромидинова Р.У., Мухитдинова М.С., Фарахиддинова М.Х.
Ташкентский стоматологический институт

Актуальность. Полные съемные конструкции остаются самым распространенным методом ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов. До последнего времени стоматологи-ортопеды не придавали большого значения фонетическому фактору

в повышении функциональной эффективности съемных конструкций, доверяя принципу Turner (1927): «Если протезы правильно изготовлены, произношение больного автоматически восстанавливается». Как свидетельствуют данные В.П. Чикора (2006), Н.В. Калинина (1990), у многих пациентов после рационального ортопедического лечения полного отсутствия зубов произношение действительно нормализуется в срок от одной недели до одного месяца, благодаря большим адаптационным возможностям органов ротовой полости, в первую очередь - языка.

Незначительных, на первый взгляд, нарушений произношения отдельных фонем врачи, как правило, не замечают, так как они слабо проявляются при обычном разговоре, но становятся заметными при громком отчетливом произношении (Н.В. Калинина, В.А. Загорский; 1990).

Повысить эффективность ортопедического лечения в фонетическом плане можно лишь при условии конструирования протеза с учетом закономерностей речевой артикуляции. Если жевательную функцию можно проверить только после фиксации полного съемного протеза, то качество произношения звуков можно проверять на этапах его изготовления. Для успешного лечения больных полными съемными пластиночными протезами нами предложено проверять и корректировать произношение на клинических этапах изготовления протеза.

Есть рекомендации по фонетическому контролю и коррекции уже готовых съемных конструкций, но не по функционально направленному их построению. При ортопедическом лечении полными съемными пластиночными протезами не всегда учитываются индивидуальные клинико-физиологические особенности протезного ложа и ротовой полости, тем самым нарушается принцип индивидуального лечения полного отсутствия зубов.

Врач стоматолог-ортопед не может заранее определить, у кого из пациентов следует ожидать полноценного восстановления голосовой функции после ортопедического лечения полного отсутствия зубов, а у кого возникнет шепелявость или другие изменения произношения звуков. Ведь правильное словообразование и произношение в связи с фиксацией полного съемного пластиночного протеза зависит не только от постановки зубов, но и от толщины и рельефа вестибулярной и оральной поверхностей базиса протеза, межальвеолярной высоты, фиксации и стабилизации протеза.

Цель. Повышение качества изготовления полных съёмных протезов, с учётом фонетики. Изменение стандартных протоколов по изготовлению полносъёмных протезов в зависимости от клинической ситуации.

Для объективной оценки качества полных съемных протезов оптимальной конструкции с точки зрения восстановления речевой функции, применялся осциллографический и сонографический анализ полученного от пациентов речевого материала с помощью специализированных компьютерных программ. Для осциллографического анализа были взяты наиболее типичные выборки, стопроцентно идентифицированные аудитором. Измерения длительностей отдельных звуков подтвердили перцептивные наблюдения аудиторов, выделивших значительную группу отклонений, связанных с нарушением шумного характера согласных [л], [л'] в сочетаниях [дл], [тл] и [дл], [тл] у пациентов, использовавших ранее изготовленные протезы различных типов. Характерным является также наличие гласной вставки, нарушающей слитность этих сочетаний и временную структуру слова. Происходит это из-за того, что кончик языка поднимается и упирается в верхние зубы вместо того, чтобы быть опущенным вниз и большей частью находиться у краев нижних зубов. Вызвано это либо продвинутостью назад верхних передних зубов, либо слишком крутым углом между альвеолами и верхними зубами.

Ниже показаны примеры осциллограмм ненормативного произнесения начальной фазы фаукального [т л] и [д л] в словах «длить», «тлеть». Осциллограмма начальной фазы произнесения слова «тлеть» пациентом группы 3 после установки мостовидного протеза оптимальной конструкции. Для сравнения приводится пример осциллограммы начальной фазы произнесения слова «тлеть» диктором с интактными зубными рядами и ортогнатическим типом прикуса (рис.34).

При аудитивном анализе речи пациентов с ранее изготовленными протезами группы 1 было отмечено, что звуки /с, с, з/ произносятся как плоскощелевые «шепелявые» межзубные: кончик языка упирается в заднюю сторону верхних зубов вместо нижних зубов, приближаясь к разным частям твердого нёба вместо приближения к верхним зубам. Такого рода искажения звуков речи подтвердились и результатами акустического анализа записанного речевого материала. Для пациентов первой группы, анализ спектров, реализованных «свистящих» согласных показал наличие в них спектральных признаков «шипящих» согласных. «Шипение» у согласного /ш/ образуется в результате сливания двух фокусов (первого - щели, образуемой подъемом передней части языка, и второго - щели, образуемой подъемом, задней части языка), в результате чего получается увеличение щели и происходят усиленный шум трения. Этому соответствует более широкая полоса частот в спектре звуков /с, с, з/. На рис.35 представлена сонограмма двух реализаций слова «трос» пациентом с мостовидным протезом группы 1, на которых звук /с/ занимает частотную полосу 0,5-10 кГц, более близкую к спектру звука /ш/. Use} 0.800 т р

Аудитивный анализ фонограмм, полученных при записи речи пациентов после ортопедического лечения, показал более «чистое», не «шепелявое» произнесение, что подтвердили и результаты инструментального акустического анализа.

Сонограмма двух реализаций слова «трос» пациентом с пластмассовым (1) и изготовленными в ГОС МГМСУ. Сонограмма (рис.36) реализаций слова «трос» тем же пациентом на промежуточном этапе и после ортопедического лечения показывает сужение спектра звука /с/ и смещение его в сторону высоких частот, что соответствует норме произношения.

Аудитивный анализ речи, записанной пациентом с ранее установленным протезом группы 2 (рис.26), выявил наличие сильной смычки, и следовательно, сильного взрыва при произнесении звуков /ф, ф, в, в/: края зубов касаются внутренней стороны нижней губы очень низко. Произнесение приближается к смычным согласным, в то время как соответствующие «нормативные» русские звуки имеют слабую смычку, а вследствие этого и нечеткий взрыв. Это отчетливо наблюдается на сонограмме слова «втереть»

Закключение. Контроль и коррекция речевой функции пациента на разных этапах адаптации позволяет повысить качество ортопедического лечения полными съемными протезами.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРОПРОКТИТА

ТАЖИЕВ И.М., Нормамтов Б.П.

Студент 401 группы 2-го лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования: Совершенствование лечебной тактики при лечении острого анаэробного паропроктита (ОАП).

Материал и методы исследования. В исследование включены 140 пациентов с ОАП, находившихся на лечении в отделении проктологии в период 2010-2021гг. Мужчин было 100 (71,4%), женщин - 40 (28,6%). Возраст больных колебался от 20 до 89 (в

среднем $57,1 \pm 3,9$) лет. Все пациентам выполняли клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, бактериологическое и морфологическое исследования поражённых участков параректальной клетчатки. Для определения границ некроза тканей во время операции также использован метод лазерной доплеровской флоуметрии. Хирургическое вмешательство заключалось в обширном некрэктомии. Операция отключения каловой струи выполнена в 1 (0,7%) наблюдении. После операции перевязки выполняли несколько раз в сутки, не менее 4 раз. Вновь возникшие очаги некроза в сроки 3 дней после операции были выявлены у 129 (92,1%) пациентов: их иссекали при перевязках. У 6 (4,2%) пациентов на фоне продолжающегося сепсиса на 3-4 дни после основной операции были выявлены и вскрыты дополнительные затёки в параректальной клетчатке, на передней брюшной стенке и на бедре. У 49 (41,5%) больных были наложены ранние вторичные швы с использованием местных тканей, причем после этих операций отмечено всего одно нагноение раны. Разработан метод лечения послеоперационных ран при ОАП в условиях управляемой абактериальной среды.

Результаты исследования. «Молниеносная форма ОАП имела место у 2 (1,4%) больных, острая форма – у 129 (92,2%), подострая – у 9 (6,4%). Состояние средней тяжести при поступлении было диагностировано у 77 (55,0%) пациентов, тяжелое – 39 (27,8), крайне тяжелое – 24 (17,2). Выявлена прямая связь между тяжестью состояния больных и сроками их госпитализации. В зависимости от характера возбудителя выделены клостридиальный, неклостридиальный и гнилостный ОАП. Отмечено снижение уровня летальности с 37,5 до 15,7% по мере совершенствования лечебной тактики. Отдаленные результаты прослежены у 102 (84,6%) больных, у 11 (10,8%) – сформировались экстрасфинктерные свищи прямой кишки.

Выводы. Успех лечения ОАП зависит от ранней диагностики раннего выполнения неотложной операции с необходимой и достаточной некрэктомией, проведением адекватной антибактериальной, детоксикационной и интенсивной терапии.

ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДИФИЦИТНОМ АНЕМИИ

Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.
Андижанский медицинский государственный институт

Актуальность: Изучение морфологической структуры желудка после резекция на фоне железодифецитном анемии остается актуальным. Учитывая этим согласно Маастрихтскому консенсусу V и Киотским протоколам и рекомендациям ВОЗ инфекция *Helicobacter pylori* является канцерогеном первого уровня для некардиального рака желудка при НР. Своевременная эрадикационная терапия (ЭТ) с целью первичной канцерпервенции способствует регрессии каскада атрофических, мета- и диспластических процессов в слизистой оболочке желудка.

Целью исследования: морфологическая оценка состояния слизистой оболочки желудка после резекция с железодифецитном анемии у больных с НР до и через 1 год после проведения ЭТ.

Материалы и методы: было обследовано 78 больных с верифицированным НР. Диагностику НР проводили методом прямого быстрого уреазного теста и непрямым дыхательным C^{14} уреазным тестом. Оценку морфологического состояния СОЖ определяли интегральными показателями по системе OLGA.

Результаты: Морфологические исследования по системе OLGA у больных желудка после резекция на фоне железодифецитном анемии показали, что у 32 (40%)

больных желудка после резекция на фоне железодифцитном анеми в СОЖ не были отмечены морфологические изменения. У 19 (25%) больных была отмечено легкая атрофия СОЖ I степени. У 18 больных была отмечена средняя атрофия СОЖ II степени. У 9 больных выявилась тяжелая атрофия СОЖ III степени с наличием очагов метаплазии. Всем больным была проведена антианемической терапии и ЭТ с использованием ингибиторов протонной помпы, амоксицилина, кларитромицина и висмута трикала децитрата в течение 10 дней. Успешная эрадикация НР была достигнута у 71 (90%) больных. Отсутствие эрадикации отмечалось у 8 больных, из которых у 3 пациентов было атрофия СОЖ III степени. Проведенные повторные морфологические исследования по системе OLGA через один год показали следующие результаты: неатрофический гастрит у 41 (51,5%) больных, атрофический гастрит I степени у 16 (22, 5%) больных, атрофический гастрит II степени у 13(15, 5%) больных и атрофический гастрит III степени у 8 (10, 5%) больных. Следовательно, ранее проведение ЭТ с антианемической терапии способствует обратному развитию атрофических процессов в СОЖ у больных с НР и восстановлению нормальной картины СОЖ. Однако, у больных с тяжелой степенью атрофии СОЖ желудка с наличием очагов метаплазии эффективность ЭТ с антианемической терапии составляет всего 50% и в течение одного года обратного восстановления картины СОЖ не наблюдается.

Выводы: Ранее выявление и лечение больных с НР- после резекций желудка с железодифцитном анемии при первичной канцерпервенции с большей степенью вероятности позволяет предотвратить формирование некардиальной аденокарциномы желудка. Больным с тяжелой степенью атрофии СОЖ III степени с метаплазией СОЖ должен проводиться мониторинг НР инфекции с проведением ЭТ с антианемической терапии второй линии и диспансерный учет с эзофагогастроуденоскопией и морфологическим контролем состояния СОЖ ежегодно.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРТНОЙ КИШКИ С ЖЕЛЕЗОДИФЦИТНОЕ АНЕМИЕЙ

Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки одной из наиболее важных тенденций современной терапии является обоснование, наряду с клиническими и социальными факторами, на этом фоне учитываемые сопутствующих патологии непосредственно усугубляющей данной патологии является актуальным проблемой. С этих позиций требует своего решения задача комплексной интегральной оценки оптимального соотношения цены лекарственных препаратов и их эффективности.

Экономические аспекты проблемы язвенной болезни не исчерпываются изучением только клинических и экономических преимуществ различных лекарственных препаратов и схем лекарственной терапии, но и требуют изучения всего комплекса средств медицинского воздействия на пациентов, то есть оценки медико-экономической эффективности лечебного процесса.

Цель исследования. Оптимизация лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с железодифцитной анемией на основе сравнительного анализа эффективности используемых эрадикационных и антианемических препаратов с точки зрения фармакоэкономики.

Материалы и методы исследования. Представлены материалы исследования 122 больных - 68 мужчин и 54 женщин в возрасте от 23 до 62 лет. Средний возраст всех

пациентов составил $39,07 \pm 5,14$ лет.

Результаты исследования. *Helicobacter pylori* при первичном обследовании был обнаружен у 112 больных (92,8%), что соответствует данным большинства авторов, однако некоторые исследователи отмечают распространённость *H.pylori* на уровне 100%. Железодефицитное анемия отмечено у 89 больных

При анализе показателей эрадикации и рубцевания оказалось, что начало рубцевание через 2 недели наступило у всех больных, пролеченных по схеме ОАК, что соответствует мировым данным о максимальной эффективности применения данной терапии. При применении других схем лечения ЯБДК рубцевание через 2 недели наступало достоверно реже (при сравнении: с ОАМ $p=0,017$; с ОКМ $p=0,008$; с ФАМ $p=0,001$; с ДАМ $p=0,001$; с ОАзФр $p=0,046$). Причиной данной высокой эффективности, очевидно является не только высокий уровень чувствительности *Helicobacter pylori* в кларитромицину и низкий - к метронидазолу, но и использование в схеме ИПП, что по данным литературы в сравнении с H_2 -гистаминовыми антагонистами даёт более выраженный репаративный эффект. Это предположение подтверждается тем, что наименьшая частота рубцевания отмечалась при отказе от использования в схеме омепразола. При приеме этого препарата рубцевание через 2 недели наступало достоверно чаще (в 92,1% случаев, $n=82$), чем без использования ингибиторов протонной помпы (ИПП) (в 68,4% случаев, $n=35$, $p=0,001$). Кроме того, по этому показателю отмечались достоверные различия между группой больных, применявших монотерапию омепразолом, и пациентами, использовавшими схемы ФАМ ($p=0,041$) и ДАМ ($p=0,049$).

Схема ОАК была наиболее эффективна и по частоте эрадикации (при сравнении: с ОАМ $p=0,017$, с ОАзФр $p=0,024$; с остальными схемами $p<0,01$). Только при этой схеме эрадикация достигалась более чем в 80% случаев. Остальные схемы антихеликобактерной терапии по эффективности достоверно между собой не различались (только схемы ОАМ и ОАзФр были более эффективны, чем схема ДАМ, $p<0,05$). Объяснение этому факту, по-видимому, необходимо искать в различном уровне резистентности *Helicobacter pylori* к антибиотикам. Низкая эффективность схемы ДАМ была, по-видимому, связана с недостаточным угнетением желудочной секреции производными висмута, составляющими основу Денола.

При проведении сравнения схем, содержащих метронидазол, и схем безданного антибактериального препарата, оказалось, что в группе с метронидазолом ($n=83$) степень эрадикации находилась на уровне 56,6% и была достоверно ниже ($p<0,01$), чем антибактериальная эффективность комбинаций других антибиотиков ($n=41$), где она достигала 87,8%. При анализе влияния различных факторов на эффективность антибактериальной терапии оказалось, что курение, пол, возраст, род занятий, наследственный фактор и длительность язвенного анамнеза воздействия не оказывают.

Таким образом, было выявлено, что на показатель сочетание эрадикации оказывает влияние только выбор антибиотиков в эрадикационной схеме. То есть максимальный эффект будет при использовании антианемической терапия и ИПП в комбинации с кларитромицином и амоксициллином.

При анализе влияния факторов риска ЯБ начала на рубцевание в ранние сроки (через 2 недели после начала лечения) было выявлено, что достоверно больше частота рубцевания была в группе некурящих пациентов. Замедление заживления дефекта можно объяснить повреждающим воздействием на состояние СОЖ токсических агентов, поступивших в организм. Согласно современным данным, риск развития язвенной болезни увеличивается под влиянием курения.

Вывод. В завершении подведения итогов работы следует предположить, что её результаты могут способствовать расширению представлений о современных методах комплексного подхода к особенностям ЯБ, предусматривающего анализ не только

клинических, но и фармакоэкономических аспектов заболевания.

МОНОЛАТЕРАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ПРИ ВТОРИЧНЫХ СТЕНОЗАХ.

Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи.

Актуальность: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника в настоящее время является одной из наиболее часто встречаемых патологий. Патология характеризуется болями в поясничном отделе позвоночника, ограничением активных движений, что приводит к снижению трудоспособности. Патология часто встречается у лиц молодого и трудоспособного возраста – 25 – 45 лет. Постоянное механическое раздражение желтой связки приводит к гипертрофии, развитию вторичного стеноза позвоночного канала и сдавлению корешков спинного мозга.

Цель работы: внедрение в практику и изучение результатов реконструктивных операций при вторичных стенозах позвоночного канала.

Материал и методы: В нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП проведено обследование и хирургическое лечение 65 больных с вторичными стенозами поясничного отдела позвоночного канала. Мужчин 43 (66,1 %) и женщин 22 (33,9 %) больных. Возраст больных от 40 до 65 лет. Причинами обращения были клинические проявления диско-радикулярного конфликта. Наиболее частая локализация дегенеративного патологического процесса были уровни L4-L5, L5-S1 – 48 (73,8 %) и L3-L4 – 17 (26,2 %) больных.

Всем больным проведена моноклатеральная гемиламинэктомия (ГЛЭ) на уровне дегенеративного процесса, при которых удалялась гипертрофированная желтая связка, выполнялась дискэктомия и фораминомия компремированного корешка.

Результаты и обсуждение: Моноклатеральная ГЛЭ позволила сократить время операции до 40 – 45 минут, уменьшить объем кровопотери. В послеоперационном периоде отмечен полный регресс неврологической симптоматики. Больные активизированы на 2 сутки после операции. Сроки стационарного лечения составил 5 – 7 суток.

Выводы: Таким образом, моноклатеральная реконструкция позвоночного канала позволяет устранить факторы стеноза позвоночного канала вызывающие компрессию нервных структур.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ТРАВМЫ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р, Исаков К.Б,
Иброхимов М.М.
Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи.

Материал и методы: проведено хирургическое лечение 72 больных с повреждением груднопоясничного отдела позвоночника (47 мужчин и 15 женщин). Возраст больных от 19 до 45 лет. При МСКТ исследовании выявлены признаки нестабильного

перелома. Компрессия позвонков соответствовало II и III степени. По шкале Deniss повреждение двух и более опорных структур встречался у 35 больных.

Оперативное вмешательство заключалось в производстве ламинэктомии, ревизии позвоночного канала с устранением компрессирующих факторов, менингомиелорадикулолиза и как завершающий этап операции стабилизация транспедикулярными фиксаторами.

Результаты и их обсуждение: Оценка результатов проводилась по трем основным критериям: динамика и выраженность болевого синдрома, регресс неврологической симптоматики, зависимость пациентов от анальгетиков. В наших наблюдениях хорошие и удовлетворительные результаты получены у 67 (88,1 %) больных и неудовлетворительные результаты у 5 (11,9 %) больных. Из них у 3 больных во время операции выявлена картина тяжелого ушиба спинного мозга и у 2 больных картина анатомического перерыва.

Выводы: 1. Признаки нестабильности поврежденного сегмента позвоночника являются показанием к хирургическому вмешательству.

2. Неврологические нарушения являются показанием к ревизии позвоночного канала и спинного мозга.

3. Наиболее надежная и жесткая фиксация достигается при использовании транспедикулярных фиксаторов.

ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТЕЛ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р, Исаков К.Б, Хакимов М.Н.

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

В последнее время в хирургическую практику лечения вторичных поражений тел позвонков внедряются новые методы с использованием различных трансплантатов, одним из которых является производные полиметилметакрилата – «костный цемент».

Цель работы – определить клиническое значение использования костного цемента в плане комплексного лечения вторичных поражений позвоночника.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 9 больных с вторичными поражениями тел позвонков (7 женщин и 2 мужчин). Возраст больных от 35 до 50 лет. Уровень поражения позвоночника – Тn8 – Тn10 – 4 больных, Тn12 – 2 больных, L1 – 1 больной и L5 – 2 больных.

В плане предоперационной подготовки проводилось клиничко-неврологическое обследование больных, рентгенологический метод и МРТ исследование.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде из 9 оперированных больных у 6 отмечено полное исчезновение болевого синдрома, у 2 больных они значительно уменьшились и только у 1 больного боли остались на дооперационном уровне. Регресс неврологических нарушений в ближайшем послеоперационном периоде отмечено у 5 больных.

Выводы: Таким образом, использование костного цемента с целью повышения опороспособности пораженных позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника позволяет активизацию больных в более ранние сроки после операции и является профилактикой прогрессирования последствий вторичных поражений.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ И ЕГО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Исаков К.Б., Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Р., Хакимжонов Ш.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Одним из осложнений травм позвоночника является смещение тел позвонков, возникающее при значительном повреждении связок обеспечивающее стабильность поврежденного сегмента. Такие виды повреждений чаще встречаются в переходных отделах позвоночника – грудно-поясничном и пояснично-крестцовом отделах.

Цель исследования: выбор оптимального способа, дающего восстановление опороспособности поврежденного сегмента позвоночника.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 67 больных с травмой позвоночника, которым было проведено хирургическое лечение в 2018 – 2020 годах. Из них 44 (65,6 %) мужчины и 23 (34,3 %) женщины. По результатам КТ и МРТ исследования картина посттравматического спондилолистеза выявлено у 29 (43,2 %) больных, на уровне Th 11-Th12-L1 позвонков у 12 (17,9 %) и L5-S1 у 17 (25,3 %) больных. Смещение позвонков соответствовало II – III степени. Проведено оперативное лечение, которое завершалось стабилизацией поврежденного сегмента позвоночника транспедикулярными фиксаторами.

Результаты и их обсуждение: Восстановление утраченных функций спинного мозга наблюдали у 21 (72,4 %) больного, у 8 (27,5 %) больных двигательные и чувствительные нарушения остались на прежнем уровне.

Выводы: Таким образом, 1 применение транспедикулярных фиксаторов обеспечивают более полноценную редукцию смещенного тела позвонка:

2 жесткую и стабильную фиксацию позвонка обеспечивают ТПФ системы.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ И СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЁННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

Исаков П.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

Введение. Хирургическое лечение послеоперационных грыж передней брюшной стенки во все времена отличалось не только выбором способа пластики, но и тактическим подходами предоперационной подготовки и обследованием, интраоперационной интерпретацией состояния грыжевых ворот, способа выбранной герниопластики, и поэтому эта проблема до настоящего времени сохраняет свою актуальность. Все профилактические мероприятия должны быть комплексно направлены на три момента хирургической операции, которые Всемирная организация здравоохранения резюмирует как предоперационные, интра- и послеоперационные меры.

Цель. улучшение результатов хирургического лечения ущемленных вентральных грыж путем совершенствования тактико-технических подходов к профилактике развития послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Было произведено обследование больных с вентральными грыжами, осложненными ущемлением, пролеченных в хирургических отделениях.

Результаты. Значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую важность, которые вносят

существенный вклад в совершенствование методов профилактики развития осложнений путем изучения микробиологических особенностей бактериальной контаминации при вмешательствах по поводу ущемленных вентральных грыж с уточнением причинно-следственных связей развития раневых осложнений после аллогерниопластики.

Выводы. Совершенствование методов профилактики развития раневых и системных осложнений после аллогерниопластики обеспечило более существенное улучшение показателей качества жизни, определенных в течение 1-6 месяцев после операции по специальному опроснику «SF-36 HealthStatusSurvey», с ростом уровня физического компонента здоровья с $62,5 \pm 0,6$ до $71,3 \pm 0,5$ баллов ($p < 0,001$) и психологического компонента с $64,4 \pm 0,6$ до $70,6 \pm 0,6$ баллов ($p < 0,001$), что в целом было обусловлено более качественной программой реабилитации со снижением риска развития отдаленных специфических местных осложнений с 10,8% до 4,3%.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ И СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Исаков П.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

Введения. Грыжи передней брюшной стенки и, в частности, средней локализации, профилактика их возникновения и разработка рациональных способов лечения несмотря на большое количество публикации, по-прежнему представляют актуальную проблему в хирургии. За последние годы были достигнуты определённые успехи как в лечении, так и в диагностике пациентов с грыжами передней брюшной стенки. В современной хирургической практике операции по поводу вентральных грыж относятся к одним из наиболее частых вмешательств. При этом, несмотря на достижения в хирургической технике и протезных технологиях, по-прежнему, сохраняется актуальность проблемы снижения риска развития раневой инфекции

Цель. улучшение результатов хирургического лечения ущемленных вентральных грыж путем совершенствования тактико-технических подходов к профилактике развития послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные, микробиологические и статистические методы.

Результаты. определена в динамике чувствительность штаммов бактерий, высеянных из операционной раны при выполнении аллогерниопластики по поводу ущемленных вентральных грыж и дифференцирована оптимальная схема периоперационной антибактериальной терапии; предложен способ профилактики развития раневых осложнений после аллогерниопластики в условиях ургентной хирургии, позволивший улучшить результаты операций, сократить период госпитализации и сроки послеоперационной реабилитации;

Выводы. Профилактика развития раневых осложнений после аллогерниопластики по поводу ущемленных вентральных грыж должна осуществляться периоперационно, так как изучение качественного и количественного состава бактериальной контаминации после этапа протезирования показало отсутствие роста колоний только у 32,4% больных, в 11,8% случаев высеяна монокультура, а у остальных 55,9% пациентов - различные микробные ассоциации.

ТЕХНИКА ВЫВОРАЧИВАНИЯ ПАЛЬЦА ХИРУРГИЧЕСКИХ ПЕРЧАТОК ДЛЯ ЭВАКУАЦИИ АППЕНДИКСА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ

Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Махрамов У.Т., Шомуродов Х.А.
Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Ключевые слова: лапароскопическая аппендэктомия, эвакуация макропрепаратов при лапароскопии, палец-Endobag.

Актуальность. Последним этапом операции при лапароскопии, является экстракция макропрепарата из брюшной полости. При лапароскопии безопасное и “чистое” извлечение тканей из брюшной полости является важным этапом операции (Malhotra L, Pontarelli), так как в отличие от традиционной хирургии, когда макропрепарат удаляется через операционную рану размером 5-8 см и выше, при лапароскопии приходится удалять макропрепараты через лапаропорты диаметром не превышающим 10 мм. В роли Endobag использовались модифицированные самодельные, стерильные, одноразовые хирургические перчатки из латекса. Данная техника использовалась преимущественно при лапароскопической аппендэктомии.

Цель этой работы - рассмотреть эффективность техники выворачивания пальца перчатки при экстракции аппендикса.

Техника выполнения. Нами использовались стерильные, одноразовые, неопудренные латексные перчатки размера №8. При этом вырезался средний палец перчатки у его основания. На верхушке пальца делались два отверстия для проведения через них бранш лапароскопических зажимов. В роли зажимов использовались преимущественно лапароскопические зажимы по типу Allis либо Babcock-Allis диаметром 5 мм. На лапароскопический зажим Allis 5мм надевался палец, раздвинутые бранши инструмента проводились через соответствующие отверстия на верхушке пальца. Таким образом при закрытии бранш зажима, одновременно с захватом макропрепарата, инструментом фиксировался и палец перчатки. В целях предотвращения утечки газа палец обмачивался в 0.9% растворе натрия хлорида и вводился в брюшную полость через лапаропорт диаметром 10 мм посредством адаптера 10мм/5мм. После аппендэктомии зажимом Allis хватали аппендикс у его основания. Затем производили выворачивание пальца над отростком. Для экстракции в основном использовался лапаропорт в левой подвздошной области. Во всех случаях эвакуация макропрепарата проводилась успешно, без контаминации окружающих тканей.

Результаты. Данная техника использовалась в основном при лапароскопической аппендэктомии. При правильном использовании этой техники предотвращается излияние содержимого аппендикса в брюшную полость, предотвращается контаминация окружающих тканей, снижается риск нагноения на месте лапаропорта. Учитывая то факт, что порой время затраченное для экстракции макропрепарата при несоответствии диаметров удаляемой ткани и лапаропорта без специальных систем для эвакуации составляет иногда до 5-10 минут (напр. при наличии ожирения, технических сложностей), преимуществом данного метода является не только “чистая” и безопасная эвакуация, но и быстрота выполнения.

Выводы. При должном оттачивании данной техники затрачивается менее одной минуты на процедуру эвакуации макропрепарата: проведение захвата основания аппендикса, выворачивания пальца и экстракции макропрепарата из брюшной полости. На рынке предложено много различных видов контейнеров для эвакуации макропрепаратов. Примером может служить endobag от фирмы Covidien. С учётом того, что использование

данного Endobag от фирмы Covidien увеличивает себестоимость лапароскопической операции мы разработали легкий и малозатратный метод эвакуации макропрепаратов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ

Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Махрамов У.Т., Шомуродов Х.А., Самаркандский государственный медицинский университет Самаркандский филиал РНЦЭМП

Ключевые слова: осложнённый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, традиционная аппендэктомия, экстракция макропрепарата при лапароскопии.

Актуальность. С середины 2023 года в Республике Узбекистан происходит трансформация организации экстренной медицинской помощи населению. Одной из целей этой трансформации является оснащение крупных государственных и районных медицинских центров эндоскопическими стойками Karl Storz, благодаря которым в нашей хирургической практике начинает увеличиваться соотношение лапароскопических и торакокопических операций. Аппендэктомия же в свою очередь является самой частой операцией в хирургической практике. И в условиях отсутствия точных рекомендаций по оперативной тактике при обнаружении перфорации аппендикса мы решили сравнить результаты лечения пациентов с перфорированным аппендиксом при выполнении аппендэктомии лапароскопическим и традиционным путём. Лапароскопическая аппендэктомия, несомненно является методом выбора при неосложнённых формах аппендицита. В данной работе мы сравним лапароскопическую и традиционную аппендэктомию при наличии перфорированного аппендикса по таким параметрам как частота послеоперационных осложнений, среднее время потраченное на операцию и длительность пребывания пациентов в больнице.

Материалы и методы. Ретроспективное рандомизированное исследование проводилось на базе межрайонного центра политравмы и сосудистых заболеваний Булунгурского района Самаркандской области и на базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Самарканд, Республика Узбекистан, в период с января 2022 года до марта 2023 года, путем рандомизированного назначения лапароскопической или традиционной аппендэктомии 420 пациентам. Возраст пациентов варьировал в пределах от 19 до 65 лет. При лапароскопической аппендэктомии в конце операции проводилась ирригация брюшной полости раствором декасана с последующим дренированием брюшной полости. При традиционной аппендэктомии операция заканчивалась дренированием брюшной полости. 240 пациентам была проведена лапароскопическая аппендэктомия, 180 пациентам провели традиционную аппендэктомию. Группы были схожи по клиникопатологическим характеристикам.

Результаты и обсуждение. Количество койко дней у пациентов с традиционной аппендэктомией незначительно превышало чем у пациентов с лапароскопической аппендэктомией (5 койко-дней при открытой, 6 койко-дней при лапароскопической). Усредненное время операции при лапароскопической и открытой аппендэктомии составляло 55.98 ± 2.99 минут и 70.02 ± 2.88 минут соответственно. В группе пациентов с лапароскопической аппендэктомией было три случая (1.25%) конверсии, когда операцию не удалось продолжить лапароскопически из за технических трудностей в ходе операции. Частота нагноения послеоперационных ран была выше у пациентов с традиционной аппендэктомией чем у пациентов с лапароскопической аппендэктомией, а именно при лапароскопической аппендэктомии нагноение послеоперационной раны наблюдалось в 2

случаях (0.83%), при традиционной аппендэктомии нагноение раны встречалось у 17 пациентов (9.44%). Смертельных исходов не наблюдалось.

Вывод. Лапароскопическая аппендэктомия по сравнению с традиционной аппендэктомией при наличии перфорации аппендикса обеспечивает уменьшение частоты нагноения послеоперационной раны, уменьшение количества койко дней, и связаны с меньшей продолжительностью операции.

ОСТРАЯ ФАЗА ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Актуальность. В настоящее время проблема лечения больных сахарным диабетом (СД) приобретает все большую актуальность (этим заболеванием страдает более 6% населения развитых стран), увеличиваясь каждые 10-15 лет вдвое. Увеличение продолжительности жизни больных СД ведет к появлению поздних осложнений этого заболевания (ангиопатии, полинейропатии, нефропатии, ретинопатии). Среди больных СД в возрасте 34-75 лет поражение нижних конечностей встречается в 55% случаев в виде синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы: Проанализированы истории заболевания 40 пациентов с остеоартропатией Шарко, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии в 2020-2022 гг., которым с острой фазой остеоартропатии Шарко. Диагностика остеоартропатии основывалась на результатах рентгенологического и гистологического исследований. Диагностика нейропатии – на оценке снижения уровней тактильной, болевой, температурной и вибрационной чувствительности стоп. Макроангиопатия диагностировалась при отсутствии пульсации на уровне голеностопного сустава и тыльной артерии стопы. В этом случае изменения кровотока в магистральных артериях уточняли по результатам ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) (аппараты «Logic P5», «AcusonX-500»), в ряде случаев использовали мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) (аппарат «Siemens Somatom Emotion 6») и селективную ангиографию сосудов нижних конечностей (аппарат «Philips Allura Xper FD20»).

Результаты: Для сравнения происходящих изменений в кровообращении нижней конечности на фоне острой фазы остеоартропатии нами были выполнены ультразвуковые исследования артерий нижних конечностей и у 5 пациентов с нейропатической формой СДС. Во всех случаях по результатам ультразвукового исследования определялся магистральный кровоток в артериях нижних конечностей. У одного из пациентов с острой фазой СШ на фоне нейропатической формы СДС была выполнена компьютерная томография артерий нижних конечностей. По результатам МСКТ на стороне поражения отмечено еще более выраженное артериовенозное шунтирование в мягких тканях, при этом в дистальных отделах конечности дифференцировать друг от друга артериальные и венозные сосуды не представляется возможным. На другой конечности у того же пациента по данным МСКТ четко визуализировалось окклюзионное поражение ЗББА, контрастирования венозного русла не отмечено.

Заключение. Теории возникновения и развития остеоартропатии Шарко и в настоящее время являются предметом обсуждения. Значение сосудистого компонента в возникновении и течении заболевания требует дальнейшего целенаправленного изучения как для уточнения сути происходящих патологических изменений в конечности на

стороне поражения, так и для определения тактики лечения этого тяжелого заболевания и его осложнений.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ГИСТОЛОГИЯ «СТОПЫ ШАРКО»

Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Актуальность. «Стопа Шарко» (СШ) – это патологическое состояние, основой которого является деформация скелета стопы вследствие повреждения костной ткани, возникающего на фоне поражения периферического и (или) центрального отдела нервной системы. Впервые данное состояние было описано французским врачом-неврологом Жаном Мартеном Шарко у пациентов с нейросифилисом (спинной сухоткой). Автор указал, что морфологическими проявлениями этого состояния являются дегенерация и атрофия нервных волокон задних канатиков спинного мозга, сопровождающаяся потерей проприоцептивной чувствительности и формированием выраженной деформации стопы.

Материалы и методы: Материалом для исследования являлись: фрагменты костей предплюсны (кубовидная и латеральная клиновидная) с окружающими мягкими тканями, полученные в ходе корригирующей остеотомии (в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии), и четыре фрагмента икроножного нерва голени протяженностью около 3-4 см, полученные из ампутированных нижних конечностей пациентов со «стопой Шарко». Фиксированный тканевой материал подвергался стандартной гистологической обработке. Полученные гистологические срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, изучали в световом микроскопе. Для электронно-микроскопического исследования образцы фиксировали в 2,5% глутаровом альдегиде и 1% растворе четырехоксида осмия. Дегидратацию проводили спиртами с восходящими концентрациями, затем заливали в эпон-аралдит. Ультратонкие срезы изучали в электронном микроскопе «Philips CM-10».

Результаты: При оценке всей площади поперечного среза икроножного нерва отмечается диффузное снижение количества толстых миелиновых волокон, сопровождающиеся разрастанием соединительной ткани, формирующей широкие перегородки. Среди наиболее распространенных изменений следует выделить расслоение миелина (по типу «луковичной шелухи»), скручивание миелиновых оболочек, полную или частичную его потерю на одной из поверхностей осевого цилиндра, нарушение упорядоченности слоев (рис. 5). Важно отметить, что наряду с процессами деструкции могут быть констатированы и признаки регенерации нервных волокон, что проявляется новообразованием новых волокон мелкого диаметра с относительно сохранными миелиновыми оболочками. Одновременно с этим наблюдаются дегенеративные изменения в леммоцитах, проявляющиеся в вакуолизации цитоплазмы, нарушении конденсации хроматина и изменении формы ядра. **Заключение:** Во всех тканях нижней конечности при «стопе Шарко» обнаружены морфологические преобразования как обратимого, так и необратимого характера. В качестве ведущего компонента патогенеза, обуславливающего их развитие, следует выделить выраженные патогистологические изменения стенки сосудов микроциркуляторного русла, приводящие к нарушению перфузии и репаративного гистогенеза тканей. В связи с этим коррекция ишемии является ключевым компонентом лечения данной группы пациентов. Учитывая успешную реализацию терапевтического ангиогенеза при ХИНК, основной которого является индукция роста и развития сосудов микроциркуляторного русла, необходима оценка возможности применения данного подхода у больных со «стопой Шарко».

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОСТЕОПРОТЕГЕРИН (OPG) — ЛИГАНД РЕЦЕПТОРА-АКТИВАТОРА ЯДЕРНОГО ФАКТОРА КАППА-В (RANKL) У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ И МЕДИАКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Цель: В этой связи представляет интерес изучение особенностей данного многофакторного взаимодействия при синдроме диабетической стопы, где дистальная полинейропатия, медиакальциноз и остеоартропатия носят сочетанный и прогрессирующий характер.

Материалы и методы: В отделение гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии было обследовано 107 человек. На основании результатов проведенного обследования все пациенты были разделены на следующие группы: 33 пациента с острой стадией диабетической остеоартропатии (ДОАП) (группа 1); 24 пациента с хронической стадией ДОАП (группа 2); 20 пациентов с выраженной диабетической полинейропатией (ДН) и медиакальцинозом артерий нижних конечностей (группа 3). Группу контроля составили 30 человек с нормальной толерантностью к глюкозе (4 группа). Все пациенты с ДОАП (1 и 2 группы) имели медиакальциноз артерий нижних конечностей, выявляемый рентгенологически. С целью оценки компенсации углеводного обмена пациентам с СД определялся уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) (анализатор «Diastat» «BioRad», США).

Результаты: Во всех группах пациентов было выявлено повышение HbA1c (M min—max): 1 группа — 9,9% (6,9—13,4); 2 группа — 9,5% (6,3—12,7); 3 группа — 8,8% (5,2—12), что связано с декомпенсацией углеводного обмена на момент обследования.

При сравнении частоты различных рентгенологических изменений у пациентов с ДОАП статистически значимые различия определялись в наличии остеолита (80%) и остеопороза (100%), которые преобладали в острой стадии ДОАП ($p < 0,01$).

У пациентов с хронической стадией ДОАП (2 группа) отмечен чрезвычайно высокий процент наличия язвенных дефектов (91%) .

Заключение: Ведущую роль в патогенезе ДОАП и медиакальциноза артерий нижних конечностей играет диабетическая нейропатия. ДОАП также сопровождается выраженным локальным остеопорозом костных структур стопы. Выявлены характерные признаки поражения костных структур стоп при острой и хронической стадиях ДОАП. Для острой стадии ДОАП наиболее характерными являются локальный остеопороз и остеолит, для хронической — склеротические и гипертрофические изменения. Концентрация OPG в сыворотке крови выше у лиц с СД. Острую стадию ДОАП характеризует высокая активность костного метаболизма: повышение уровней маркеров костеобразования: КЩФ, OPG, RANKL. Наиболее высокие значения OPG выявлены у пациентов с медиакальцинозом артерий нижних конечностей.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ

Исмаилов У.С., Матмуратов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Цель: Изучение состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проксимального отдела бедра у пациентов с острой и хронической стадиями диабетической остеоартропатии.

Материалы и методы: Для изучения состояния МПКТ у пациентов с артропатией Шарко было обследовано 50 больных с СД I и II типов. На основании клинического обследования все пациенты были разделены на следующие группы: 1 группу составили пациенты с проявлениями хронической стадии ДОАП (n=25), 2 группу - пациенты с признаками острой стадии ДОАП (n=10), в 3 группу вошли пациенты с диабетической нейропатией (n=15). Для оценки выраженности диабетической нейропатии всем пациентам проводилось исследование вибрационной чувствительности с помощью градуированного камертона (Kircher&Wilhelm, Германия) в стандартных точках (медиальная лодыжка и основание 1 пальца). Степень компенсации углеводного обмена оценивалась по уровню HbA1c (анализатор Bayer DC 2000, Германия, норма до 5,7%). Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы «Statistica for Windows 95» и представляла собой группировку материала, вычисление средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (a) и средней ошибки (t). При нормальном варьировании достоверность различия для параметрических показателей определялась с помощью критерия Стьюдента, для непараметрических - Манна-Уитни. Коэффициент корреляции (r) проверялся для параметрических признаков по критерию Пирсона, для непараметрических - по критерию Спирмена. Достоверными считались различия показателей при $p < 0,05$.

Результаты: В группе больных с хронической стадией ДОАП (группа 1, n=25) остеопения наблюдалась в 6 случаях (24%) в проксимальном отделе бедра, в 6 случаях (24%) в шейке бедра, в 14 случаях (56%) в области Варда и в 7 случаях (28%) в области большого вертела. В 2 случаях (8%) был выявлен остеопороз во всех изучаемых отделах проксимального отдела бедра. В поясничном сегменте L1—L4 остеопения определялась в 2 случаях (8%). Остеопороза в отделе L1—L4 выявлено не было.

В группе пациентов с острой стадией ДОАП (группа 2, n=10) остеопения наблюдалась в 4 случаях в проксимальном отделе бедра, в 4 случаях в шейке бедра, в 6 случаях в области Варда и в 5 случаях в области большого вертела. Остеопороз был выявлен в 1 случае в проксимальном отделе бедра и в области Варда. В поясничном сегменте L1—L4 остеопения отмечалась в 2 случаях. Остеопороза в поясничном отделе позвоночника выявлено не было.

Выводы: 1. У пациентов с ДОАП остеопения в проксимальном отделе бедра выявлялась достоверно чаще, чем в поясничном отделе позвоночника.

2. Наиболее выраженное снижение костной плотности проксимального отдела бедра отмечалось у пациентов с острой стадией ДОАП, что отражает влияние локального острого деструктивного процесса на костный метаболизм в проксимальном отделе бедра.

3. Пациенты с хронической стадией ДОАП имели значительные различия в показателях костной плотности проксимальных отделов бедра между пораженной и непораженной конечностями.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА IL-1B, IL-6 И IL-10 К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А., Шарапов А.Н., Сайфуллаев С.О.
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Целью нашего исследования был изучение возможную корреляцию между генетическими полиморфизмами интерлейкина (IL) -1 β , IL-6 и IL-10 и риском развития острого панкреатита в узбекской популяции.

Материал и методы. Образцы цельной крови были получены у 88 больных с острым панкреатитом и 81 здоровых лиц. Генотипирование полиморфизмов (511C/T) гена IL-1 β , (174 C/G) гена IL-6, (1082A/G) гена IL-10 выполнено с использованием полимеразной цепной реакции путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan-зондов. Полиморфизмы IL-1 β -511C/T, IL-6 -174 C/G, и IL-10 -1082A/G оценивали с помощью полимеразная цепная реакция - полиморфизм длины рестрикционного фрагмента.

Результаты. Пациенты с острым панкреатитом с большей вероятностью имели в семейном анамнезе острый панкреатит, привычку к курению табака и употреблению алкоголя. Анализ условной логистической регрессии показал, что субъекты, несущие генотипы IL-1 β -1082A/G и IL-6 -1082A/G с аллелем А, были достоверно связаны с повышенным риском развития острого панкреатита, с скорректированным отношением шансов (95% доверительный интервал), равным 1,82 (1,01-3,31) и 1,39 (1,02-1,90), соответственно. Однако мы не наблюдали достоверных показатели, чтобы полиморфизм IL-10 -1082A/G был связаны с риском развития острого панкреатита.

Также установлено, что комбинация генотипов полиморфизмов IL-1 β -1082A/G и IL-6 -1082A/G ассоциирована с риском развития острого панкреатита и стратифицированный анализ показал, что у курящих пациентов с генотипом 1082A/G риск развития острого панкреатита выше, чем у пациентов с другими генотипами (OR 2,22, 95% CI 1,3-3,79; p=0,003).

Таким образом, мы обнаружили, что аллели полиморфизма IL-6 -1082A/G связан с повышенным риском ($\chi^2=4,65$; p=0,031) развития острого панкреатита и никакой значимой связи между полиморфизмами генов IL-10 и риском развития острого панкреатита обнаружено не было.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Исмаилов У.С., Аллазаров У.А., Мадатов К.А., Матмуратов С.К.
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Целью исследования явилось оценить информативности ультразвукового исследования при желчнокаменной болезни.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 124 больных с желчнокаменной болезни. Женщин — 86 (69,4%), мужчин – 38 (30,6%), средний возраст — 58,2 \pm 4,51 год. Пациенты с холецистолитиазом – 89 (71,8%), холедохолитиазом – 6 (4,8%) и сочетанным поражением – 29 (23,4%).

Результаты и их обсуждения. На догоспитальном - у 110 (88,7%) человек имелись эхо-признаки наличия конкрементов в желчном пузыре и 24 (19,4%) во внепеченочных желчных протоках. Из них у 17 (13,7%) больных одновременно выявлен камень желчном пузыре и холедохе. В 31 (25%) случаях, помимо холедохолитиаза и/или расширения гепатикохоледоха, также определялась дилатация внутрипеченочных желчных протоков.

МСКТ выполнена у 44 (35,5%) из 124 больных, диагноз холедохолитиаза подтвержден у 22 из 24 пациентов. Причем у 4 из них при УЗИ не было выявлено никакой патологии, но в анамнезе была механическая желтуха. По данным МСКТ, расширение ОЖП верифицировано в 31 из 32 случаев в отличие от ложноположительных данных УЗИ, а у 7 пациентов обнаружен стеноз терминального отдела гепатикохоледоха. Можно сделать заключение о приоритете МСКТ в верификации причин механической желтухи и значительно более высокой чувствительности метода. МРТ выполнена у 74 больных, из них у 35 пациентов холедохолитиаз подтвержден, причем в 7 наблюдениях холедохолитиаз сочетался со стенозом терминального отдела гепатикохоледоха. В 31 (25%) наблюдении подтвердились мелкие конкременты в желчном пузыре (до 0,4 мм) без холедохолитиаза и какой-либо патологии внепеченочных желчных протоков.

При сравнении интраоперационных данных, результатов компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также ультразвуковых методов исследований в оценке холецистолитиаза достоверность последних составила 96,4%. Несмотря на высокую разрешающую способность УЗИ в диагностике калькулёзного холецистита, определенные диагностические трудности возникали при наличии камней в желчевыводящих протоках. Значимость УЗИ при этом была недостаточной (чувствительность не превышала 61%), но проведение повторного целенаправленного исследования повысило чувствительность метода достаточно 68% соответственно у пациентов с холедохолитиазом.

Заключение. Таким образом, стандартное УЗИ в связи с недостаточной диагностической эффективностью при желчнокаменной болезни не позволяет планировать лечебную тактику, что требует применения протокола дополнительных методов исследования. Применение высокотехнологичных лучевых методов исследования как мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография позволяет почти в 96% установить различные варианты желчнокаменной болезни и определить дальнейшую лечебную тактику.

ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА IL-6 И ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А., Шарапов А.Н., Матмуратов С.К.
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Актуальность. Согласно современным представлениям об этиологии и патогенезе, острого панкреатита представляет собой заболевание, развитие которого определяется сложным взаимодействием генетических и средовых факторов.

Цель. Нами изучены взаимосвязь между полиморфизмами гена IL-6 (C-174G) и развитием острого панкреатита в узбекской популяции, чтобы предоставить данные для скрининга узбекских лиц высокого риска.

Материал и методы. В общей сложности в период с января 2022 по февраль 2023 года было набрано 88 пациента с подтвержденными случаями острого панкреатита и 81 контрольных пациента. Полиморфизмы гена IL-6 в положениях C-174G/C была исследована с использованием метода полимеразной цепной реакции - полиморфизма длины рестриционного фрагмента. Изучаемые группы соответствовали закону Харди-Вайнберга.

Результаты. С помощью множественного логистического регрессионного анализа генотип C (основная группа: C-127 (72,7%), G-49 (27,3%); контрольная группа: C-99 (61,1%), G-63 (38,9%)) в IL-6 C-174G мог влиять на восприимчивость к острому панкреатиту по сравнению с аллелем G, и составил $\chi^2=4,65$; $p=0,031$; OR (95%ДИ) 1,65 (1,04-2,6). Лица, носители генотипа IL-6 C-174G, были связаны с риском развития острого

панкреатита по сравнению с контрольной группой - $\chi^2=4,63$; $df=2$, $p=0,099$ (основная группа: С/С-48 (54,5%), С/Г-31 (35,2%), Г/Г-9 (10,2%); контрольная группа: С/С-31 (38,3%), С/Г-37 (45,7%), Г/Г-13 (16%)).

В заключение, это исследование демонстрирует, что полиморфизм гена IL-6 С-174G достоверно способствует развитию острого панкреатита ($\chi^2=4,65$; $p=0,031$).

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А.,
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент**

Ранняя диагностика и выбор малотравматичных методов лечения больных панкреонекрозом являются одной из сложных и окончательно нерешенных проблем хирургии.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с острым панкреатитом путем применения малоинвазивной хирургии.

Материал и методы исследования. В работе проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 56 больного острым панкреатитом, в возрасте от 27 до 69 лет (средний возраст – $51,5 \pm 4,8$ лет). Доля мужчин среди них составила – 35 (62,5%), женщин – 21 (37,5%). Из 56 больного деструктивная форма панкреатита отмечена у 22 (39,3%) пациентов, отечная – 34 (60,7%). Диагноз данного заболевания, помимо клинических данных, основывался на результатах исследования уровня амилазы в крови и моче, данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ).

Результаты и их обсуждения. Нами все приняты принципы консервативного лечения больных с острым панкреатитом. У 39 (69,6%) из 56 больных консервативное лечение оказалось эффективным. При появлении признаки инфицирования панкреонекроза, септической флегмоны забрюшинной клетчатки, гнойного перитонита и стойкой или прогрессирующей полиорганной недостаточности 17 (30,4%) пациентам произведены операции различного объема в зависимости от характера поражения: - лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости – в 5 (29,4%) наблюдениях, лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости - у 6 (35,3%) больных, лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, дополненная холецистэктомией и дренированием холедоха по Пиковскому – у 6 (35,3%) случаях. Из последних к двум в 3 (17,6) наблюдениях добавлены рассечения капсулы поджелудочной железы и в 7 (41,2%) – некрсеквестрэктомия. Общая летальность составила 8,9% (5 больных), послеоперационная летальность - 17,6% (3 больных).

Таким образом, применение своевременной комплексной консервативной терапии позволяет улучшить результаты лечения острого панкреатита. При выявлении панкреатогенного ферментативного перитонита и признаки инфицирования при деструктивном панкреатите методом выбора должна быть лечебно-диагностическая лапароскопия, при необходимости традиционные хирургические вмешательства.

ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПИОИДОВ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Исмаилова М.У., Юсупов А.С., Низомов И.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Оперативные вмешательства, проводимые в детской ортопедии, отличаются многоэтапностью, высокой травматичностью и значительной кровопотерей. При этом методы общей анестезии должны отвечать требованиям надежности, малой инвазивности, создать адекватные условия для работы операционной бригады и обеспечить эффективное, безопасное обезболивание. С этой позиции широко используются опиоидные анальгетики, которые на протяжении длительного времени являются ведущими препаратами при многих хирургических вмешательствах, как «золотой стандарт».

Однако чрезмерное использование опиоидов, сопровождается развитием ряда негативных эффектов и осложнений. Несоответствующая интраоперационная анальгезия вызывает хроническую боль после операции и осложнения. Это, в свою очередь, влияет на срок пребывания пациента в стационаре и затрачиваемые средства на лечение.

Окончательный выбор опиоидного анальгетика фентанила и адекватных комбинаций при проведении общей анестезии при ортопедических операциях у детей является наиболее актуальным.

Целью исследования явилось улучшение качества анестезии путём комбинированного применения малых доз опиоида фентанила при артропластике тазобедренного сустава у детей.

Материал и методы. В исследование вошли 42 ребенка в возрасте от 3 до 12 лет (ср.возраст $6,4 \pm 0,57$), поступивших для планового ортопедического лечения в клинику ТашПМИ, оцениваемые по ASA II-III класса. С учётом цели исследования больные разделены на 2 группы: 1-я группа (22 детей)- анестезию проводили пропофолом, фентанилом и севофлураном, 2-я группа (20 детей)- пропофолом и фентанилом. Для поддержания анестезии использовали $\frac{1}{2}$ и $\frac{1}{3}$ индукционной дозы фентанила. Средняя продолжительность анестезий в группах сравнения составила: 1-я группа $97,4 \pm 12$ мин, 2-я группа $103,7 \pm 8,6$ мин. Для премедикации использовали атропин сульфат в дозе 0,01 мг/кг и димедрол (0,1 мг/кг. В 1-й группе за 40 минут до операции внутривенно вводили дексаметазон 0,4% (0,15 мг/кг). Индукцию в 1-ой группе - проводили пропофолом 1% - 2мг/кг, фентанилом 0,005% -3 мкг/кг и севофлураном 3,5-3 об.% , 2-ой группе - пропофолом 100-150 мкг/кг/мин (в виде постоянной инфузии), фентанилом 5 мкг/кг. Миоплегию в обеих группах обеспечивали аркуроном, после интубации трахеи, начинали ИВЛ аппаратом Fabius plus (“Draeger”) воздушно-кислородной смесью (FiO₂ 0,5) в режиме нормовентиляции. Поддержание анестезии осуществляли: в 1-й группе севофлураном-0,8-1,6 МАК и дробным введением фентанила (1,5-2 мкг/кг), во 2-й группе, пропофол 100-120 мкг/кг/мин, фентанил 2,5-3 мкг/кг.

Проводили мониторинг жизненно важных функций, контролируя среднее артериальное давление (САД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), сатурацию кислорода (SatO₂). Для оценки антистрессорной активности сравниваемых групп исследовали уровень кортизола, трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) иммуноферментным методом до операции, в наиболее травматичный момент операции и после операции.

Результаты: На этапе оперативного вмешательства в 1-й группе САД достоверно снижалось в среднем на 17%, что можно объяснить действием севофлурана на общее периферическое сопротивление, тогда как во 2-й группе отмечалась тенденция к снижению САД. Показатели ЧСС до операции и исходные уровни кортизола, Т3, Т4 в группах

сравнения находились в пределах возрастной нормы. В 1-й группе во время операции и после ее окончания изменения уровня кортизола, Т3, Т4 было незначительным, во 2-й группе уровень кортизола имеет тенденцию к росту, во время операции на 5,7% и после операции на 13,4% по сравнению с дооперационным уровнем. Отмечалось повышение концентрации Т3 во время операции на 8,1%, а после операции на 9,3%.

Выводы:

1. Анестезия с применением пропофола, фентанила и севофлурана в сравнении с анестезией пропофола с фентанилом обеспечивает лучшую гемодинамическую стабильность в ходе артропластики тазобедренного сустава у детей.
2. Опиоидный анальгетик фентанил обладает высоким уровнем антистрессорной активности при ортопедических операциях у детей.

РОЛЬ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ (АППАРАТ INDIBA) ДЛЯ ПОТЕНЦИИРОВАНИЯ ЭФФЕКТА БОТУЛОТОКСИНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АУГМЕНТАЦИИ ГРУДИ

**Исмат О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б., Ермилова Е.В., Джураева З.А., Самаркандский государственный медицинский университет;
Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия;
Клиника ООО“Relax Med Servis”, Самарканд, Узбекистан.**

Ключевые слова: эндопротезирование молочных желез, ботулотоксин, физиотерапия, электрофизиологическое воздействие, INDIBA, молочные железы, силиконовые импланты.

Актуальность. По данным Американского общества пластических хирургов (ASPS), с 2012 года по 2022 гг в мире наблюдается увеличение количества выполненных операций эндопротезирования молочных желез - с 210 тыс. до 380 тыс. ежегодно. Эстетическое эндопротезирование молочных желез является наиболее востребованной хирургической операцией. Однако, несмотря на применение современных технологий, наиболее серьезным осложнением после эндопротезирования молочных желез является болевой синдром, который оказывает негативное влияние на повседневную деятельность и удовлетворенность после операции. Вопросы медицинской реабилитации после эндопротезирования груди далеки от общепринятых и остаются предметом дискуссий. В последние годы появляются определенное число публикаций и целенаправленных исследований, демонстрирующих эффективность применения с целью купирования болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде после аугментации груди препаратами ботулотоксина типа А. В частности, препараты ботулотоксина А предложены для включения в комплексную программу реабилитации женщин после перенесенного эндопротезирования груди с целью купирования и профилактики в раннем послеоперационном периоде болевого синдрома. Также для ускоренного купирования воспалительных изменений тканей и болевого синдрома в послеоперационном периоде предложено использование электромагнитного воздействия частотой 448 кГц, которая активизирует ионный обмен, в результате чего естественные регенерационные процессы в клетках протекают значительно эффективнее. Такие физиотерапевтические аппараты обеспечивают в послеоперационном периоде восстановление электрического потенциала клеточной мембраны, улучшают ее проницаемость, активируют выработку коллагена; улучшают микроциркуляцию и трофику тканей; оказывают противоотечный эффект, способствуют реорганизации гематом, а также пролиферации стволовых клеток. Указанные свойства представляются весьма значимыми для достижения целей

реабилитации после эндопротезирования груди и нуждаются в изучении. В доступной литературе сведений об сочетанном применении препаратов ботулотоксина на фоне курсового применения электромагнитного воздействия частотой 448 кГц нет, что послужило поводом для проведения специального исследования.

Целью исследования явилось использование препарата ботулотоксина типа А и курсового электрофизиологического воздействия электромагнитного поля частотой 448 кГц (аппарат INDIBA) при эндопротезировании молочных желез для купирования болевого синдрома и улучшения реабилитации женщин в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследование включены 89 женщин, которым вводили инъекции ботулотоксина типа А на основе препарата Botox в большую грудную мышцу в количестве 100 ЕД с каждой стороны в разведении 1: 25 мл используя основные точки введения за две недели до операции и курсовое электрофизиологическое воздействие электромагнитным полем частотой 448 кГц (аппарат INDIBA) на протяжении первой недели после эндопротезирования. У всех пациенток установлен диагноз гипомастия, возраст составил от 29 до 49 лет, выполнялась первичная операция аугментации молочных желез с помощью силиконовых имплантов объемом от 300 до 440 мл. Оценка эффективности купирования болевого синдрома оценивалась по субъективным ощущениям женщин используя анкету-опросник, где выраженность болевого синдрома оценивалась согласно бальной системе от 1 до 10 баллов. Полученные данные обрабатывали общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у женщин после введения ботулотоксина на 1-е и 2-е сутки после операции отмечено доминирование болевого синдрома легкой степени – в 91,35% случаев ($p < 2,16 \cdot 10^{-15}$). Спустя неделю после вмешательства в этой же группе реконвалесцентов проявления боли не выявлялись в подавляющем числе клинических наблюдения – в 100% случаев ($p < 3,16 \cdot 10^{-18}$). К исходу второй и четвертой недель послеоперационного периода среди группы пациенток, у которых выполнено введение ботулотоксина, болевые ощущения и иные проявления болевого синдрома практически не выявлялись в 100% случаев ($p = 0,0001$, $p = 0,0001$). Патогенетически-обусловленным фактором, обеспечивающим противовоспалительное и обезболивающее действие, раннюю реабилитацию, является использованное нами электрофизиологическое воздействие электромагнитного поля аппарата INDIBA. Установлено, что среди женщин, у которых введение ботулотоксина сочеталось с курсом электрофизиологического воздействия, уже к исходу первых суток превалировал болевой синдром легкой и умеренной степени – в 76,4% и 11,3% наблюдений. На вторые сутки после эстетического эндопротезирования молочных желез в этом же массиве пациенток отсутствие болевого синдрома констатировано в 11,3% случаев, а боль легкой или умеренной интенсивности – у 74,5% и 11,1% пациенток. Спустя неделю в группе пациенток, реабилитационные мероприятия к которым включали введение ботулотоксина и курс электрофизиологического воздействия, боль практически полностью отсутствовала в 78,2% наблюдений. К исходу второй и четвертой недели послеоперационного периода в подгруппе женщин, получавших препарат ботулотоксина и курс физиотерапии, полное отсутствие болевого синдрома отмечено, соответственно, в 89,2% и 94,5% случаев.

Выводы. Предлагаемый способ реабилитации с использованием препарата ботулотоксина типа А и курсового электрофизиологического воздействия электромагнитного поля частотой 448 кГц (аппарат INDIBA) позволяет эффективно и быстро купировать болевой синдром в послеоперационном периоде, позволяет использовать импланты большего объема, а также ускоряет сроки растяжения тканей. Использование данного способа позволяет по-новому взглянуть на купирование болевого

синдрома после оперативного лечения, исключить или уменьшить применение опиоидных анальгетиков, сократить сроки реабилитации и пребывания больных в стационаре.

ЗАВОРОТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Исхаков Б. Р., Алижанов А. А., Исхаков Н.Б., Мамадумаров Т.С., Курбанбаев Б.Н.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Заворот желчного пузыря (ЗЖП) – это смещение блуждающего желчного пузыря с поворотом вокруг его брыжейки и последующим нарушением его кровоснабжения и проходимости пузырного протока [Аверин В.И., 2009г.].

Клинический пример

Больной С., 24 лет, поступил в Наманганский филиал РНЦЭМП. через 12 часов с момента заболевания с жалобами на боль в правом подреберье постоянного характера, тошноту. Была однократная рвота съеденной пищей. Подобный приступ отмечает впервые.

Со слов больного после употребления острой жирной пищи появились резкие боли в животе и многократная рвота. С течением времени состояние больного ухудшилось, болевой синдром стал носить постоянный характер, рвота повторялась, появилась слабость.

При осмотре: больной пониженного питания, состояние – тяжёлое, обусловлено болевым, интоксикационным синдромом. Положение вынужденное – лёжа с приведёнными к животу коленями. Стонет от болей по всему животу. Сознание ясное. На осмотр реагирует адекватно. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/60 мм рт. ст. ЧСС 96–100/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен белым налётом, суховат. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации напряжён в правом подреберье и эпигастрии, там же пальпируется образование размерами 6,0×6,0 см, резко болезненное, неподвижное. Симптомы раздражения брюшины – положительные. Перистальтика кишечника выслушивается, вялая. Область почек визуально не изменена. Стул был 1 сутки назад. Мочеиспускание регулярное.

На обзорной рентгенографии органов грудной и брюшной полостей: Легочные поля чистые, без патологических тенеобразований. В брюшной полости, умеренно выраженный пневмотоз кишечника, свободный газ в поддиафрагмальных пространствах не отмечается.

На УЗИ: печень и селезенка в размерах не увеличены. Желчный пузырь длиной до 13 см, шириной 5 см, расположен в поперечном направлении в подпеченочном пространстве, стенки 0,3 см, содержимое без эхоскопических включений. Перистальтика кишечника обычная. Заключение: Острый бескаменный холецистит. Застойный желчный пузырь.

Установлен предварительный диагноз: Острый бескаменный острый холецистит. Перитонит?

При зондировании желудка выделилось застойное содержимое с примесью желчи, облегчения нет. Осмотрен анестезиологом-реаниматологом. Проводилась кратковременная инфузионная терапия в объеме до 2,0 литра.

Показатели лабораторных анализов: Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,9, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 65%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. СОЭ – 10 мм/ч, общий белок – 65 г/л, билирубин общий – 17,4, АЛТ – 0,6, время

рекальцификации – 100 сек, тромботест 4 степени, этанол-тест – отр., фибриноген – 3,33 г/л, Нт – 38%. Остальные показатели анализов в пределах нормы.

После предварительной предоперационной подготовки через 1 ч. 30 минут с момента поступления в стационар пациент был оперирован.

Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия длиной до 15 см, к операционной ране предлежит увеличенный до 15 см темно-багрового, местами черного цвета желчный пузырь (рис. 1). Произведена пункция желчного пузыря, получено 150 мл содержимого черного цвета, после чего обнаружено, что пузырный проток и артерия проходят в брыжейке длиной до 2 см, на которой желчный пузырь завернулся на 360 против часовой стрелки (рис. 2).

При раскручивании увеличенного, напряженного желчного пузыря по направлению часовой стрелки на 360 установлен интраоперационный диагноз: Заворот желчного пузыря, осложненный некрозом последнего. Гепатодуоденальная связка при этом инфильтрирована, геморрагически имбибированная, отечная. В подпечёночном пространстве выявлена жидкость темно-геморрагического характера с хлопьями фибрина в количестве до 100 мл и осушена. Была выполнена холецистэктомия с отдельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока (рис. 3).

Подпеченочное пространство санировали теплым раствором фурацилина до чистых вод и отделенной контурапертурой к ложу желчного пузыря, установлен силиконовый дренаж. Наложены послойные швы на лапаротомную рану.

Проведена операция: лапаротомия, деторсия желчного пузыря, холецистэктомия. Санация и дренирование брюшной полости.

Послеоперационный диагноз: Заворот желчного пузыря.

Осложнение: Некроз желчного пузыря. Местный геморрагический фибринозный перитонит (рис. 4).

При гистологическом исследовании в стенке желчного пузыря выявлены участки некроза, кровоизлияния, расширенные сосуды, последние тромбированы (рис. 5).

В послеоперационном периоде больной получал инфузионную терапию, антибиотики, анальгетики. Перистальтика кишечника появилась на 2-е сутки после оперативного лечения, стул был на 3 сутки после очистительной клизмы. Дренажная трубка была удалена на 3 сутки после УЗИ брюшной полости.

Послеоперационное течение гладкое, осложнений не было. Операционная рана зажила первичным натяжением.

При осмотре через 7 лет после операции состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, работает по прежней профессии.

Заключение

Проведенное наблюдение является казуистикой и представляет интерес в связи с редкостью подобной патологии в клинической практике, а также возможностью ее диагностики при наличии соответствующей аппаратуры. Правильно собранный анамнез и своевременное, адекватное хирургическое вмешательство с послеоперационным ведением улучшает результаты лечения у этой с редкой патологией категории больных.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ

Исхаков Б. Р., Алижанов А. А., Исхаков Н. Б., Жалилов А. О.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. Непосредственной причиной возникновения пилефлебита обычно служит гангренозный аппендицит, при котором некротический процесс переходит на брыжейку червеобразного отростка и её вены. Следует отметить, что абсцессы при пилефлебите, как правило, множественные и мелкие, что обуславливает трудности их хирургического лечения и плохой прогноз.

Клиническое наблюдение. Больная У. М., 55 лет (и/б № 17392/5129), 12 октября 2018 г. поступила в Наманганский филиал РНЦЭМП с жалобами на тупые боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 39-40°C, озноб, сухость во рту и прогрессирующую общую слабость. Из анамнеза: 7.09.2018 г. перенесла операцию аппендэктомии с тампонированием и дренированием брюшной полости по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, тифлита, осложненного местным гнойно-каловым перитонитом. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением. На 18-е сутки после операции у больной появились тупые боли в верхнем этаже живота, повышение температуры тела с ознобом, присоединились тошнота и рвота, прогрессирующая слабость.

Объективно: общее состояние больной при поступлении тяжелое. Жалуется на боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 39-40°C с ознобом, тошноту, одышку, общую слабость. Кожные покровы желтоватой окраски. Склеры иктеричны. Частота дыхания 22 в 1 мин. В легких аускультативно выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Перкуторно отмечается легочной звук. Тоны сердца ритмичные, глухие, АД 130/70 мм рт.ст., пульс 120 в минуту.

Язык суховат, обложен белым налетом. Живот симметричный, умеренно вздут, правая половина пассивно участвует в акте дыхания. Пальпация в правой подреберной области болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень выступает из реберной дуги на 4-5 см, селезенка не пальпируется. Выслушивается вялая перистальтика кишечника. В динамике отмечается уменьшение количества мочи, темно-желтого цвета.

УЗИ № 16235 (от 12.10.2018 г.): печень увеличена, правая доля 190 мм, левая доля 98 мм, внутривеночные протоки не расширены, на проекции 4-5-6-7-8 сегментов отмечается жидкость содержащее образование (с гиперэхогенными массами) неправильной формы, с неровными, нечеткими контурами размерами 181x160 мм. Желчный пузырь 85x43 мм, просвет эхопрозрачен, холедох 5 мм, воротная вена 7 мм, нижняя полая вена 16 мм. Селезенка не увеличена. В правой плевральной полости небольшое количество жидкости. Вывод: объемное образование печени (абсцесс печени). Гидроторакс справа.

Общий анализ крови: Нв 88 г/л; э. 3,31x10¹²/л; цв. пок. 0,8%; л. 10,2x10⁹/л; п. 4%; с. 70%; лимф. 16%; мон. 8%; СОЭ 11 мм/ч.

МСКТ № 1683 от 13.10.2018 г. на проекции 4-5-6-7-8 сегментов печени отмечается полость, содержащая субстрат плотностью от +5,0 до +55,0 ед. Н с наличием пузырьков воздуха. Контур четкие, неровные. Вывод: жидкостное образование 4-5-6-7-8 сегментов печени, правосторонний выпотной плеврит.

После консилиума был установлен диагноз: Основной: Абсцесс печени (бактериальный). Состояние после аппендэктомии (35-е сутки) по поводу острого гангренозноперфоративного аппендицита, тифлита. Осложнение: Сепсис. Септический

шок II ст. Острая печеночно-почечная недостаточность. Сопутствующий: Правосторонний экссудативный плеврит. По решению консилиума под местной анестезией выполнено пункционное дренирование абсцесса печени под контролем ЭОП. Введен катетер 8 fr. по передней аксиллярной линии на уровне X-XI межреберья справа в полость гнойника 6-7 сегментов печени и одновременно выпущено 550 мл густого зловонного гноя с детритом. Далее по передней аксиллярной линии в IX-X межреберье справа на уровне 7-8 сегментов печени, установлен второй дренаж 10 fr. для проточного и фракционного лаважа полости абсцесса печени. За сутки после дренирования полости абсцесса по дренажу выделилась 850 мл гноя с ихорозным запахом. В дальнейшем в течение 7 дней проводился проточный лаваж полости абсцесса антисептиками (фурацилин, декасан в количестве 200 мл и 400 мл, с последующим введением через дренаж подогретой до 38°C мази левомеколь).

При контрольном УЗИ: На проекции 7 сегмента печени визуализируется гиперэхогенная зона размерами 34x26 мм с дорсальным усилением эхогенности (место абсцесса).

На 15-е сутки после операции больная выписана на амбулаторное лечение по месту жительства в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 3 года состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

Заключение. Применение в лечении абсцессов печени малоинвазивных вмешательств под контролем ЭОП высокоэффективно, позволяет достичь полного выздоровления этой тяжелой категории больных без применения традиционного хирургического вмешательства.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Исхаков Б. Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В работе анализируются данных 106 больных послеоперационным перитонитом (ПОП), оперированных в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП и отделении эндохирургии РНЦЭМП, разделенных на две группы.

В первую (основную) группу вошли 54 пациента (29 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 15 до 78 лет (средний возраст $36,40 \pm 4,72$ года), у которых в комплексном лечении ПОП применяли видеолапароскопический способ санации (ВЛС) брюшной полости.

Во вторую (контрольную) группу включены 52 пациента (33 мужчины и 19 женщин) в возрасте от 15 до 88 лет (средний возраст $39,46 \pm 4,88$ года), у которых выполнялись традиционные хирургические вмешательства. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести заболевания.

Послеоперационное течение в динамике после выписки из стационара прослежено у 35 (81,4%) пациентов основной и 26 (83,8%) — контрольной группы.

Результаты лечения в отдаленном периоде оценивали после непосредственного осмотра или анкетирования пациентов в сроки от 7 месяцев до 6 лет после операции. Критериями оценки служили: трудовая реабилитация больного, появление послеоперационной вентральной грыжи, стационарное (оперативное) лечение по поводу спаечной кишечной непроходимости, появление кишечного свища, рецидивы «интермиттирующей» формы спаечной болезни брюшной полости с госпитализацией, косметический результат, субъективная оценка результатов самим больным.

Отдаленные исходы оперативных вмешательств расценивались нами как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные».

«Хорошим» результат считали в тех случаях, когда в послеоперационном периоде у больных отсутствовали какие-либо существенные жалобы на состояние здоровья, и после кратковременного курса реабилитации они приступили к прежней работе, либо возвращались к активному образу жизни.

«Удовлетворительным» отдаленный исход считался в тех случаях, когда больные сохраняли трудоспособность при наличии кратковременных болевых ощущений, купируемых медикаментозно, а также при наличии лигатурного свища, не требующего оперативного вмешательства.

Как «неудовлетворительный» результат расценивали тогда, когда вмешательство приносило больным тяжелые последствия в виде длительно существующего желчного или кишечного свища; послеоперационной грыжи или рецидива «интермиттирующей» формы спаечной болезни брюшной полости.

Положительные результаты ВЛС получены у 34 (97,1%) больных, из них «хорошие» — у 30 (85,7%), «удовлетворительные» — у 4 (11,4%), «неудовлетворительный» результат был у 1 (2,9%).

У 30 (85,7%) пациентов основной группы отдаленный результат был хорошим (в контрольной — у 18 — 69,2%).

Удовлетворительный результат наблюдался у 4 (11,4%) пациентов основной и у 3 (11,5%) контрольной группы. Следует отметить, что у этих больных наблюдалось инфицирование раны с последующим заживлением ее вторичным натяжением. Лигатурный свищ не требовал проведения серьезного оперативного вмешательства. У 2 больных основной группы лигатурный свищ, не связанный с троакарной раной, послеоперационной лапаротомной раны закрылся самостоятельно. У 4 больных лигатуры были удалены в амбулаторных условиях.

Неудовлетворительный результат констатирован у 1 (2,9%) пациента основной и у 5 (19,2%) контрольной группы. В одном случае причинами образования наружного желчного свища явились незамеченный при холецистэктомии холедохолитиаз и повреждение общего желчного протока при РЛ. Больная 8 мес. ходила с наружным желчным свищем, который постепенно закрылся. Через 27 месяцев она умерла на 3 сутки после люмботомии, правосторонней нефрэктомии, дренирования паранефральной клетчатки по поводу нефролитиаза, пионефроза, осложненного обширной околопочечной флегмоной.

Основные причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения в анализируемых группах больных ПОП представлены в таблице.

Причины неудовлетворительного результата	Основная группа, n=54	Контрольная группа, n=52
Выписано	43 (79,6)	31 (59,6)
Прослежено в отдаленном послеоперационном периоде	35 (81,4)	26 (83,8)
Лигатурный свищ	2 (5,7)	4 (15,4)
Спаечная кишечная непроходимость	—	1 (3,8)
Послеоперационная вентральная грыжа	1 (2,8)	4 (15,4)
Желчный свищ	—	1(3,8)
Спаечная болезнь брюшной полости	3 (8,6)	6 (23,1)
Трудовая реабилитация больного	3-4 нед.	1-1,5 мес.
Косметический результат	хороший	Удовл-й
Субъективная оценка результатов самим больным	хорошая	Удовл-я

Примечание. В скобках приводится процент.

Как видно из таблицы, послеоперационные вентральные грыжи и спаечная болезнь брюшной полости у больных контрольной группы наблюдались в 3-4 раза чаще, чем в основной группе.

Клиническая эффективность вмешательства в отдаленном послеоперационном периоде подтверждается положительными результатами у 97,1% выписанных больных.

Заключение. Сравнительный анализ результатов лечения больных ПОП достоверно свидетельствует о том, что традиционные методы операции более травматичны и сопровождаются большим количеством воспалительных и спаечных осложнений, как внутрибрюшных, так и со стороны операционной раны. Лапароскопический доступ почти исключает нагноение раны, расхождение ее краев, кровотечение или эвентрацию.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Исхаков Б. Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В работе анализируются данные 106 больных послеоперационным перитонитом (ПОП), оперированных в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП, разделенных на две группы.

В первую (основную) группу вошли 54 пациента (средний возраст $36,40 \pm 4,72$ года), у которых в комплексном лечении ПОП применяли видеолапароскопический способ санации (ВЛС) брюшной полости.

Во вторую (контрольную) группу включены 52 пациента, у которых выполнялись традиционные хирургические вмешательства.

Различные послеоперационные осложнения возникли у 51 (48,1%) из 106 оперированных больных (табл. 1).

Данные послеоперационных осложнений у больных ПОП

Локализация	Осложнение	Контрольная гр.		Основная гр.	
		абс.	%	абс.	%
Брюшная полость	Абсцесс малого таза	1	1,9	—	—
	Желчный свищ	1	1,9	1	1,8
	Тонкокишечный свищ	2	3,8	1	1,8
	Толстокишечный свищ	1	1,9	—	—
Операционная рана	Нагноение п/о раны	10	19	3	5,4
	Нагноение с эвентрацией	5	9,6	—	—
	Кровотечение	2	3,8	—	—
Другие органы	Пневмония, плеврит	10	19	6	11
	ПОН	10	19	7	13
	Тромбоэмболия артерий	1	1,9	1	1,8
Количество случаев осложнений		43*	81	19	35,2
Число больных с осложнением		39	75	12*	22,2

Примечание. У 39 (75%) больных контрольной группы выявлено 43 осложнения в различных комбинациях (81%). В основной группе – у 12 (22,2%) больных 19 (35,2%) осложнений в различных комбинациях.

Перитонит прогрессировал у 17,3% пациентов контрольной группы (9 из 21 умершего).

Несостоятельность анастомоза отмечалась у 4 пациентов в послеоперационном периоде, осложнившимся ПОП.

Несостоятельность ушитых язв ДПК, тонкой кишки с прогрессированием ПОП сформировалась у 3 пациентов.

Так, у пациентов контрольной группы чаще чем в основной (17,3 против 5,5%) определялось прогрессирование ПОП и образование кишечных свищей (5,8 и 1,8% соответственно).

По нашим данным, причинами эвентраций у 5 (9,6%) больных контрольной группы явились продолжающийся перитонит, некроз передней брюшной стенки и желчный свищ. Оперативное лечение этого осложнения выполнено 3 больным. 2 пациентам при купированном ПОП и фиксированных к краям раны петлях кишечника проводилось консервативное лечение эвентрации, направленное на адекватное дренирование раны и поэтапное восстановление передней брюшной стенки.

У 3 больных после оперативного лечения эвентрации возник рецидив осложнения (продолжающийся перитонит), что вновь потребовало хирургического вмешательства.

В конечном итоге эти больные погибли на фоне ПОН. Все пациенты, получавшие консервативное лечение, выздоровели, у одного из них образовался тонкокишечный свищ, который закрылся на фоне консервативного лечения.

Оставался высоким процент нагноения операционных ран при РЛ (15 больных (28,8%), из них у 5 - с эвентрацией кишечника).

Внутрибрюшное кровотечение возникло у 2 больных контрольной группы: у 1 в результате аррозии сосудов поджелудочной железы после резекции желудка, осложненной несостоятельностью анастомоза, у другого – из-за дуоденодуоденоанастомоза по поводу травматического разрыва последнего. Несмотря на экстренную РЛ и гемостаз, у обоих даже относительно небольшая кровопотеря на фоне исходной анемии привела к смерти.

Среди общих осложнений на первый план выступает нарушение функции дыхания, обусловленное послеоперационными пневмониями, ателектазами, трахеобронхитами.

Как видно из приведенных данных, общее количество интраабдоминальных осложнений у больных основной группы в 2,5 раза меньше, чем в контрольной. Кроме того, в этой группе не возникали такие грозные осложнения, как абсцессы брюшной полости, кровотечения, эвентрация, толстокишечные свищи. Причем, в основной группе прогрессирующий перитонит был диагностирован в раннем послеоперационном периоде, а в контрольной группе наблюдались 5 (9,6%) случаев запоздалых РЛ. У больных основной группы стабильные аускультативные признаки восстановления перистальтики кишечника регистрировались в среднем на 1-4 сутки послеоперационного периода, а в контрольной – на 5-6 сутки.

Итак, анализ причин развития осложнений показал, что их профилактика целиком и полностью зависит от своевременного, рационального и тщательного выполнения всех элементов операции и этапов консервативного лечения. Нам представляется, что существенную роль в первой зависимости играет недостаточность однократной интраоперационной санации при традиционном лечении ПОП.

ПРЕИМУЩЕСТВА СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Робиддинов Б.С.,
Эргашев М.М., Эргашев А.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В течение последних 20 лет работы в клинике было выполнено 6197 лапароскопических холецистэктомий. Накоплен опыт выполнения 616 (9,9%) симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии.

У 119 (19,3%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см.

Стерилизация маточных труб выполнена у 308 (50%) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе - у 52 (8,4%).

У 67 (10,9%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластикой пупочного кольца.

При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено - у 67 (10,9%).

В 3 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист печени) из печени.

В первую очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости мы использовали доступ в параумбиликальной точке. В ходе операции не было необходимости введения дополнительного троакара в брюшную полость.

Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших, симультанные лапароскопические вмешательства показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений.

Заключение. Более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшит финансовые затраты не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОПРЕССВНОЙ ИРРИГОАСПИРАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Исламов Д., Норбаев А.Ю., Пулатов
Х.Н., ЭРГАШЕВ М.М., ЭРГАШЕВ А.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В течение последних десятилетий в хирургической практике сформировалось принципиально новое направление в проведении малоинвазивных оперативных пособий с

использованием видеолапароскопической техники. Послеоперационная лапароскопия, кроме диагностики послеоперационного перитонита (ПОП), дает возможность воздействовать на течение воспалительного процесса в брюшной полости. (Бульнин В. И., Глухов А. А., 1999., Константин Франтзайдес, 2000).

Нами в практике для улучшения результатов лечения больных послеоперационным перитонитом применен способ видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости с использованием аппарата «PULSAVAC» производства США. Гидропрессивные технологии основаны на местном использовании высоконапорных антисептических растворов для обработки брюшной полости.

Для проведения послеоперационной лапароскопии нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz”. Исследование проводили внутривенным, реже интубационным наркозом, и во всех случаях достигалась достаточная для выполнения санации брюшной полости анестезия.

Методика. Предварительно накладывали зажимы на дренажные трубки, оставленные при первой операции и герметизирующие швы вокруг дренажных трубок. Троякар для лапароскопа вводили супраумбиликально, снимая один кожно-апоневротеский шов с помощью 10мм металлического проводника. Величина карбоксиперитонеума составила 8-10мм.рт.ст. Последовательно аспирировали патологический экссудат и удаляли фибринозные наложения. При распространенном перитоните, чтобы облегчить удаление экссудата, операционному столу придавали максимальные отклонения в головном, ножном и боковых направлениях. Для санации брюшной полости ирригоаспиратор подсоединяется стерильными шлангами к аппарату «PULSAVAC».

ВЛС с применением гидропрессивная технологии по поводу ПОП выполнена 72 (из 85) пациентам. Переход на релапаротомию (лапаротомию после лапароскопических операций) осуществлен у 10 (7,2%) больных. Причинами конверсии явились массивные висцеро-висцеральные сращения, распространенный гнойный перитонит, некроз стенки полого органа, необходимость назоинтестинальной интубации кишечника.

Кратность проведения лапароскопических санаций определялась динамикой течения перитонита в послеоперационном периоде. Однократная ВЛС проводили 59 больным. Программируемая ВЛС проведена 13 пациентам: двукратная – 8 больным, трехкратно – 4, четырехкратно – 1. Всего у 72 больных была выполнена 91 ВЛС.

Осложнений в виде подкожной эмфиземы и нагноение троакарной раны наблюдали у 5 больных.

Преимущество аппарата «PULSAVAC» заключается в том, что он подает антисептический раствор в пульсирующем режиме под большим давлением (2-4 кг/см²). Нужно давление подачи раствора регулируется ручкой на передней панели прибора. При направлении пульсирующей струи жидкости в межпетлевые пространства, карманы в брюшной полости оказывает разъединяющее действие на рыхлые висцеро-висцеральные сращения, снимает фибринозные наложения и фиксированные сгустки крови с поверхности брюшины. На один сеанс лапаросанации израсходовано в среднем от 5 до 12 литров антисептической жидкости.

Таким образом, видеолапароскопическая санация брюшной полости с применением гидропрессивной технологии позволяет провести направленное нетравматичное полноценное удаление патологического экссудата из брюшной полости, что исключает необходимость широкой лапаротомии. Эта методика является альтернативой таким травматичным методам лечения больных с ПОП, как релапаротомии, программной релапаротомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ МПИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Исхаков Б. Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В работе анализируются данные 106 больных послеоперационным перитонитом (ПОП), оперированных в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП, разделенных на две группы. В первую (основную) группу вошли 54 пациента (средний возраст $36,40 \pm 4,72$ года), у которых в комплексном лечении ПОП применяли видеолапароскопический способ санации (ВЛС) брюшной полости. Во вторую (контрольную) группу включены 52 пациента, у которых выполнялись традиционные хирургические вмешательства.

Среди причин смерти первое место занимала эндогенная интоксикация (ЭИ) и крайнее ее проявление — полиорганной недостаточности (ПОН) (42,8%). В 1-3 сутки после операции умерли 11 больных: от ПОН на почве продолжающегося перитонита — 6 (28,7%), тромбоэмболии легочных артерий — 2 (9,5%), тромбоза магистральных сосудов кишечника — 2 (9,5%), от аррозивного внутрибрюшного кровотечения — 1 (4,8%).

На 2-3 сутки после операции у большинства больных гемодинамические показатели приблизились к нормальным величинам: в основной группе АД было равно $112,59 \pm 4,7$ мм рт. ст., в контрольной группе — $108,07 \pm 5,27$ мм рт. ст. частота сердечных сокращений (ЧСС) составила — соответственно $104,92 \pm 4,79$ и $111,84 \pm 4,57$ уд. в минуту; ЧД — $22,7 \pm 1,03$ и $24,34 \pm 1,32$ в минуту ($P < 0,05$ достоверность различий между группами).

Анализ временных интервалов между первичной операцией и ПС брюшной полости позволил сделать вывод, что на результаты лечения влияет как время перехода к открытому методу лечения ПОП, так и временной режим проведения санации.

В 1-2 сутки послеоперационного периода у пациентов отмечался лейкоцитоз и ускорение СОЭ. В дальнейшем эти показатели начинали снижаться, причем в основной группе это происходило на сутки раньше, чем в контрольной, полностью нормализуясь лишь к моменту выписки из стационара.

Из биохимических показателей крови в двух группах больных обращало на себя внимание, прежде всего, значительное снижение уровня общего белка в первые трое суток, что объясняется значительными потерями белков по интестинальному зонду.

В раннем послеоперационном периоде уровень белка в сыворотке крови возрастал, однако полностью восстанавливался лишь на 10-12 сутки. При этом в основной группе нормализация шла быстрее, чем в контрольной.

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) в первые сутки после операции почти в 5-6 раз превышал норму. В контрольной группе в первые трое суток послеоперационного периода он находился на высшем уровне, составляя $6,00 \pm 0,53$ и $3,73 \pm 0,33$ усл. ед. У пациентов основной группы ЛИИ увеличивался лишь в первые двое суток. Затем в обеих группах происходило его снижение (быстрее в основной группе), и к 8 суткам в основной группе он составил $1,21 \pm 0,14$, в контрольной — $1,91 \pm 0,19$ усл. ед.

Индекс сдвига (ИС) до операции у больных с ЭИ III степени возрастал, а затем в динамике лечения наблюдалось его снижение.

При анализе результатов лечения больных ПОП обращает на себя внимание, тот факт, что в первой подгруппе летальных исходов не было, среди больных второй подгруппы летальность составила 33,3%.

МПИ у умерших контрольной группы был равен $30,61 \pm 2,51$ балла, а основной — $30,0 \pm 2,65$ балла, ($P < 0,05$ по сравнению с контрольной группой). В третьей подгруппе послеоперационная летальность достигала 62,5%.

В целом в контрольной группе послеоперационная летальность составила 40,4%, т.е. была на 20,1% выше, чем в основной (табл. 4.6).

Таким образом, наши исследования подтвердили высокую специфичность и прогностическую значимость МПИ у больных ПОП.

МПИ может применяться не только для оценки течения и исхода распространенного ПОП, но и в качестве одного из главных критериев при выборе хирургической тактики, в частности при определении показаний к проведению ПРЛ и ПВЛС.

Эффективность методов лечения больных ПОП оценивали в зависимости от тяжести состояния пациентов, возникших осложнений, неблагоприятных исходов и причин смерти.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Исхаков Б. Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В работе анализируются данные 106 больных послеоперационным перитонитом (ПОП), оперированных в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП и отделении эндохирургии РНЦЭМП, разделенных на две группы.

В первую (основную) группу вошли 54 пациента (29 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 15 до 78 лет (средний возраст $36,40 \pm 4,72$ года), у которых в комплексном лечении ПОП применяли видеолaparоскопический способ санации (ВЛС) брюшной полости.

Во вторую (контрольную) группу включены 52 пациента (33 мужчины и 19 женщин) в возрасте от 15 до 88 лет (средний возраст $39,46 \pm 4,88$ года), у которых выполнялись традиционные хирургические вмешательства. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести заболевания.

Лечебная тактика больных ПОП зависела от величины МПИ. Так, у пациентов первой подгруппы достаточно было однократной ВЛС или РЛ. Больным второй подгруппы проводили программные релaparотомии и ПВЛС. 47 больным с распространенным ПОП контрольной группы РЛ была проведена в различные сроки: на 3 сутки после первой операции — 12, на 4-7 сутки — 19, позже 7 суток — 16. РЛ выполнялась после первой лапаротомии в среднем, через $5,80 \pm 0,77$ суток.

Объем РЛ у 3 больных контрольной группы сводился к герметизации линии швов гастродуоде-ноанастомоза, у 1 - дуоденодуоденоанастомоза, у 2 — еюноеюноанастомоза, у 1 — илеоилеоанастомозов. Разлитой гнойный ПОП, возникший в результате несостоятельности швов тонкокишечных анастомозов, служил основанием для разобщения межкишечных соустьев и формирования илеостом у 4 больных, дуоденостом — у 4. Илеотрансверзанастомоз был наложен 2 больным. Остальным достаточной оказалась РЛ, санация и повторное дренирование брюшной полости. 2 из 5 больных с абсцессами брюшной полости вскрытие и дренирование традиционным способом произвели на 11-14 сутки, остальным на — 29-30 сутки после первой операции. РЛ осуществлялась через $22,6 \pm 6,41$ суток ($P < 0,05$ по сравнению с основной группой) после первой лапаротомии.

Характер и объем традиционных оперативных вмешательств, выполненных у больных ПОП, отражен в таблице 1.

Таблица 1.

Характер операции	Число больных	
	абс.	%
РЛ +илеостомия (4), резекция тонкой кишки и межкишечный анастомоз (4), илеотрансверзанастомоз (2) санация и др. бр. полости	12	23,1
РЛ + ушивание дефекта гастродуоденанастомоза (3), дуоденостомия (4), санация и дренирование брюшной полости	17	32,7
РЛ + холецистостомия (1), повторное дренирование холедоха по Керу (1), санация и дренирование брюшной полости	10	19,2
РЛ + вскрытие абсцесса (5), санация и дренирование брюшной полости+пластика передней брюшной стенки при эвентрации (5)	13	25
Всего	52	100
Из них 10 больным была выполнена 30 ПРЛ с ПС брюшной полости	72 ПС	

При первой РЛ определено показание к продолжению санации брюшной полости у 10 (19,2%) больных, у которых произведено ушивание лапаротомной раны редкими лавсановыми швами.

Интервал от первой до второй ПРЛ, ревизии и санации составил $2,2 \pm 0,35$ суток. Количество ПЭ в динамике значительно уменьшалось до $341,66 \pm 120,94$ мл ($P < 0,05$ по сравнению с основной группой).

Учитывая отсутствие положительной динамики 4 больным продолжена дальнейшая санация в программируемом режиме.

Время до № 3 ПС брюшной полости равнялось $3,4 \pm 1,31$ суток, при этом количество ПЭ уменьшилось в среднем до $150,0 \pm 67,89$ мл. У 3 больных наблюдалось уменьшение скопления гноя в отлогах местах брюшной полости, проявление слабой перистальтики кишечника, уменьшение массивных фибриновых наложений на брюшине. Дальнейшее проведение ПС продиктовано сохранением ЭИ II-III степени.

Интервал между третьей и четвертой ПС составил $2,66 \pm 0,54$ суток, а количество ПЭ уменьшилось до $106,66 \pm 10,66$ мл. Одной больной решено продолжить ПС через сформированную оментобурсостому.

Таким образом, 42 больным было достаточно однократной санационной РЛ, двукратная ПРЛ ПС понадобилась 6 пациентам, трехкратная – 2, четырехкратная и более (12 ПС) – 2. Всего 52 пациентам была выполнена 72 ПС. Первую ПС лучше всего проводить через 24 часа после установления показаний, а все последующие - не ранее, чем через 48-72 часа.

Количество ПЭ при первой РЛ в среднем составляло $448,84 \pm 100,05$ мл: у умерших - $614,28 \pm 167,62$ мл, у выздоровевших — $336,77 \pm 106,32$ мл ($P < 0,05$ по сравнению с умершими). Гнойный ПЭ у половины умерших больных был с примесью кишечного содержимого.

В первые сутки после РЛ от прогрессирующей ПОН умерли 8, на 2 сутки — 3, на 3-5 сутки — 6 больных с МПИ III степени.

Одним из важных элементов лапаростомии у 2 больных стало временное, от санации до санации, закрытие лапаротомной раны редкими лавсановыми швами.

При РЛ 19 (36,5%) больным выполнена тотальная назоинтестинальная интубация (НИИ), сочетанный способ интубации желудочно-кишечного тракта — 4. Катетеризация бедренной артерии по Сельдингеру для длительной внутриаортальной катетерной терапии (ДВАКТ) осуществлена у 15 (28,8%) больных.

У 78,9% пациентов контрольной группы санацию производили под интубационным наркозом с искусственной вентиляцией легких, 21,1% — под внутривенным обезболиванием.

Заключение. Сравнительный анализ результатов лечения больных ПОП достоверно свидетельствует о том, что традиционные методы операции более травматичны и сопровождаются большим количеством воспалительных и спаечных осложнений, как внутрибрюшных, так и со стороны операционной раны. Лапароскопический доступ почти исключает нагноение раны, расхождение ее краев, кровотечение или эвентрацию.

ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЙ АДГЕЗИОЛИЗИС У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

**Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Мухитдинов У.Р., Хужамбердиев И.Р.,
Исабаев Ш.Б., Робиддинов Б.С.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В последнее время большое внимание привлекает проблема лапароскопических операций у больных со спаечным процессом в брюшной полости.

За последние 12 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 1379 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Пациентов женского пола было 785 (56,9%), мужчин - 594 (43,1%).

Диагностика основывалась на клинических данных, результатах ультразвукового и рентгенологического исследований, лапароскопии.

Консервативная терапия оказалась эффективной у 568 (41,2%) больных, оперировано 811 (58,8%). С клиничко-рентгенологическими признаками острой спаечной кишечной непроходимости традиционная лапаротомия выполнена у 690 (85,1%) больных.

Лапароскопический способ применен у 121 (14,9%) больного. Возраст больных - от 10 до 72 лет. В анамнезе больные перенесли аппендэктомию разрезом по Волковичу - Дьяконову (52), доступом Ленандера (5), нижнесрединную лапаротомию по поводу гинекологической патологии (41). По две и три операций на верхних и нижних этажах брюшной полости перенесли - 23 больных.

Наиболее ответственным этапом лапароскопии у этой категории больных являлось введение первого троакара и наложение карбоксиперитонеума.

У больных ранее оперированных средне-срединным лапаротомным доступом, с высокой вероятностью спаечного процесса введение первого троакара проводилось методом открытой лапароскопии (методика Хассана), при его использовании повреждений органов брюшной полости не отмечено. Лапароскопический адгезиолизис успешно был выполнен 89 (73,5%) больным. На диагностическом этапе лапароскопии были выявлены: 1-2 висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные шнуровидные тяжи, ущемляющие кишечную петлю у 44 пациентов, ущемление кишечной петли фиксированным сальником - у 21, заворот петли тонкого кишечника фиксированной спайкой у 17, конгломерат, состоящий из спаянных между собой кишечных петель у 7.

Лапароскопический адгезиолизис заключался в рассечении и иссечении спаек биполярным электродом или ножницами. После устранения причин кишечной непроходимости провели ревизию тонкого кишечника, перебирая каждую петлю двумя мягкими зажимами. В большинстве случаев операцию завершили промыванием брюшной полости дистиллированной водой и оставлением контрольной трубки в малом тазу.

Причиной конверсии у 33 (28%) пациентов явился: некроз петли кишечника (9), кровотечение из рассеченных спаек (1), сомнение в жизнеспособности ущемленной петли

(7), подозрение на обтурационную толстокишечную непроходимость кишечника (2) и массивный спаечный конгломерат петли кишок (13), чего лапароскопически расправить не представилось возможным.

Интраоперационное осложнение отмечено у одного пациента и своевременно выполнена конверсионная лапаротомия, ушивание дефекта тонкого кишечника. Релапароскопия по поводу внутрибрюшных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде была проведена у 5 больных (вялотекущий послеоперационный перитонит - 3, воспалительный инфильтрат - 2). Этим больным выполнена видео-лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Нагноение троакарной раны было отмечено у 4 больных, эмфизема предбрюшинной клетчатки - 3.

Из числа больных, подвергнутых конверсионной лапаротомии, резекцией некротизированной части тонкого кишечника умерли 5 (0,66%) больных от тромбоэмболии легочных артерий (3), прогрессирующей полиорганной недостаточности на почве сахарного диабета, цирроза печени и ишемической болезни сердца. Средний койко-день составил 4,1 дня.

Таким образом, широкое применение видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, обеспечить раннее восстановление физической активности и трудоспособности. Тем самым, является эффективным методом профилактики рецидива спаикообразований в брюшной полости.

Наиболее безопасным эндохирургическим доступом в этом случае остается открытая лапароскопия.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Исхаков Б. Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В работе анализируются данных 106 больных послеоперационным перитонитом (ПОП), оперированных в отделении абдоминальной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП и отделении эндохирургии РНЦЭМП, разделенных на две группы.

В первую (основную) группу вошли 54 пациента (29 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 15 до 78 лет (средний возраст $36,40 \pm 4,72$ года), у которых в комплексном лечении ПОП применяли видеолапароскопический способ санации (ВЛС) брюшной полости.

Во вторую (контрольную) группу включены 52 пациента (33 мужчины и 19 женщин) в возрасте от 15 до 88 лет (средний возраст $39,46 \pm 4,88$ года), у которых выполнялись традиционные хирургические вмешательства. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести заболевания.

Главной общепринятой оценкой эффективности методов лечения ПОП, является показатель летальности. С этой целью в двух группах больных показатель летальности рассчитан в зависимости от тяжести течения ПОП.

По нашим данным, среди 32 умерших в молодом возрасте (до 44 лет) летальность составила 28,1%, в среднем возрасте (от 45 до 59 лет) — 31,3%, в пожилом и старческом возрасте (от 60 до 88 лет) — 40,6%.

У умерших имели место общий атеросклероз, ИБС (у 33,3% больных контрольной и у 36,4% основной групп), цирроз печени (соответственно 14,3 и 18,2%), сахарный диабет (соответственно 4,8 и 18,2%), бронхопневмония (соответственно 19 и 9,1%) и пиелонефрит (соответственно 9,5 и 9,1%).

Общая летальность в основной группе составила 20,3%, в контрольной — 40,4% (табл.1).

Таблица 1. Летальность в зависимости от тяжести течения ПОП

МПИ	Число больных	Основная группа, n=54		Контрольная гр, n=52		Летальность
		число больных	число умерших	число больных	число умерших	
I	18	15	0	3	0	0
II	61	28	4 (14,3)	33	11 (33,3)	15 (24,6)
III	27	11	7 (63,6)	16	10 (62,5)	17 (63)
Итого	106	54	11 (20,3)	52	21 (40,4)	32 (30,2)

Примечание. В скобках приводится процент.

Как видно из таблицы, что при значении Мангеймовского перитонеального индекса (МПИ) 0-19 летальных исходов не было. При значении МПИ 20-29 летальность в основной группе составила 14,3%, а в контрольной — 33,3%, то есть была почти в 2,5 раза выше. Это обстоятельство указывает на бесспорную эффективность методов ВЛС брюшной полости по сравнению с традиционным хирургическим лечением ПОП.

При тяжелом течении ПОП (МПИ 29 баллов и выше) летальность была почти одинаковой: 63,6% в основной и 62,5% в контрольной группе. Это свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к лечению перфоративных, некротических ПОП с МПИ III степени.

Заслуживает внимания также анализ причин смерти у пациентов с ПОП (табл.2).

Таблица 2. Причины летальных исходов у больных ПОП

Причина смерти	Основная гр., n=54		Контрольная гр., n=52	
	абс.	%	абс.	%
Продолжающийся перитонит, ПОН	3	27,3	6	28,7
Полиорганная недостаточность	5	45,4	9	42,8
Тромбоэмболия легочных артерий	1	9,1	2	9,5
Тромбоз мезентеральных сосудов	—	—	2	9,5
Внутрибрюшное кровотечение	—	—	2	9,5
Кахексия	1	9,1	—	—
Инсульт	1	9,1	—	—
Итого	11	100	21	100

Несмотря на усиленную инфузионную, антибактериальную терапию, проводимую у больных, находящихся на продленной ИВЛ, в первые сутки после операции с III степенью эндогенной интоксикации (ЭИ) умерли 6 из них от прогрессирующей ПОН и 2 от тромбоэмболии легочных артерий. В первые сутки после ВЛС умерла одна больная, которая страдала сахарным диабетом тяжелой степени, хронической ИБС, мерцательной аритмией, последствием перенесенного ишемического инсульта с левосторонним гемипарезом, ожирением III степени. Длительность пребывания в стационаре больных контрольной группы составила $24,79 \pm 4,85$ дня, основной — $18,22 \pm 3,29$ дня.

При оценке эффективности разных вариантов хирургического лечения ПОП установлено, что метод ВЛС брюшной полости позволил существенно уменьшить летальность 20,3% по сравнению с 40,4% при традиционном методе лечения.

Анализ полученных данных показывает, что проведение ВЛС позволило в 6 раз сократить количество релапаротомии (РЛ). У 45 из 54 больных основной группы операцию удалось завершить лапароскопическим способом. ВЛС при ПОП, по нашим данным, можно было использовать в 83,4% случаев. Причем РЛ выполнялась в раннем послеоперационном периоде.

Анализ результатов хирургического лечения ПОП позволяет сделать вывод о значительном преимуществе методов ВЛС брюшной полости, которые в большом числе наблюдений позволили прервать интраабдоминальный гнойно-воспалительный процесс и снизить летальность при тяжелом течении болезни.

При применении ВЛС число послеоперационных осложнений удалось уменьшить более, чем в 3, летальность — в 2 раза. Длительность пребывания больного в стационаре сокращается в среднем, на 6,6 суток.

Отмечается весьма существенная экономия медикаментозных и перевязочных средств.

Закрытое ведение оперативного вмешательства создает естественную защиту брюшной полости от суперинфекции, обеспечивая наибольшую физиологичность течения послеоперационного периода. Главным преимуществом ВЛС является возможность воздействия на брюшину под визуальным контролем без ограничения во времени, в зависимости от показаний.

СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ «А»

Исхаков Н.Б., Исхаков Б.Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Описания травматического разрыва печени у больного, страдающего гемофилией, в литературе мы не нашли.

Клиническое наблюдение. Пострадавший А.Ю., 29 лет, поступил в филиал РНЦЭМ 09.12.2018 г, через 1 час с момента получения производственной травмы (удар по животу деревянной палкой, вылетевшей из пилюрамы). Жалобы на боли в правой половине живота, головокружение, общую слабость.

Из анамнеза известно, что больной страдает гемофилией «А». В 2 летнем возрасте после циркумцизии по поводу трудно останавливаемого кровотечения лечился в НИИ гематологии и переливания крови.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное, лежит на правом боку, ноги поджаты к животу. Среднего питания, телосложение правильное. Кожные покровы, слизистые бледные. ЧДД - 24 раза в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 уд/мин. АД = 90/60 мм.рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, отстаёт в акте дыхания, асимметричен за счёт припухлости, багрово-синюшного цвета в правом верхнем квадранте размерами 10x10 см. Пальпаторно отмечает резкую болезненность в этой области, остальные отделы живота безболезненны. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Перистальтика кишечника выслушивается. Области почек симметричны, безболезненны.

При катетеризации мочевого пузыря получено 200 мл светлой мочи. При УЗИ контуры печени неровные, под правым куполом диафрагмы и печенью, между петлями

тонкой кишки определяется свободная жидкость. Заключение: разрыв печени, гемоперитонеум.

Анализ крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 6×10^9 /л, палочко-ядерные - 3, сегменто-ядерные - 74, лимфоциты - 22, моноциты - 1, СОЭ - 9 мм/ч. Время свертывания крови по Ли-Уайту - более 8 мин., мочевины крови - 6,4 моль/л, протромбин - 82%, гематокрит - 23%.

Диагноз: Закрытая травма живота. Разрыв печени? Внутривнутрибрюшное кровотечение, тяжелой степени, анемия. Гемофилия «А».

После противошоковых мероприятий, через 1 час после поступления под наркозом выполнена лапароскопия. В брюшной полости до 600 мл крови со сгустками. После удаления крови и сгустков при ревизии выявлены звездчатый разрыв в проекции передне-верхнего отдела IV-V сегмента печени 4х3 см, глубиной до 1,5 см, вся рана прикрыта сгустками крови, активного кровотечения нет. В IV сегменте печени имеется подкапсулярная гематома размерами 4х3х2 см, прикрытая сгустками крови, под ней отмечается кровотечение слабой интенсивности. В области портальных ворот печени обнаружен надрыв брюшины гепатодуоденальной связки с капиллярным кровотечением. Выполнена электрокоагуляция ран печени шаровидным электродом и в режиме “спрей” коагуляции до образования сплошного струпа на раневой поверхности. К ране печени подведен большой сальник и фиксирован к серповидной связке. Произведена тщательная санация брюшной полости.

В послеоперационном периоде больной получал инфузионно-гемостатическую терапию, переливание одногруппной крови (750 мл), криопреципитата, замороженной плазмы, антибактериальную терапию. Послеоперационное течение гладкое.

Больной осмотрен через 1,5 года после операции. Жалоб не предъявляет. Работает по прежней специальности.

Заключение Лапароскопия с эндовидеоподдержкой при изолированной травме печени позволяет не только установить правильный диагноз, но и выполнять лечебные манипуляции, снизить тяжесть хирургической агрессии у пострадавших с гемофилией.

СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ «А»

Исхаков Н.Б., Исхаков Б.Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Описания травматического разрыва печени у больного, страдающего гемофилией, в литературе мы не нашли.

Клиническое наблюдение. Пострадавший А.Ю., 29 лет, поступил в филиал РНЦЭМ 09.12.2018 г, через 1 час с момента получения производственной травмы (удар по животу деревянной палкой, вылетевшей из пилорамы). Жалобы на боли в правой половине живота, головокружение, общую слабость.

Из анамнеза известно, что больной страдает гемофилией «А». В 2 летнем возрасте после циркумцизии по поводу трудно останавливаемого кровотечения лечился в НИИ гематологии и переливания крови.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное, лежит на правом боку, ноги поджаты к животу. Среднего питания, телосложение правильное. Кожные покровы, слизистые бледные. ЧДД - 24 раза в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 уд/мин. АД = 90/60 мм.рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, отстаёт в акте дыхания, асимметричен за счет припухлости, багрово-синюшного цвета в правом верхнем

квadrante размерами 10x10 см. Пальпаторно отмечает резкую болезненность в этой области, остальные отделы живота безболезненны. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Перистальтика кишечника выслушивается. Области почек симметричны, безболезненны.

При катетеризации мочевого пузыря получено 200 мл светлой мочи. При УЗИ контуры печени неровные, под правым куполом диафрагмы и печенью, между петлями тонкой кишки определяется свободная жидкость. Заключение: разрыв печени, гемоперитонеум.

Анализ крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 6×10^9 /л, палочко-ядерные - 3, сегменто-ядерные - 74, лимфоциты - 22, моноциты - 1, СОЭ - 9 мм/ч. Время свертывания крови по Ли-Уайту - более 8 мин., мочевины крови - 6,4 моль/л, протромбин - 82%, гематокрит - 23%.

Диагноз: Закрытая травма живота. Разрыв печени? Внутрибрюшное кровотечение, тяжелой степени, анемия. Гемофилия «А».

После противошоковых мероприятий, через 1 час после поступления под наркозом выполнена лапароскопия. В брюшной полости до 600 мл крови со сгустками. После удаления крови и сгустков при ревизии выявлены звездчатый разрыв в проекции передне-верхнего отдела IV-V сегмента печени 4x3 см, глубиной до 1,5 см, вся рана прикрыта сгустками крови, активного кровотечения нет. В IV сегменте печени имеется подкапсульная гематома размерами 4x3x2 см, прикрытая сгустками крови, под ней отмечается кровотечение слабой интенсивности. В области портальных ворот печени обнаружен надрыв брюшины гепатодуоденальной связки с капиллярным кровотечением. Выполнена электрокоагуляция ран печени шаровидным электродом и в режиме “спрей” коагуляции до образования сплошного струпа на раневой поверхности. К ране печени подведен большой сальник и фиксирован к серповидной связке. Произведена тщательная санация брюшной полости.

В послеоперационном периоде больной получал инфузионно-гемостатическую терапию, переливание одногруппной крови (750 мл), криопреципитата, замороженной плазмы, антибактериальную терапию. Послеоперационное течение гладкое.

Больной осмотрен через 1,5 года после операции. Жалоб не предъявляет. Работает по прежней специальности.

Заключение Лапароскопия с эндовидеоподдержкой при изолированной травме печени позволяет не только установить правильный диагноз, но и выполнять лечебные манипуляции, снизить тяжесть хирургической агрессии у пострадавших с гемофилией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ХОЛАНГИТОМ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гнойный холангит осложненным механической желтухой является актуальной и до конца не решенной проблемой современной хирургии. Связано это не только с высокой летальностью (12-55%), но, в первую очередь, с его ключевой ролью в развитии из-за токсического действия желчных кислот приводящийся глубокое метаболическое нарушение организма, микроабсцессов печени и билируного сепсиса.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных острым гнойным холангитом доброкачественного генеза путем оптимизации применения малоинвазивной в комплексном хирургическом лечении.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 128 больных ЖКБ с гнойным холангитом осложненным механической желтухой. Все пациенты были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 36 больных, получавших традиционное хирургическое лечение, основную 92 больных, получавших разработанное малоинвазивное хирургическое лечение. Обе группы больных были примерно одинаковы по возрасту, выраженности клинических проявлений, тяжести сопутствующих заболеваний.

Результаты и их обсуждение. Основным видом хирургического вмешательства в контрольной группе была открытая холецистэктомия, холедохолитотомия с интраоперационной холангиографией, наружным дренированием холедоха и дренированием подпеченочного пространства. Этот же вид операции выполняли при распространенном перитоните, дополняя его санацией (промыванием) брюшной полости и ее дренированием. В период предоперационной подготовки пациенты получали медикаментозные средства, корригирующие состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, почек, метаболические процессы, а также антибактериальные средства, спазмолитики, дезинтоксикационные препараты и другие.

В основной группе больных кроме перечисленных тактических и лечебных мероприятий, включало: - более раннее выполнение срочных хирургических вмешательств (в ближайшие 1-2 суток); - применение различных вариантов комбинации малоинвазивных хирургических вмешательств и поэтапное их выполнение; - через дренажную санацию ЖВП. Чаще всего первым этапом хирургического лечения было выполнение эндоскопической палилосфинктеротомии с удалением камней из холедоха при холедохолитиазе и установлением назобилиарного дренажа. Вторым этапом производили лапароскопическую холецистэктомию. При наличии выраженного воспаления желчного пузыря с признаками распространенного или местного перитонита, а также при безуспешности литоэкстракции при ЭПСТ выполняли традиционные холецистэктомию или холецистэктомию через минидоступ с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха. В основной группе больных для более быстрого снижения воспалительных явлений в желчных протоках и предупреждения образования микроабсцессов или абсцессов в печени осуществляли санацию ЖВП антисептическим раствором декасаном. Вначале вводили раствор декасан до нормализации микрофлоры, Такое промывание желчных протоков осуществляли 7-8 дней.

Заключение. При хирургическом лечении больных ЖКБ с гнойным холангитом осложненным механической желтухой в комплексном лечении включали эндоскопическую палилосфинктеротомии с удалением камней из холедоха и санация ЖВП раствором декасан способствует предупреждению образования внутривнутрипеченочных холангиогенных абсцессов и развитию билиарного сепсиса. Предложенный нами способ позволяет купировать атаки холангита и благоприятно сказывается на течении послеоперационного периода, способствовало сокращению послеоперационных осложнений с 43,7% до 13,1%, и летальности с 11,3% до 3,1%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧЕРЕСКОЖНО ЧЕРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ДРЕНИРОВАНИЕ ОБЩЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМА ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Проблема механической желтухи (МЖ) остается актуальным до сегодняшним время, и требует особый знания и технология. Во всем мире отмечается прогрессивный

рост числа пациентов с доброкачественной и злокачественной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, что неизбежно приводит к увеличению заболеваемости МЖ. Преобладание пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией, на фоне которой МЖ быстро приводит к явлениям декомпенсации, повышает риск оперативного лечения и прямо влияет на его результаты. Относительно высокая летальность, связана, несмотря на определенные достижения в лечении МЖ, в том числе с неправильным определением лечебной тактики, выбором объема вмешательства и т.д.

Злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны встречаются с частотой 9-10 на 100 000 населения, составляют до 15% всех опухолей желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к росту заболеваемости.

В 75-95% случаев они сопровождаются развитием синдрома механической желтухи, что часто является не только первым клиническим симптомом болезни, но и свидетельствует о запущенности и распространенности процесса.

Для лечения и предоперационной подготовки больного применение ЧЧХС у пациентов с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны имеет множество нерешенных проблем: одни авторы рекомендуют выполнять ЧЧХС под первичным ультразвуковым наведением другие только под контролем рентгеноскопии. Одни выполняют только наружное дренирование, другие считают важным первичную реканализацию и установку наружно внутреннего дренажа. Ряд авторов считают обязательным использование дренажей с внутренним механизмом фиксации, другие полагают, что чем выше уровень обтурации тем меньше возможностей разместить в протоках фиксирующую конструкцию.

Существуют разногласия в том, какой диаметр дренажа предпочтительней. Одни авторы считают причиной высокой летальности недозированную декомпрессию в раннем послеоперационном периоде, другие - развитие послеоперационных осложнений.

Цель работы. Улучшение результатов чрескожных чреспеченочных вмешательств у больных механической желтухой опухолевого генеза.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 94 человек с опухолевыми заболеваниями ГПДЗ, осложненными механической желтухой, которым ЧЧХС была выполнена с 2019г. по 2023г. на базе печеночное отделение РСНПМЦ. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 36 больных, чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков которым выполняли под рентгеноскопическим контролем. Вторую группу составили 58 пациентов, прооперированных с использованием комбинации ультразвукового наведения при первичной пункции и рентгеноскопического контроля при выполнении последующих этапов.

Возраст больных составлял от 41 до 88 лет. Средний возраст пациентов составил $64,2 \pm 1,1$ (соответственно $62,3 \pm 1,5$ в первой и $66,8 \pm 1,4$ во второй группах, $p > 0,05$). Существенных различий в возрастной структуре в обеих группах мы не обнаружили.

Результаты исследования. Всем 94 пациентам была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

У 35 больных первой группы ЧЧХС выполняли под рентгеноскопическим контролем на всех этапах оперирования. 58 пациентам второй группы ЧЧХС была выполнена с применением комбинированной методики, заключающейся в использовании ультразвукового наведения для первичной пункции желчного протока и рентгеноскопического контроля при установке дренажа.

ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВАҚТИДА ҚОН КЕТИШ ВА УНИ ТЎХТАТИШ ЙЎЛЛАРИ.

Йулдашев Ш.М., Ахраров Б.М. И.Х., Махмудов Н.И.,
РШТЁИМ Фарғона филиали

Видеолапароскопик амалиёт вақтида ўткир холецистларда ўт пуфаги артериясидан қон кетиш ҳолатлари адабиётлар буйича 9-12 % (Балаликин, 1996 й) ни ташкил қилади ва бу кўпинча традицион усулга лапаротомияга ўтишни асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади.

РШТИМФФ абдоминал жаррохлик булимида 2018 йилдан 2022 йилгача ўулган даврда 394 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиёти бажарилган. Бу беморларнинг 11 нафарида (2,79%) амалиёт вақтида турли даражада қон кетиш ҳолатлари кузатилган. Қон кетиш асоратлари сабаблари турлича бўлиб, ўт пуфагини ажратиш вақтида артерия тортилиб, узулиб кетиши, артерияни эндозажим билан қисман жароҳатланиши оқибатида, артерияга клипс қўйилганда қиркилиб кетиши ва артерияни қўшимча тармоғи бўлганда сезмасдан кесиб юбориш, турли даражадаги ўт йуллари ва артериясини аномалияларида, ўт пуфаги жигар ичида жойлашганда ўрnidан турли даражада қон кетиш ҳолатлари кузатилади. Қон кетишни лапароскопик усулда тўхтатишни ўзига хос кийинчиликларидан артерия пульсация қилиб қонаётган вақтда лапароскоп оптикасини «беркитиб» қўяди ва қўриш майдонини ёмонлаштиради, тездагина гепатодуоденал боғлам соҳасида гематома ҳосил бўлади. Бу вақтда қонаётган соҳага электроотсос ёрдамида тортиб турилиб, қонаётган томир чўлтоғи эндозажимга олишга ҳаракат қилинади ва қўшимча клипслар қуйилади ва керак бўлса электрокоагуляция қилинади. Бу ҳам ўт йулларини коагуляция ёрдамида термик қуйишига ва қўшимча қон кетишга сабаб бўлиши мумкин.

Ўт пуфаги артериясидан қон кетаётган вақтда тўхтатиш учун юмшоқ эндозажим ёрдамида гепатодуоденал боғлам билан қўшиб жигар артерияси босилади ва қорин бўшлиғига 10 мм ли троакар ёрдамида қўшимча инструмент киритилади. Бу усул билан қон кетиш тўхтатилади ва қонаётган томир усти ювилиб, қонаётган маънаб идентификация қилинади, электрокоагуляция қилиниб ёки қўшимча клипсларни гемостаз бажарилади. Қон кетиш тўхтагач гепатодуоденал боғламни ушлаб турган юмшоқ эндозажим қўйиб юборилади.

Турли даражада қон кетиш асорати кузатилган 11 ҳолатдан (2,79 %) 9 тасида (2,28 %) шу усул билан қон кетиш тўхтатилган. 2 – та (0,5%) ҳолатдагина кучли профуз қон кетиш ҳолатлари бўлганлиги учун лапаротомия қилишга мажбур бўлинган. Булардан 1 таси склерозланган калькулез холецистит бўлиб ўт пуфаги жигар ичида жойлашган ва атрофи кўплаб битишмалар билан ёпишиб кетганлиги туфайли ажратиш вақтида пастки ковак венани жигар ичига кириш жойида коагуляция билан жароҳатланиши оқибатида кучли қон кетиш ҳолати кузатилган ва беморни ўлимига олиб келган. Бу умумий беморларни (0,2 %) ташкил қилади. Қолган қон кетиш асорати кузатилган беморлар соғайиб кетган.

ЭРХПГ И ЭПСТ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ.

Йулдашев Ш.М., Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К..
Ферганский медицинский институт общественного здоровья
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 2018 г. по 2022 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 холециститами, 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 ЭПСТ 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.

НАШ ОПЫТ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО БЛОКИРУЕМОГО ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

К. Машарипов. Ж.К Машарипов.
Ургенчски филиал Ташкентской медицинской академии.
(дир.д.м.н. Р.Ю. Рузубаев)

Переломы бедренной кости составляют примерно 6% от количества всех переломов.

Многие годы продолжается совершенствование малоинвазивного остеосинтеза переломов бедренной кости, что позволяет уменьшать травматичность вмешательств, уменьшить необходимость гемотрансфузии и инфекционные риски, повысить шансы сращения перелома. Главным малоинвазивным остеосинтезом бедра - интрамедуллярный блокируемый (БИОС). Для этого разработаны штифты разных дизайнов для различных локализаций переломов.

Обязательными условиями для выполнения БИОС являются: наличие ортопедического стола с полнофункциональной приставкой; наличие С-дуги; наличие полноценного набора инструментов и размерного ряда имплантов; наличие соответствующих навыков у оперирующего хирурга.

На этапе обследования пациента важным является визуализация всего поврежденного сегмента для выявления дополнительных скрытых переломов. Прописной истиной стало КТ-исследование внутрисуставных переломов.

В нашем отделении находилась на лечении 47 больных с диафизарным переломом бедра, из них у 7 больных которой интраоперационно, после укладки на ортопедическом столе и тракции конечности дополнительно был выявлен перелом шейки бедра, который не был ранее выявлен несмотря на полноценную рентгенографию всего сегмента. Дизайн выбранного импланта для остеосинтеза бедра предполагал его введение через верхушку вертела и возможность введения шеечных винтов. Соответственно этим же штифтом удалось синтезировать одновременно диафиз и шейку бедренной кости.

Таким образом, использование многофункциональных имплантов является значимой страховкой при интраоперационном выявлении дополнительных переломов.

При антеградном синтезе бедра важную роль играет правильная укладка пациента и многофункциональность ортопедического стола, от которых зависит точность репозиции. Необходимо стараться выполнять окончательную репозицию отломков на укладке до начала вмешательства.

При БИОС околоуставных переломов любой локализации нами широко используются направляющие спицы и винты, способствующие репозиции отломков и сохранению оси конечности.

Нами пролечено 47 больных с переломами бедра, которым выполнялся БИОС с указанной выше методикой. У 6 пациентом возникла необходимость в открытой репозиции для устранения смещения отломков.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ БИНОКУЛЯРНЫХ ФУНКЦИЙ

Кадилова А.М., Бобоев С.А., Косимов Р.Э.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Несвоевременное лечение содружественного косоглазия, являющегося преимущественно патологией раннего детского возраста, становится

основным этиологическим и патогенетическим факторами слабости зрения и инвалидности по зрению с детства. Хирургическое лечение его является одним из важных этапов реабилитации пациентов с девиацией, качество которого существенно влияет на восстановление бинокулярных функций органа зрения.

Цель работы – изучить эффективность хирургического лечения содружественного сходящегося косоглазия.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней 96 детей с содружественным сходящимся косоглазием обоих глаз, находившихся на стационарном хирургическом лечении в отделении глазных болезней многопрофильной клиники Самаркандского Государственного медицинского университета с 2020 по 2023 гг. Возраст больных составил 4-8 лет (средний возраст $6,5 \pm 0,55$ лет). Девочек было 58, мальчиков - 42.

У 24 детей косоглазие возникло с рождения; у 72 – в возрасте от 2-х до 5 лет.

Всем больным в предоперационном периоде проводилась оптическая коррекция, ортоптическое лечение в условиях специализированного детского сада № 79 для детей г. Самарканда, а также получившие лечение в амбулаторных условиях поликлиник у окулиста по месту жительства. Для формирования бинокулярного зрения нами был использован синоптофор, амблиотренер, мускулотренер, мозаика, раздражения области макулы светом, диплоптика и плеоптика.

Всем больным с содружественным косоглазием проводилось полное офтальмологическое обследование. Для оценки состояния функций органа зрения и преломляющего аппарата проводились следующие методы исследования: определение остроты зрения по таблицам Орловой и Головина-Сивцева, исследование положения глаз и объема движений в 8 меридианах, определение угла косоглазия по Гиршбергу при помощи зеркального офтальмоскопа Гельмгольца, а также синоптофором, исследование рефракции глаз с узким и широким зрачками с использованием авторефрактометра, а также путем скиаскопии: рефракцию определяли путем циклоплегии инстилляцией 1% раствора атропина в возрастной дозировке для исключения побочного эффекта, а иногда 1% раствора тропикамида 2-хкратно с интервалом 5 мин у детей младшего возраста и с помощью авторефрактометра PRK «Supore» (China), исследование переднего отрезка, проводящих сред глаза, глазного дна с помощью щелевой лампы (биомикроскопия). Состояние глазного дна изучалось методами обратной и прямой офтальмоскопии, определение характера зрения - 4-х точечным цветотестом Белостоцкого-Фридмана, определение аккомодации и конвергенции на аппарате аккомодоконвергенстренере.

Функциональное лечение включало в себя курсы плеоптического, ортоптического и диплоптического лечения, а также курсы физиотерапии и электростимуляции для воздействия на мышечный аппарат глаза, сетчатку, зрительный нерв. Курс лечения на начальном этапе состоял из адекватной очковой коррекции и окклюзии. Ортоптическое лечение включало в себя: синоптофор, бивизиотренер, мускулотренер.

Рефракция у этих больных во всех случаях была гиперметропической, от +0,75 D до +5,75 D (в среднем +2,75 D).

Все дети были проконсультированы детским неврологом.

Все больные оперировались под общим наркозом, которым производилась рецессия внутренних прямых мышц обоих глаз по стандартной методике. Для определения объема хирургического вмешательства при содружественном сходящемся косоглазии за основу брали схему дозирования хирургического лечения сходящегося косоглазия, предложенную Э.С. Аветисовым, Х.И. Махкамовой.

Результаты и обсуждение. Больные были распределены по величине угла косоглазия: угол девиации $10-15^\circ$ наблюдался у 18 (18,75%) пациентов, $15-25^\circ$ – у 54 (52,08%), угол девиации $25-30^\circ$ - у 24 (29,17%). Изучая ближайший послеоперационный

период, угол косоглазия была устранен у 64 (66,7%) больных, у них также наблюдалась ортофория. Больные с остаточным углом косоглазия составили - 24 (25%), у них наблюдался гипозэффект. Из них в 8 случаях наблюдался гиперэффект, то есть наблюдалось вторичное расходящееся косоглазие.

При угле отклонения косоглазия на 10-25° по Гиршбергу устранения косоглазия добились в 85% случаев. При угле отклонения больше 25° эффект проведенного лечения заметно снизился, то есть симметричное положение глаза встречается в 60% случаев, в остальных случаях заметно улучшается, то есть угол косоглазия уменьшается, но сохраняется гипозэффект.

Следует отметить, если лечение косоглазия начать в дошкольном возрасте, то эффект от проведенного лечения будет намного лучше, чем от начатого лечения в школьном возрасте. Количество больных, начавшие лечение в возрасте 3-5 лет, составляет 80%. При раннем развитии косоглазия (до года) косметический эффект от проведенного лечения очень низкий и составляет 15-20%. Среди детей, оперированных в возрасте от 5 до 7 лет, заметно улучшались бифовеальные слияния и бинокулярное зрение, а у детей в возрасте старше 8 лет бифовеального слияния не отмечено ни у одного, несмотря на энергичные ортоптические упражнения. В то же время при косоглазии сроком 9 лет симметричное положение глаз наблюдалось у 15% обследованных нами больных.

Таким образом, изучено влияние хирургического лечения на состояние бинокулярных функций у 96 больных с содружественным косоглазием, прооперированных в возрасте 4-8 лет. Результаты свидетельствуют о высокой эффективности данного лечения у больных раннего и дошкольного возраста: девиация полностью устранена у 80% оперированных больных. Отмечено также положительное влияние раннего хирургического вмешательства на бинокулярные сенсорные функции — это проявилось устранением феномена функционального торможения у 65% больных и значительным увеличением числа больных (с 10 до 40%) с феноменом диплопии.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Кадирова А.М., Бобоев С.С., Хамракулов С.Б.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Неоваскулярная глаукома (НВГ) — одна из самых тяжелых форм вторичной глаукомы из-за тяжелого общего фона и местных изменений в виде новообразованных сосудов в радужке и углу передней камеры. К развитию НВГ может привести ряд заболеваний. Лечение глаукомы предусматривает гипотензивную терапию и оперативные методики.

Одним из наиболее эффективных циклодеструктивных вмешательств в лечении НВГ является применение новой перспективной технологии - контактной микроимпульсной транссклеральной лазерной циклофотокоагуляции.

Цель исследования - оценить эффективность транссклеральной циклофотокоагуляции диодным лазером в микроимпульсном режиме и ее влияние на клиническое течение неоваскулярной глаукомы.

Материал и методы. Клинические исследования выполнены на базе отделения глазных болезней многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета и Глазного центра ООО «А.А. Юсупов» г. Самарканда 30 больным с неоваскулярной болящей глаукомой. Из них 21 женщин и 9 мужчин. У данных больных наблюдались ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и сахарный диабет.

Для оценки состояния функций органа зрения проводились: осмотр переднего отдела глаз методом биомикроскопии, определение остроты зрения, исследование периферического поля зрения на сферопериметре, измерение внутриглазного давления (ВГД) с помощью тонометра Маклакова, исследование глазного дна прямой и обратной офтальмоскопией, ультразвуковое исследование, гониоскопия.

Отсутствие зрительных функций и наличие сильного болевого синдрома долгое время являлось показанием к удалению глаз с терминальной болящей глаукомой. Попытка сохранить глаз как орган легла в основу лазерной циклофотокоагуляции.

Отступая от лимба на расстоянии 4 мм в проекции плоской части проводилась лазерная фотокоагуляция цилиарного тела микроимпульсным диодным лазером («SubCyclo Supra-810»). Количество процедур у каждого больного выполнялось 2 – 3 раза с промежутками в 3-4 дня. После процедуры для купирования воспалительного процесса назначали 1% раствор пред-форте по 1 капле 2 раза, а также раствор Кюпен-форте по 1 капле 3 раза в день. Для расширения зрачка нами был использован раствор 2,5% раствор мидоптика по 1 капле 2 раза в день в течение недели. Кроме того, для понижения ВГД закапывался 0,5% раствор тимолола по 1 капле 2 раза в день.

Результаты и обсуждение. Эффект лазерной циклофотокоагуляции был изучен по следующим критериям: состоянию роговой оболочки, болевому синдрому и уровню ВГД. Отек роговицы до проведения данной процедуры мы наблюдали на 24 глазах (80%). На первые сутки после лазерной фотокоагуляции цилиарного тела число глаз с прозрачной роговой оболочкой достигло 19 (63,33%), а через неделю – 26 глаз (до 86,6 %).

Незначительные и сильные боли до лечения отмечались в 18 глазах (60%), сразу после процедуры число глаз с болевым синдромом, независимо от уровня ВГД, уменьшилось более, чем в 4 раза.

Если до операции число глаз с показателем ВГД 50 мм рт. ст. и выше наблюдалось на 21 глазах (70%), то уже в первый послеоперационный день их число с ВГД, равное 35 мм рт. ст. и ниже, достигло - 23 глаза (76,7%), к концу месяца – 24 глаза (80%), где ВГД не превышало 32 мм рт. ст. Исключение составили 2 глаза (10%) больных с ВГД 40-45 мм рт. ст., которым в дальнейшем проводилась трабекулоэктомия. Мы не обнаружили положительного влияния данной процедуры на остроту зрения, так как до операции острота зрения у больных с неоваскулярной глаукомой равнялась 0 (нулю).

Выводы. Лазерная транссклеральная циклофотокоагуляция цилиарного тела в микроимпульсном режиме при неоваскулярной болящей глаукоме приводит уменьшению ВГД, исчезновению болевого синдрома, а также является патогенетически обоснованным методом лечения и предварительным этапом для проведения антиглаукоматозной операции.

Данный метод технологии носит органосохранный характер, основной целью которого является достижение анальгезирующего эффекта со снижением внутриглазного давления и сохранением глазного яблока как органа.

ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОЖОГАХ.

Карабоев Д.Ш., Шакиров Б.М.

Самаркандский Государственный медицинский Университет, Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Введение. Термические поражения представляют серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему. Поражение опорно-двигательного аппарата при ожоговой болезни отличаются частотой, разнообразием и специфичностью. Наиболее тяжёлым видом этой патологии являются гнойные воспаления суставов. Несмотря на частоту и тяжесть гнойных артритов при ожоговой болезни, число публикаций по этому вопросу весьма невелико. Известно, что при ожогах различные виды поражений костей и суставов у детей регистрируют чаще, чем у взрослых и у мужчин чаще, чем у женщин. У детей это осложнение наблюдалось нами в 5 раза чаще, чем у взрослых.

Материал и методы. Нами прослежено клиническое течение 56 гнойных воспалений суставов у 39 пострадавших, из которых у 28 были моноартриты. У 8 больных наблюдались воспаления двух суставов, у 3-х – суставов. У всех наших больных с множественными поражениями суставов наблюдались септицемия.

Результаты и обсуждение. Результаты наших бактериологических исследований была выделена у 17 суставов была выделена монокультура. Возбудителем воспаления 10 суставов явились смешанная бактериальная флора, у 12 суставов выявлено *staphylococcus aureus*. Анализ полученных нами данных позволяет говорить о значительном разнообразии возбудителей гнойных артритов у обожженных. Обобщая имеющиеся в литературе сведения и результаты собственных наблюдений, мы использовали следующую патогенетическую классификацию гнойных артритов, которая исходит из принципа разделения артритов на первичные и вторичные. К первичным относят артриты, при которых инфицирования происходит вследствие прободения суставной капсулы, которые может возникнуть при непосредственном действии термического агента в момент травмы. При вторичных артритах воспаления развивается в суставе с неповреждённой артикулярной сумкой. При пальпации определяется повышение температуры и резкая болезненность от надавливания. Отмечается краснота и отечность кожи. Если гнойный процесс поражает фасции, окружающие сустав и мышцы, появляется припухлость мягких тканей. Общее состояние нередко бывает очень тяжелым, наблюдается желтушность кожных покровов, высокая интермиттирующая лихорадка с ознобами, бредом. Исходя из характера повреждения, клинического течения и хирургической тактики, все поражения суставов можно разделить на ранние и поздние. Активное хирургическое лечение артритов предпринято нами у 34 больных. Выбор метода оперативного лечения артритов у обожженных определяется общим состоянием больного, характером патологических изменений в суставе и распространённостью глубоких ожогов на соответствующей конечности. Оперативное лечение больных с гнойными артритами необходимо сочетать с мероприятиями, направленными на повышение общей сопротивляемости организма. Первостепенное значение имеет усиление трансфузионной и антибактериальной терапии.

Вывод. Гнойные воспаления суставов с обширными ожогами ШБ-IV степени явились нередким осложнением тяжёлой термической травмы. Выбор метода оперативного лечения артритов у обожжённых определяется общим состоянием больного,

характером патологических изменений в суставе и распространённостью глубоких ожогов на соответствующей конечности.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**Каримбоев Ш. Т. Маллабоев Л.Д. Журабаев Б.Ж. Анваров Д.М
Наманганский филиал РНЦЭМП**

У лиц детского возраста переломы дистального метаэпифиза лучевой кости встречаются довольно часто и составляют 40–45% от всех переломов костей конечностей. К особенностям повреждений данной локализации у детей относятся механизм травм не прямой удар (падение на вытянутую кисть). При лечении переломов дистального метаэпифиза лучевой кости необходимо стремиться к анатомически точной репозиции для восстановления функции лучезапястного сустава и к прочной фиксации костных отломков. Консервативный метод лечения имеет множество осложнений, так как закрытая репозиция не обеспечивает точного сопоставления костных отломков, а гипсовая иммобилизация не предотвращает вторичного смещения, усиливает уже имеющиеся явления. В настоящее время узбекские и зарубежные травматологи все чаще прибегают к оперативному методу лечения данной патологии.

Анализ результатов лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости у детей различными методами. В отделении хирургия повреждениями детского возраста РНЦЭМП Наманганского филиала в период 2019-2022 г.г. находилось на лечении 48 пациентов с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости. Консервативно пролечено 22 пациента (41%), фиксация спицами произведена 22 пациентам (41%), чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации (АВФ) (спицевыми) применен 4 пациентам (18%). В послеоперационном периоде гипсовая иммобилизация применялась только после остеосинтеза спицами. Дети аппаратами внешней фиксации приступали к восстановлению движений в лучезапястном суставе и суставах кисти после купирования болевого синдрома в среднем на 10–12 сутки.

При консервативном методе лечения у 8 пациентов (17%) имело место вторичное смещение костных отломков. У 7 пациентов (16%) после остеосинтеза наблюдалась миграция спиц. После остеосинтеза АВФ у 1 больного (8%) развилось околоспицевое и околостержневое воспаления мягких тканей, которое на фоне противовоспалительной терапии купировалось и на общий срок лечения не повлияло. Восстановление функции лучезапястного сустава и суставов кисти происходило быстрее у пациентов после остеосинтеза в 1,5 раза по сравнению с консервативным методом лечения в 1,2 раза быстрее по сравнению с аппаратным остеосинтезом.

Несмотря на большое количество осложнений (41,7%), консервативный метод лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости у детей применяется достаточно часто (в 24,5% случаев). Оперативный метод лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости с использованием спицами является надежной фиксации костных отломков. Аппаратный остеосинтез малоинвазивен, но требует постоянного ухода за достаточно громоздкой внешней металлоконструкцией. Данная методика, объединив в себе положительные моменты внеочагового и погружного остеосинтеза позволяет в короткие сроки восстановить функцию лучезапястного сустава у детей.

Заключение. Операция должна выполняться в кратчайшие сроки после получения травмы, до нарастания значительного отека. Это облегчает техническое выполнение вмешательства и снижает риск развития осложнений, таких как нарушение

периферического кровообращения, невриты и парезы нервов. Соблюдение данных условий позволяет свести к минимуму развитие послеоперационных осложнений

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Юсупов Н.А., Юлдашев А.К.

На базе РНЦЭМП Наманганскова филиала в период с 2012 по 2016 г. было проведено исследование отдаленных результатов оперативного лечения 64 пациентов с переломами шейки бедренной кости. Лечение этих больных осуществлялось с применением современных металлоконструкций – канюлированными винтами АО – 30 случаев; с использованием блокирующей интрамедуллярный остеосинтез ChM 16; эндопротезирование тазобедренного сустава – в 18 случаях.

В ходе анализа клинического материала контрольной группы выявлены следующие ошибки и осложнения:

1. Переломы фиксаторов (3,13%) наблюдались в трех случаях и связаны с неправильным выбором имплантата и грубыми нарушениями рекомендаций хирурга в послеоперационном периоде.
2. Миграция фиксаторов (9,38%) наблюдалась в 9 случаях и обусловлена недостаточной стабильностью фиксации и резорбцией кости в зоне имплантации.
3. Нестабильная фиксация (4,17%) наблюдалась в четырех случаях. Причиной послужила неадекватная оценка тяжести перелома и как следствие, неверный выбор имплантата.
4. Несращение переломов (6,25%) наблюдались в 6 случаях и явились следствием недостаточной репозицией отломков во время операции.
5. Нестабильность компонентов эндопротеза (5,26%) наблюдалась в двух случаях и связана с ятрогенными ошибками во время операции.

Таким образом, переломы шейки бедренной кости относятся к тяжелым повреждениям, лечение которых сопряжено со многими проблемами, что накладывает особую ответственность на хирурга при выборе тактики оперативного лечения

МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Юсупов Н.А., Камбаралиев Б.Р., Юлдашев А.К.

Повреждения заднего отдела стопы у пострадавших с сочетанной и множественной травмой встречаются в 2,5 раза выше, чем у пострадавших с изолированными повреждениями, что связано с высокоэнергетическим механизмом травмы (кататравма, автотравма). Анализ ранних результатов лечения больных с переломами пяточных костей методом миниинвазивного остеосинтеза. В 2014–2016 гг. у 19 пациентов с 28 переломами пяточных костей проведено 25 малоинвазивных остеосинтезов пяточных костей. Среди них было 13 мужчин и 6 женщин. Средний возраст пациентов составил 36,8 лет. Ведущим повреждением у 10 больных (52%) была травма поясничного отдела позвоночника, у 6 больных (32%) – травма таза и конечностей, у 3 пациентов (16%) – травма груди. У 9 больных отмечались билатеральные переломы пяточных костей. Средний балл по шкале ISS всех пострадавших составил 17,9 баллов. Открытых переломов пяточных костей было 10 (52%). По классификации Gustilo–Anderson

переломы I и II типа встретились в 2 случаях каждый, переломы IIIA – в 2 случаях, IIIB типа – в 3 случае, перелом типа III(C) – в 1 случае. У больных с закрытыми повреждениями выполнили 7 вмешательств по остеосинтезу пяточных костей винтами через разрезы-проколы, 5 операции – фиксации переломов спицами, в 3 случаях выполнили остеосинтез винтами. У пациентов с открытыми переломами во всех случаях производили фиксацию отломков спицами. Репозицию отломков выполняли через отдельные разрезы вне поврежденных кожных покровов длиной до 1 см с помощью элеваторов. Во всех случаях использовали спицевой дистракционный аппарат.

Ни в одном случае после остеосинтеза не наблюдалось поверхностной инфекции в области послеоперационных ран. У 2 больных с открытыми (IIIB типа по Gustilo–Anderson) переломами развился хронический остеомиелит пяточных костей, ввиду значимого дефекта мягких тканей в области задних отделов стоп. Ни у одного из пациентов вторичного смещения отломков не отмечено. Сращение переломов достигнуто в 21 случае (84%), оценить сращение 4 переломов у 3 больных не представилось возможным (выпали из наблюдения).

Использование миниинвазивной фиксации переломов пяточных костей у пострадавших с политравмой характеризуется минимальной травмой мягких тканей, низким процентом инфекционных осложнений при сохранении достаточной стабильности отломков.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Юсупов Н.А., Камбаралиев Б.Р, Юлдашев А.К.

Повреждения заднего отдела стопы у пострадавших с сочетанной и множественной травмой встречаются в 2,5 раза выше, чем у пострадавших с изолированными повреждениями, что связано с высокоэнергетическим механизмом травмы (кататравма, автотравма). Стандартным оперативным методом лечения является открытая репозиция и остеосинтез через расширенный латеральный доступ. При этом частота инфекционных осложнений достигает 27%. Дополнительные сложности возникают при открытых переломах, когда имеется повышенный риск инфекции. Наличие раны, дефекта мягких тканей в области заднего отдела стопы исключает выполнение полноценного доступа. Кроме того, у пациентов с сочетанной травмой предпочтительна малоинвазивная хирургия ввиду вторичного иммунодефицита, посттравматической анемии.

Анализ ранних результатов лечения больных с переломами пяточных костей методом миниинвазивного остеосинтеза. В 2014–2016 гг. у 19 пациентов с 28 переломами пяточных костей проведено 25 малоинвазивных остеосинтезов пяточных костей. Среди них было 13 мужчин и 6 женщин. Средний возраст пациентов составил 36,8 лет. Ведущим повреждением у 10 больных (52%) была травма поясничного отдела позвоночника, у 6 больных (32%) – травма таза и конечностей, у 3 пациентов (16%)

– травма груди. У 9 больных отмечались билатеральные переломы пяточных костей. Средний балл по шкале ISS всех пострадавших составил 17,9 баллов. Открытых переломов пяточных костей было 10 (52%). По классификации Gustilo–Anderson переломы I и II типа встретились в 2 случаях каждый, переломы IIIA – в 2 случаях, IIIB типа – в 3 случае, перелом типа III(C) – в 1 случае. У больных с закрытыми повреждениями выполнили 7 вмешательств по остеосинтезу пяточных костей штифтами через разрезы-проколы, 5 операции – фиксации переломов спицами, в 3 случаях выполнили остеосинтез винтами. У пациентов с открытыми переломами во всех

случаях производили фиксацию отломков спицами. Репозицию отломков выполняли через отдельные разрезы вне поврежденных кожных покровов длиной до 1 см с помощью элеваторов. Во всех случаях использовали спицевой дистракционный аппарат.

Результаты. Ни в одном случае после остеосинтеза не наблюдалось поверхностной инфекции в области послеоперационных ран. У 2 больных с открытыми (ШВ типа по Gustilo–Anderson) переломами развился хронический остеомиелит пяточных костей, ввиду значимого дефекта мягких тканей в области задних отделов стоп. Ни у одного из пациентов вторичного смещения отломков не отмечено. Сращение переломов достигнуто в 21 случае (84%), оценить сращение 4 переломов у 3 больных не представилось возможным (выпали из наблюдения).

Заключение. Использование миниинвазивной фиксации переломов пяточных костей у пострадавших с политравмой характеризуется минимальной травмой мягких тканей, низким процентом инфекционных осложнений при сохранении достаточной стабильности отломков.

ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ

Ш. Т. Каримбоев, Л. Д. Маллабоев, Б.Ж.Журабаев, И. П. Назаров
Намангансий филиал Республиканского центра экстренной медицинской помощи,
г. Наманган. Узбекистан.

Актуальность. Чрезмышцелковые переломы, в структуре переломов дистального метаэпифиза плечевой кости у детей, занимают лидирующие позиции. Сложность строения локтевого сустава, внутрисуставной характер перелома, возможные неврологические осложнения, формирование посттравматических деформаций обуславливают высокие требования к восстановлению анатомии и конгруэнтности суставных поверхностей при лечении данного вида травмы.

Целью работы явилось выявление особенностей техники оперативного вмешательства закрытого остеосинтеза у детей при чрезмышцелковых переломах плечевой кости со смещением отломков.

Материал и методы. В отделении хирургии детских повреждений Наманганского филиала РНЦЭМП с 2018 по 2022 г.г, находились 94 ребенка с закрытым чрезмышцелковым переломом плечевой кости, со смещением отломков. Экстензионные переломы преобладали над флексионными, что составило 90,1 % (64 больных) и 9,9 % (7) соответственно. В группе исследуемых пациентов ротационный компонент смещения встречался у 74 детей (77,5 %). У большинства пострадавших дистальный метаэпифиз плечевой кости в поперечном размере были расширены, а в переднезаднем резко уплощены. Даже при небольшой взаимной ротации отломков возникало существенное несовпадение плоскостей излома, создающее весьма неустойчивое положение костных фрагментов.

Тактика лечения складывалась в операции по срочным показаниям, сразу при поступлении ребенка в отделение. В условиях операционной, под контролем рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем (ЭОП), всем больным выполняли закрытую ручную репозицию с устранением всех видов смещения, особое внимание уделяли устранению ротации. После достижения удовлетворительного стояния отломков выполняли чрескожный, перекрестный металлоостеосинтез спицами Киршнера из латерального и медиального доступов. По завершению операции концы спиц погружались под кожу. Иммобилизация гипсовой лонгетой в среднем составляла 3

недели. Условием стабильного остеосинтеза являлась захват достаточной области проксимального отломка и обязательное прохождение кортикального слоя проксимального фрагмента, но не более 5 мм. У детей старше 5 лет остеосинтез только двумя спицами Киршнера являлся недостаточным, поэтому мы использовали аппарат Илизарова. При контрольной рентгенографии смещение костных отломков не наблюдались. Осложнений, связанных с оперативными вмешательствами, не наблюдались. Средний койко-день составил – 3дня.

Заключение. Операция должна выполняться в кратчайшие сроки после получения травмы, до нарастания значительного отека. Это облегчает техническое выполнение вмешательства и снижает риск развития осложнений, таких как нарушение периферического кровообращения, невриты и парезы нервов. Соблюдение данных условий позволяет свести к минимуму развитие послеоперационных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЙ ИНТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ

ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.

Ш.Т. Каримбоев Л.Д. Маллабоев Б.Ж.Журабаев И.П. Назаров

Отделения хирургии детской повреждении Намангансий филиал РНЦЭМП

Актуальность. При лечении у детей переломов длинных трубчатых костей со смещением, многие десятилетия предпочтение отдавалось консервативным способам, в особенности скелетному вытяжению, реже аппаратам внешней фиксации. Однако, данные виды лечения требуют длительной госпитализации, обездвиживания ребенка в пределах постели и постоянного ухода родителей. Появление новых технологий остеосинтеза, современного рентгенологического оборудования, привело к принципиальным изменениям взглядов травматологов на возможности остеосинтеза.

Целью работы явилось Внедрение в практику малоинвазивного подхода к стабилизации переломов, без обнажения костных отломков. Нерешенные вопросы детской травматологии и зоны перелома, привело к значительному увеличению использования внутреннего остеосинтеза при лечении диафизарных переломов у детей.

Материал и методы В отделении хирургии детских повреждении Наманганского филиала РНЦЭМП применяем методику ChM (эластичный стабильный интрамедулярный остеосинтез стержнями), под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП), без вскрытия зоны перелома. Используем стержни ChM диаметром от 1,5 до 4 мм. Данный вид остеосинтеза применяли у детей в возрасте от 5 до 15 лет, при переломах бедренной, большеберцовой и плечевой костей. В каждый сегмент, согласно методике, вводили по два стержня, которые перед введением подбирали и моделировали в соответствии с имеющимся переломом и диаметром костно-мозгового канала кости. Внешнюю иммобилизацию после выполнения остеосинтеза ChM не применяли. Всего, за 2 год нами было прооперировано 12 пациент по методике ChM, из которых остеосинтез бедренной кости 5 детей, большеберцовой кости выполнен у 6 детей, плечевой кости у 1 болного. В послеоперационном периоде, активные движения в смежных с оперированным сегментом суставах больные начинали в ближайшие дни после операции по стиханию болевого синдрома. К моменту вертикализации у большинства детей достигался полный объем движений. Во всех случаях отмечена своевременная консолидация переломов в оптимальные сроки. Использование интрамедулярного остеосинтеза гибкими стержнями ChM, позволяет оставлять интактными ростковые зоны поврежденных сегментов.

Заключение Выполнение остеосинтеза без вскрытия зоны перелома, обеспечивает благоприятные условия формирования костной мозоли, позволяет достичь консолидации в обычные сроки, без какой-либо внешней (дополнительной) иммобилизации. Таким образом, малоинвазивная методика ChM позволяет сократить сроки госпитализации и реабилитации пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Касимов У.К., Еркулов А.Ш., Султанова Д.У., Косимова М.С.
Ташкентской Медицинской Академии, Ташкент, Узбекистан;

Актуальность. Хирургическая инфекция мягких тканей является спутником специалистов всех профилей. В настоящее время проблема лечения гнойно-некротических заболеваний мягких тканей остается весьма актуальной, активно обсуждаемой в отечественной и зарубежной литературе, несмотря на достаточно широкий спектр методов лечения.

Цель. Изучить состояние службы хирургической инфекции мягких тканей в Республике Узбекистан, по результатам пролеченных больных в 2022 году.

Методы исследования

В основу данной работы положен анализ результатов лечения больных в Республиканском Центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за 2022 год, где за этот период было пролечено 2515 больных с хирургическими инфекциями различной локализации. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, которые непосредственно за первой помощью обращались к нам в клинику и вторую группу пациенты, которым проведены различные лечебные мероприятия по месту их дислокации. Согласно данной градации из 2515 больных первичных было 392 (15,6%), а вторичных 2123 (84,4%).

Результаты. Нами проведен анализ вторичных больных с хирургическими инфекциями мягких тканей. Хирургическая инфекция мягких тканей выявлена у 509 пациентов (23,9%), остальные 1614 (66,1%) были пациенты с хирургическими инфекциями мягких тканей различных анатомических структур. При этом у 268 пациентов (52,6%), данная патология развилась на фоне сахарного диабета. Наиболее часто встречались пациенты с флегмонами различной локализации, которая была выявлена у 184 пациентов (36,1%), на втором месте больные с гнойно-некротическими ранами – 96 (18,9%). Абсцесс мягких тканей с карбункулом диагностирован у 82(16,1%) и 61(12,0%) пациентов. Менее часто встречались рожистое воспаление, которое диагностировано у 26 больных (5,1%) и анаэробные флегмоны – 28 (5,5%). У 14 пациентов – 2,7% выявлен инфильтрат мягких тканей. Хотелось бы отметить, что на фоне проводимого консервативного лечения у больных удалось добиться регресса воспалительного процесса. При анализе распределения этих больных по Республике было выявлено, что основным контингентом являются жители г. Ташкента и Ташкентской области, а в совокупности было обращение со всех регионов Республики. Пациенты до поступления находились на лечении в среднем от 7 до 10 дней в 65% случаев (331), четверть (117 – 23%) больных получало лечение по месту первичного обращения свыше 10 дней и менее часто поступали больные (61 – 12%), которые находились на лечении до 7 дней. Причиной неудовлетворительных результатов лечения была поздняя диагностика, когда пациенты лечатся не в профильных учреждениях. Данный критерий был выявлен у 346 пациентов (68%). Неадекватное хирургическое вмешательство зарегистрировано у 356 пациентов (70%), когда делались маленькие инцизии, с целью опорожнения гнойника, без

адекватной некрэктомии, с недоучетом глубины поражения тканей, тогда как сохранение патологического процесса в глубине тканей отмечено у 56% пациентов (285). Целенаправленное изучение этой проблемой показало, что ведущей причиной неудовлетворительных результатов лечения – является отсутствие унифицированного подхода в диагностике, лечении и оперативном вмешательстве больных с данной патологией, когда в патологическом очаге доминируют некротические изменения. Для ранней диагностики больных нами применена бальная шкала, которая позволяет по конкретным клиническим признакам и набранным баллам определять показания к оперативному лечению.

Данная шкала была применена у 176 пациентов (34,5%) с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей различной локализации. При этом все больные, до поступления в нашу клинику, находились на стационарном лечении в других учреждениях. Из них 21,8% (111) лечились по поводу флегмоны, 32 пациента (6,3%) по поводу карбункула, 24 (4,7%) по поводу анаэробной флегмоны и 9 с рожистым воспалением нижних конечностей (1,8%). Эти больные были переведены в наше отделение в результате неэффективности полученного лечения.

Из исследованных пациентов у 159 больных сумма набранных баллов была в пределах 18 – 22, что явно свидетельствовало о показании к оперативному вмешательству. Все они были прооперированы, причем гнилостный процесс занимал обширное пространство. Результаты исследования показали положительный эффект использования данного способа именно на ранних стадиях течения. Она отличается своей простотой, доступностью, с возможностью предположения развития гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях.

Выводы. Достигнутые результаты лечения больных с тяжелыми формами хирургических инфекций мягких тканей связаны в первую очередь с разработанной в клинике системой ранней диагностики и организационно-лечебных мероприятий: радикальной хирургической операцией патологического очага, бактериологическим мониторингом и целенаправленной антибактериальной терапией. При лечении хирургической инфекции развившейся на фоне сахарного диабета необходимо учитывать глубину и объем поражения тканей. В зависимости от глубины поражения характер оперативного вмешательства должен быть дифференцированным. В послеоперационном периоде необходим дифференцированный подход в зависимости от фазы раневого процесса, при этом в 1 фазе необходимо учитывать уровень поражения тканей.

БУЙИН ФЛЕГМОНАНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОНН ТЕХНОЛОГИЯЛАР УРНИ.

Касимов У.К., Ёркулов А.Ш., Косимова М.С., Султанова Д.У.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Флегмона шеи, как осложнение нозологий, которыми занимаются стоматологи, отоларингологи и челюстно-лицевые хирурги часто представляет серьезную опасность для жизни пациентов. Развившаяся флегмона шеи усугубляется при наличии сопутствующих заболеваний, в частности сахарного диабета. Они протекают крайне тяжело, часто осложняется распространением гнойного процесса в средостение и развитием полиорганной недостаточности, что в 10–15% случаев приводит к летальному исходу. У таких больных гнойный процесс склонен к молниеносному распространению.

Цель. Оценка эффективности применения метода отрицательного воздействия на раневой процесс в области шеи.

Материалы и методы. В данное исследование были включены 29 больных с сахарным диабетом, у которых развилась флегмона шеи, без ограничений по возрасту, за период с 2021 – 2022 год. Больные были разделены на две группы: основная – 16 пациентов и контрольная 13. Отличительной особенностью было применение традиционных методов лечения в контрольной группе, которое заключалось в применении дренирования и последующих мажевых повязок, согласно фазе течения раневого процесса. В основной группе применялась повязка из гидрофобной полиуретановой губки со средним размером пор 1066 мкм, которую вырезали по размеру и форме имеющейся послеоперационной полости и укладывали в раневой дефект. Поверх губки подвели дренажную трубку с переходником и герметизировали повязку инцизионной пленкой. В качестве источника отрицательного давления использовали аппарат RENASYS GO, компании Smith&Nephew» (США). Уровень отрицательного давления составлял 100 мм рт.ст. Повязки меняли 1 раз на 3, либо 5 сутки. Всем больным в день поступления в стационар проводили оперативное вмешательство, в объеме вскрытия, взятия материала для бактериологического исследования, с последующей санацией патологического очага растворами антисептиков, тщательным гемостазом и рыхлым марлевым тампонированием у основной группы и дренированием в контрольной. Больным назначали системную эмпирическую антибактериальную терапию, с учетом возможного возбудителя данного патологического процесса и пролонгированную по показаниям (выраженность синдрома системной воспалительной реакции) после получения результатов бактериологического исследования.

Результаты. Проведенное исследование показало, что NPWT по сравнению с традиционной местной терапией флегмон шеи улучшает течение основных стадий раневого процесса. Снижение уровня бактериальной обсемененности тканей раны ниже критического при NPWT достигалась в среднем к 3-м суткам против 7-х суток при традиционных методах местного лечения ран. На 7-е сутки лечения степень бактериальной обсемененности ран в основной группе составляла в среднем 10^2 — 10^3 микробных клеток на 1 г ткани, в группе сравнения — 10^5 . Средняя длительность стационарной антибактериальной терапии составила 5,2 суток в основной группе и 12,6 суток в группе сравнения. В контрольной группе у 4 больных процесс прогрессировал, развилась картина медиастенита, что послужило проведению повторных дренирующих операций и в 2 случаях у больных развился летальный исход. Таких осложнений в основной группе не наблюдалось. Немаловажное значение имеет и комфорт для пациентов, когда в основной группе, за счет активной аспирации и создания герметичных условий снижалось количество перевязок и соответственно, негативных ощущений, которые сохранялись в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, включение VAC-терапии при лечении больных с флегмонами шеи способствует скорейшему очищению раневой полости, более быстрому купированию проявлений системной воспалительной реакции и уменьшению сроков нахождения пациентов в стационаре. Широкое внедрение позволяет предупредить развитие медиастенита и соответственно снижению летальности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Икромов Ф.В., Кодиров М.Ш., Солиев М.Б., Бахриддинов К.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность Сложность лечения гнойно-некротического процесса при сахарном диабете (СД) связана с наличием в ране полимикробной и нередко высоковирулентной флоры имеющей резистентность к антибиотикам и другим противомикробным препаратам в основном за счет формирования биопленок. Клинические испытания показали, что низкоинтенсивное лазерное излучение может ускорить процесс восстановления тканей при диабетической стопе. Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на системном или местном использовании фотосенсибилизаторов с последующим воздействием на них светом или лазерным излучением. Одним из таких методов воздействия является ФДТ с использованием лазером и фотосенсибилизирующих препаратов. До сих пор продолжаются клинико-экспериментальные исследования для определения оптимального источника облучения, подбора его оптимальных параметров, а также поиск фотосенсибилизирующего вещества способного оказать максимальный бактерицидный эффект и ускорить процессы заживления раны с достижением стойкой ремиссии.

Целью исследования является улучшить результаты лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы Исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике.

Распределение больных по локализации флегмоны на нижней конечности показало, что в группе сравнения было по 24 (42,1%) пациента с гнойно-некротическим процессом на бедре и голени, в остальных 9 (15,8%) случаев поражение было в коленной области. В основной группе было 22 (41,5%) пациента с флегмоной бедра, 8 (15,1%) в области голени и 23 (43,4%) на голени.

В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Поставленная задача решена тем, что в способе хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД, включающем иссечение и санацию некротических тканей, установление двухпросветных дренажей, герметизацию раны от внешней среды стерильной полиэтиленовой самоклеящейся пленкой (пленкой для перевязок) и последующее проведение антисептических мероприятий, в качестве антисептических мероприятий в послеоперационном периоде проводят капельное промывание полости раны через установленный дренаж 0,1%-ным раствором метиленовой сини в течение 1 часа под давлением не менее 500 мм вод.ст. со скоростью 60 капель в

минуту, затем, через 30 минут после начала промывания, через фиксированную поверх раны пленку проводят облучение области раны лазерным аппаратом Восток-2 в расфокусированном непрерывном режиме, в диапазоне 630-660 нм, мощностью 120 мВт, в течение 1 минуты на каждые на 2,5-3,0 см² облучаемой поверхности, при этом промывание метиленовой синью и лазерное облучение с вышеуказанными параметрами проводят 3-4 раза в день в течение 3-5 суток, затем 2 раза в день в течение 2-3 суток, далее 1 раз в день в течение 2-3 суток.

Результаты и их обсуждение Исследование раневого отделяемого, полученного во время операции, показало спектр микроорганизмов: *Staphylococcus saprophyticus* 53 (33,7%), *Staphylococcus aureus* 21 (13,4%), *Staphylococcus haemolyticus* 17 (11,0%), *Streptococcus saprophyticus* 14 (9,0%), *Streptococcus faecies* 9 (5,7%), *Enterococcus faecalis* 11 (7,0%), *Enterobacter cloacae* 9 (5,7%), *Escherichia coli* 12 (7,5%), *Klebsiella oxytoca* 7 (4,5%), *Candida* spp. 4 (2,5%).

Из анализа качественного состава выделенных штаммов микроорганизмов из ран при диабетической флегмоны, определено превалирование гр+флоры (79,6%) - *Staphylococcus* spp., *St. aureus*, *Streptococcus* spp. и т.д., (гр-флора – 17,8%, из них *E.coli* - 7,5%), что может иметь значение при эмпирическом подборе антибиотиков до результатов антибиотикограммы.

Как показал анализ изучения антимикробной активности и эффективности проводимых лечебных методов, отличительных изменений на 3-й день исследований в обеих группах – не наблюдалось.

Микробиологический мониторинг пейзажа инфицированных ран проводили через каждые 3 дня. Бактериальные посева производились в 1-й день исследований, 3-й день, 7-й день, 11-й, 15-й и т.д. Так, в обеих группах достоверное улучшение ран происходит при использовании антибиотиков. С 5-х суток исследований, во II группе (опытной группе) замечено фактическое уменьшение раневого отделяемого, по сравнению с I группой (контрольной группой) за счет эпителизации. Микробный анализ обсеменения в обеих группах, несомненно дает положительный рост на 3-и сутки. Уже на 5 – 7 сутки в опытной группе достоверно определено, заживление раневых дефектов, уменьшение площади поражения, грануляция и эпителизация раневой поверхности, отрицательный рост микроорганизмов раневой поверхности наблюдается почти у всех в опытной группе, за исключением единичных случаев, в контрольной группе улучшения состояния раны наблюдаются в более поздние сроки. На 10 - 11-е сутки исследований, микробного роста посевов из ран не наблюдается в опытной группе. В контрольной группе микробный рост – положительный, сохраняется воспалительная фаза. В контрольной группе на 14 – 15-е сутки наблюдаются некоторые улучшения состояния раны, но микробный рост, в большинстве случаев остается высоким. Элиминация возбудителей в этой группе отмечается на 21-е сутки и более. Полная эрадикация возбудителя в значимые сроки наблюдается в опытной группе на 10-е сутки.

В целом, применение антибактериального лечения, несомненно необходимо у данной категории больных и дает положительные результаты, но достоверные улучшения состояния раны происходят очень длительные сроки. Применение изучаемого нами метода лечения раны, показало высокую эффективность. При этом методе происходит ускоренное заживление раны и ранняя эрадикация возбудителя, противомикробное лечение раны ярко выражено, воспалительная фаза заживления более короткая, и превосходит сроки лечения по сравнению с контрольной в 2-3 раза.

Метод фотодинамической терапии является эффективным и перспективным в лечении гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных сахарным диабетом.

Заключение. Таким образом, микробный анализ обсеменения ран показал, что уже на 5-7 сутки в основной группе фотодинамический эффект оказывал выраженное антимикробное действие на все виды патогенной микрофлоры с отсутствием роста микроорганизмов начиная с 5-7 суток, а к 7-10 суткам была отмечена полная эрадикация возбудителя, тогда как в группе сравнения улучшение состояния раны наблюдалось в более поздние сроки, причем элиминация возбудителей происходила на 14-21 сутки, при этом характерной особенностью было 2-3 кратное укорочение воспалительной фазы заживления при применении нового способа.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Кодиров М.Ш., Солиев М.Б., Бахриддинов К.Б.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность Сложность лечения гнойно-некротического процесса при сахарном диабете (СД) связана с наличием в ране полимикробной и нередко высоковирулентной флоры имеющей резистентность к антибиотикам и другим противомикробным препаратам в основном за счет формирования биопленок. Лазерное излучение может ускорить процесс восстановления тканей при диабетической стопе. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – основана на системном или местном использовании фотосенсибилизаторов (ФС) с последующим воздействием на них светом или лазерным излучением. До сих пор продолжают клинико-экспериментальные исследования для определения оптимального источника облучения, подбора его оптимальных параметров, а также поиск фотосенсибилизирующего вещества способного оказать максимальный бактерицидный эффект и ускорить процессы заживления раны с достижением стойкой ремиссии.

Целью исследования является улучшить результаты лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы Исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике.

Распределение больных по локализации флегмоны на нижней конечности показало, что в группе сравнения было по 24 (42,1%) пациента с гнойно-некротическим процессом на бедре и голени, в остальных 9 (15,8%) случаев поражение было в коленной области. В основной группе было 22 (41,5%) пациента с флегмоной бедра, 8 (15,1%) в области голени и 23 (43,4%) на голени.

В зависимости от вида флегмоны распределение показало следующее. В группе сравнения у 21 (36,8%) пациента и в основной группе у 17 (32,1%) флегмона была гнойная, серозная у 6 (10,5%) и 4 (7,5%) пациентов соответственно, гнилостная у 7

(12,3%) и 7 (13,2%), некротическая у 13 (22,8%) и 16 (30,2%), анаэробная у 10 (17,5%) и 9 (17,0%) пациентов.

В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Поставленная задача решена тем, что в способе хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом, включающем иссечение и санацию некротических тканей, установление двухпросветных дренажей, герметизацию раны от внешней среды стерильной полиэтиленовой самоклеящейся пленкой (пленкой для перевязок) и последующее проведение антисептических мероприятий, в качестве антисептических мероприятий в послеоперационном периоде проводят капельное промывание полости раны через установленный дренаж 0,1%-ным раствором метиленовой сини в течение 1 часа под давлением не менее 500 мм вод.ст. со скоростью 60 капель в минуту, затем, через 30 минут после начала промывания, через фиксированную поверх раны пленку проводят облучение области раны лазерным аппаратом Восток-2 в расфокусированном непрерывном режиме, в диапазоне 630-660 нм, мощностью 120 мВт, в течение 1 минуты на каждые на 2,5-3,0 см² облучаемой поверхности, при этом промывание метиленовой синью и лазерное облучение с вышеуказанными параметрами проводят 3-4 раза в день в течение 3-5 суток, затем 2 раза в день в течение 2-3 суток, далее 1 раз в день в течение 2-3 суток.

Результаты И Обсуждение Общая частота осложнений в группе сравнения составила 66,7%, при этом в основной группе верифицировано 24,5% случаев осложненного течения, В группе сравнения распространение воспалительного процесса на соседние ткани отмечено у 21 (36,8%) пациента, а в основной группе у 5 (9,4%). Краевой некроз раны развился у 15 (26,3%) и 6 (11,3%) пациентов соответственно. Другими частыми осложнениями в группе сравнения были кровоизлияние из раны и инфильтрат – по 9 (15,8%) пациентов, при этом в основной группе развитие инфильтративного процесса.

В динамике состояние ран оценивалось каждые 1-2 суток. Полная эпителизация ран на 7 сутки определялась у 9 (15,8%) пациентов в группе сравнения и 18 (34,0%) в основной группе.

Площадь раны составляла 70,3±30,7 см², то к 7 суткам она уменьшилась до 35,7±19,7 см², в основной группе регресс был более существенным с 73,6±27,3 до 23,5±14,1 см². К 14 суткам размер уменьшился еще до 18,1±15,5 и 3,7±5,7 см².

В подгруппе с очагами в области коленного сустава в группе сравнения площадь исходной раны составляла 11,1±5,1 см², к 7 суткам на фоне лечения этот показатель уменьшился до 4,5±4,0 см², а к 14 суткам размер раны составлял 1,8±2,3 см². В основной группе регресс был более существенным, если исходно площадь раны была 11,6±4,1 см², то к 7 суткам она уменьшилась до 1,1±1,7 см², а к 14 суткам еще до 0,2±0,6 см².

В подгруппе с очагами в области голени в группе сравнения площадь исходной раны составляла 47,4±19,8 см², к 7 суткам на фоне лечения этот показатель уменьшился до 19,7±13,0 см², а к 14 суткам размер раны составлял 10,5±8,3 см². В основной группе регресс был более существенным, если исходно площадь раны была 48,1±17,9 см², то к 7 суткам она уменьшилась до 4,7±6,5 см², а к 14 суткам еще до 1,6±2,6 см².

В целом по всем пациентам в группе сравнения площадь исходной раны составляла 51,3±31,2 см², к 7 суткам на фоне лечения этот показатель уменьшился до 24,0±18,9 см², а к 14 суткам размер раны составлял 12,3±12,7 см², при этом по всем срокам рана достоверно уменьшалась по площади. В основной группе регресс был более существенным, если исходно площадь раны была 53,2±29,9 см², то к 7 суткам она уменьшилась до 12,0±14,0 см², а к 14 суткам еще до 2,3±4,2 см². Более высокий темп

заживления ран в основной группе свидетельствовал об эффективности предпринятых методов физического воздействия.

При флегмонах бедра в группе сравнения на 8-14 сутки полное заживление было отмечено у 8 (33,3%), в основной группе у 15 (68,2%) больных. В сроки на 15-28 сутки эти показатели увеличились еще на 13 (54,2%) и 6 (27,3%) пациентов соответственно. Более 4 недель раны заживали у 3 (12,5%) больных в группе сравнения и только у 1 (4,5%) в основной группе. При флегмонах коленной области к 7 суткам полное заживление отмечено у 3 (33,3%) в группе сравнения и у 5 (62,5%) в основной группе, на 8-14 сутки еще у 2 (22,2%) и 2 (25,0%) больных. В сроки на 15-28 сутки эти показатели увеличились еще на 3 (33,3%) и 1 (12,5%) пациентов соответственно. Более 4 недель рана заживала у 1 (11,1%) больного в группе сравнения.

При флегмонах голени в группе сравнения к 7 суткам полное заживление отмечено у 6 (25,0%) и у 13 (56,5%) в основной группе, на 8-14 сутки еще у 2 (8,3%) и 2 (8,7%) больных. В сроки на 15-28 сутки эти показатели увеличились еще на 13 (54,2%) и 8 (34,8%) пациентов соответственно. Более 4 недель рана заживала у 3 (12,5%) больных в группе сравнения.

В целом по всем больным в группе сравнения к 7 суткам полное заживление отмечено у 9 (15,8%) и у 18 (34,0%) в основной группе, на 8-14 сутки еще у 12 (21,1%) и 19 (35,8%) больных. В сроки на 15-28 суток. Средние сроки заживления ран при локализации на бедре составили $21,8 \pm 10,7$ суток, в основной группе достоверно меньше – $15,3 \pm 6,4$ суток). При локализации в области колена – $14,2 \pm 8,5$ против $9,0 \pm 4,1$ суток соответственно. Средние сроки госпитального периода после операции при локализации ран на бедре составили $12,1 \pm 3,5$ суток, в основной группе достоверно меньше – $9,2 \pm 2,3$ суток. При локализации в области колена – $9,2 \pm 3,5$ против $6,6 \pm 13,7$ суток соответственно, а в области голени - $11,1 \pm 4,6$ против $8,1 \pm 3,0$ суток.

Таким образом, ускорение регресса раневого процесса в совокупности с фотодинамическим эффектом нового способа обеспечивает стимуляцию репаративных свойств, на фоне которой полная эпителизация раны к 14 суткам лечения отмечена у 36,8% (у 21 из 57) пациентов в группе сравнения и 69,8% (у 37 из 53) в основной группе, а общая площадь раневой поверхности сократилась с $51,3 \pm 31,2$ до $12,3 \pm 12,7$ см² в группе сравнения и с $53,2 \pm 29,9$ до $2,3 \pm 4,2$ см² в основной группе, при этом средние сроки полного заживления ран составили $19,1 \pm 10,3$ суток против $12,5 \pm 6,3$ суток соответственно, а длительность госпитализации сократилась с $11,2 \pm 4,1$ до $8,3 \pm 2,7$ суток.

Выводы: Внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% до 24,5% ($p < 0,001$), тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% до 13,2% ($p = 0,022$), при этом на 7 сутки отмечено более существенное снижение лейкоцитоза ($10,3 \pm 3,1$ против $8,8 \pm 2,1 \times 10^9/л$; $p < 0,05$), доли пациентов с сохранением отека с 36,8% до 15,1% ($p = 0,010$), инфильтрата с 38,6% до 15,1% ($p = 0,006$), раневого отделяемого с 40,4% до 17,0% ($p = 0,008$), а также увеличение больных с полным очищением раны с 50,9% до 79,2% ($p = 0,002$) и появлением грануляционной ткани с 24,6% до 54,7% ($p = 0,002$).

3. Стимуляция этио-патогенетических механизмов заживления гнойных ран позволила существенно ускорить регресс раневого процесса, с увеличением частоты полной эпителизации раны к 14 суткам лечения с 36,8% до 69,8% ($p < 0,002$), достоверно более высокими темпами сокращения площади раневой поверхности ($p < 0,05$), сокращением средних сроков полного заживления ран с $19,1 \pm 10,3$ до $12,5 \pm 6,3$ суток ($p < 0,05$), а также длительности госпитализации с $11,2 \pm 4,1$ до $8,3 \pm 2,7$ суток ($p < 0,05$).

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Касымов А.Л., Мансуров Ш.Ш., Мусашайхов Х.Т., Мамадиев Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан республика
Узбекистан

Введение Хирургия щитовидной железы (ЩЖ) развивалась на протяжении трех столетий: с 19 века, когда она зародилась, хирургия ЩЖ прошла фазу стабилизации и фазу огромных инноваций благодаря непрерывным технологическим усовершенствованиям. На первых двух исторических этапах основные успехи были достигнуты за счет совершенствования протоколов анестезии, профилактики инфекций и основных гемостатических процедур. Интраоперационные гемостатические способы, внедренные в последнее десятилетие, оказались потенциально очень востребованным в хирургии ЩЖ. В связи с этим разработка и применение высокоэффективных отечественных гемостатических средств местного значения в хирургии ЩЖ является актуальной задачей современной эндокринной хирургии.

Целью исследования явилось оценка качества гемостаза и репаративных процессов при операциях на щитовидной железе при использовании отечественного средства Хемобен и низкоэнергетического лазерного излучения.

Материалы и методы Для клинической оценки эффективности локального гемостаза при операциях на ЩЖ сформировано две группы исследования на 237 пациентов со смешанным, узловым и диффузно-токсическим зобом. В основной группе у 98 оперированных больных гемостаз проводился по разработанной нами методике и в качестве средства был использован Хемобен размерами 25-50мкм из расчета 200мг на площадь 8-9 см², который наносили по поверх раны тонким слоем с последующим лазерным излучением с длиной волны 0,89 мкм, частотой 500 Гц в течение 2 минут на расстоянии 5см от раны, а затем в течение 5-7 суток проводили сеансы облучения с частотой 80 Гц чрезкожно в проекции операционной раны. В группе сравнения у 139 больных гемостаз проводился традиционными методами. Оперативные вмешательства включали тотальную тиреоидэктомию, гемитиреоидэктомию и субтотальную тиреоидэктомию.

Результаты и их обсуждение Клинические исследования показали, что применение предложенного способа при операциях на щитовидной железе позволило сократить интраоперационное время на достижение гемостаза с 12,1±3,9 до 6,5±1,9 минут, общую продолжительность оперативного вмешательства с 84,7±19,5 до 73,3±12,9 минут. Данный факт подтверждает хороший и быстрый гемостатический эффект отечественного средства Хемобен при вмешательствах на щитовидной железе. Лазерное воздействие обеспечило снижение активности послеоперационного воспалительного процесса, в частности отмечено более выраженное снижение в динамике по ВАШ с 5,1±0,9 до 4,3±1,1 баллов в первые сутки.

Заключение Таким образом, сравнительный анализ результатов операции на ЩЖ показал, что предложенный способ характеризуется хорошим гемостатическим и противовоспалительным эффектом, что проявилось в снижении общей частоты осложнений с 29,5% до 10,2%. Доля хирургических осложнений уменьшилась с 12,9% до 4,1%, а в свою очередь частота лимфо-геморрагических осложнений сократилась с 11,5% до 3,1%. Локальный гемостаз с лазерным облучением с уверенностью позволяет рекомендовать его для широкого применения при этих видах операций.

РОЛЬ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАТИКА ХЕМОБЕН ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Касымов А.Л., Мансуров Ш.Ш., Мусашайхов Х.Т., Мамадиев Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан республика
Узбекистан

Введение Операции на щитовидной железе (ЩЖ) всегда требует индивидуального подхода, отличаются чрезвычайной технической сложностью и высокой частотой осложнений. Одним из опасных осложнений является интраоперационное кровотечение, частота которого составляет от 0,5 до 4,3%. Надежный гемостаз в хирургии ЩЖ является залогом успешного оперативного пособия с минимальным количеством осложнений. В связи с этим, разработка способов локального гемостаза является актуальной задачей эндокринной хирургии.

Цель исследования: усовершенствовать способ достижения локального гемостаза и улучшения репаративных процессов при операциях на щитовидной железе.

Материалы и методы Для клинической оценки эффективности локального интраоперационного гемостаза при операциях на ЩЖ сформировано две группы исследования на 237 пациентов со смешанным, узловым и диффузно-токсическим зобом. Оперативные вмешательства включали тотальную тиреоидэктомию, гемитиреоидэктомию и субтотальную тиреоидэктомию. В основной группе у 98 оперированных больных гемостаз проводилась по разработанной нами методике и в качестве средства был использован Хемобен размерами 25-50мкм из расчета 200мг на площадь 8-9 см², который наносили по поверх раны тонким слоем с последующим лазерным излучением с длиной волны 0,89 мкм, частотой 500 Гц в течение 2 минут на расстоянии 5см от раны, а затем в течение 5-7 суток проводили сеансы облучения с частотой 80 Гц чрезкожно в проекции операционной раны. В группе сравнения у 139 больных гемостаз проводился традиционными методами с сочетанием биполярной электрокоагуляцией.

Результаты и их обсуждение Сочетанное применение гемостатического средства Хемобен и низкоэнергетического лазерного воздействия интраоперационно на область раневой поверхности после вмешательства на щитовидной железе и чрезкожно в ранний послеоперационный период позволило обеспечить хороший гемостатический эффект, который проявлялся снижением объема отделяемого по дренажу в ранние сроки с $38,2 \pm 18,1$ до $27,7 \pm 15,0$ мл, с уровнем гемоглобина в отделяемом $35,8 \pm 10,8$ г/л в группе сравнения против $20,6 \pm 6,8$ г/л в основной группе и сократить срок дренирования с $1,8 \pm 0,6$ до $1,2 \pm 0,4$ суток, а сочетанное химическое (Хемобен) и физическое (лазерное облучение) воздействие обеспечило снижение активности послеоперационного воспалительного процесса, в частности отмечено более выраженное снижение интенсивности болевого синдрома в динамике по ВАШ с $5,1 \pm 0,9$ до $4,3 \pm 1,1$ баллов в первые сутки и с $2,8 \pm 1,5$ до $2,3 \pm 1,4$ баллов на третьи сутки.

Заключение Таким образом, сравнительный анализ результатов операции на ЩЖ показал, что предложенный способ характеризуется не только хорошим гемостатическим и противовоспалительным эффектом, что проявилось в снижении общей частоты осложнений с 29,5% до 10,2%, при этом доля хирургических осложнений уменьшилась с 12,9% до 4,1%, а в свою очередь частота лимфо-геморрагических осложнений сократилась с 11,5% до 3,1%. Улучшение качество послеоперационной реабилитации позволили сократить послеоперационный период наблюдения с $6,0 \pm 1,1$ до $4,9 \pm 0,8$ суток.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Г.М. Каюмова, Ш.А. Махмудова, Ю.М. Мухторова, Д.Ш. Собирова, Н.Р. Зокирова.
Бухарский филиал Республикаского неотложного научного центра неотложной помощи

Проблема причины преждевременных родов в настоящее время далека до своего решения. Существует большое количество гипотез, объясняющих преждевременное начало родовой деятельности. Однако все они, к сожалению, не позволяют точно прогнозировать недонашивание беременности, а большинство из них можно использовать для объяснения начала родов только ретроспективно.

Целью настоящего исследования явилось оценить параметры центральной гемодинамики маточного кровотока при недонашивании беременности в III триместре.

Материалы и методы Проведено исследование центральной гемодинамики в маточно-плацентарного кровотока у 45 беременных со спонтанно начавшимися преждевременными родами в сроке 29-недель-36 недель 6 дней. Исследование проводилось у женщин, поступивших в акушерский стационар с клиникой угрожавших или начинавшихся преждевременных родов до проведения токолитической терапии. Оценивались ударный и минутный объёмы кровообращения, сердечный индекс: общие периферическое сосудистое сопротивление, среднее-артериальное давление, а также пульсационный индекс в правой и левой маточных артериях и артерии пуповины. Исследование ударного объёма проводилось методом импульсно-волновой доплер-эхокардиографии. Контрольную группу составили 40 беременных завершившие беременность в доношенном сроке. Эти женщины также были обследованы в сроки 28 недель-36 недель 6 дней. В исследование включены только женщины с одноплодной беременностью, с отсутствием синдрома артериальной гипертензии и без внутриутробной задержки роста плода.

Результаты обсуждения Для беременности, завершившейся преждевременными родами, в сравнении с неосложнённым гестационным процессом характерны достоверно более низкие показатели ударного объёма ($60,5 \pm 0,1$ л/мин против $76,1 \pm 8,1$ мл соответственно $p=0,001$), и минутного объёма ($4,6 \pm 0,5$ л/мин против $5,9 \pm 1,0$ л/мин соответственно, $p=0,001$), сердечного индекса ($2,6 \pm 0,3$ л/мин/ m^2 против $3,7 \pm 0,8$ л/мин/ m^2 соответственно, $p=0,001$) и достоверно более высокие значения общего периферического сосудистого сопротивления (1379 ± 108 динхсхсм⁵ против 1174 ± 185 динхсхсм⁵, соответственно, $p=0,001$). При этом, величины среднего артериального давления и частоты сердечных сокращений были сопоставимы в обеих группах ($86,6 \pm 8,1$ мм Нг при неосложненной беременности и $81,5 \pm 5,6$ мм Нг при преждевременных родах, $p=0,14$: $83,2 \pm 8,3$ при неосложненной беременности и $79,2 \pm 4,4$ при преждевременных родах, $p=0,13$).

Полученные результаты свидетельствуют о возможном наличии гиповолемии при недонашивании беременности, которая в свою очередь является следствием неадекватной адаптации сердечно-сосудистой системы к беременности.

Это объединяет преждевременные роды с другими специфическими осложнениями гестационного процесса- преэклампсией и внутриутробной задержкой роста плода в так называемой- материнский плацентарный синдром-, для которого характерны осложнённые объёмные показатели кровообращения.

По мнению ряда исследователей, развитие данного синдрома при беременности увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений в последующие годы жизни. Высокие значения пульсационного индекса в левой маточной артерии при

преждевременных родах возможно, указывает на ведущую роль этой артерии в кровоснабжении миометрии, и наряду с объёмными показателями кровообращения могут быть использованы для прогноза преждевременных родов в сроки 28 недель-36 недель 6 дней.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Кирковский Л.В., Чернышов Т.М., Федорук Д.А., Авдей Е.Л., Коротков С.В.,
Федорук А.М., Щерба А.Е., Руммо О.О.**
МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

Введение. Травматические стриктуры жёлчных протоков, как правило, развиваются в результате интраоперационных повреждений желчных путей при холецистэктомии, эндоскопических манипуляциях, резекции желудка, трансплантации и резекции печени. К этой же группе относят рубцовые сужения билиодигестивных анастомозов, наложенных по поводу непроходимости желчных протоков, абдоминальных травм. Частота повреждения желчных протоков, следствием которых в 83-97% случаев являются рубцовые стриктуры, остается величиной стабильной, летальность составляет 7,5-15%, число рецидивов превышает 20%. Самым частым фактором, способствующим повышенному риску повреждения желчных протоков, является неправильная идентификация билиарной анатомии, так как на нее приходится от 70 до 80% всех повреждений.

Цель. Показать подход к диагностике и выбору тактики ведения пациента при повреждении желчных протоков, принятый в ГУ МНПЦ ХТиГ.

Материалы и методы. С 2019г. по сентябрь 2023 г. на базе ГУ МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии выполнено 73 реконструктивные операции на желчевыводящих протоках. Показания к билиарным реконструкциям следующие: холангиты после ХДА – 9 пациентов (12,3%); стриктуры гепатикоюноанастомозов – 12 пациентов (16,4%); обходные анастомозы (при хроническом панкреатите, неоперабельных опухолях) – 17 пациентов (23,3%); ятрогенные повреждения – 17 пациентов (23,3%); кисты, опухоли холедоха – 10 пациентов (13,7%); холедохолитиаз – 8 пациентов (11%).

16 пациентов с ятрогенными повреждениями были переведены из других стационаров в различные сроки после повреждения. Мужчин было 7 (41%), женщин – 10 (59%). Средний возраст 59,6 лет (26-74). Первичная операция у всех пациентов выполнялась по поводу ЖКБ. У всех пациентов первичная операция была лапароскопической холецистэктомией, у 9 – во время первичной операции была выполнена конверсия.

Результаты и обсуждение. В диагностике ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков, помимо лабораторных методов исследования, большое значение имеют методы прямого контрастирования желчного дерева: чрезкожно-чрезпеченочная холангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, фистулохолангиография. Выявление рубцовой стриктуры на КТ основана на характерных признаках билиарной гипертензии. Всем пациентам в нашем Центре выполнялась КТ ангиография для исключения васкуло-билиарного повреждения и магнитно-резонансная холангиопанкреатография для построения виртуального изображения внутри- и внепеченочных желчных протоков, уточнения уровня стриктуры и ее протяженности, определения протоков выше и ниже стриктуры, выявления признаков холангита. Ключевыми моментами лечебно-диагностических мероприятий перед реконструкцией было: купирования холангита, оптимизация нутритивного статуса

пациента и развитие гипертрофии хиларного шунта при васкуло-билиарных повреждениях.

У 15 из 17 пациентов с ятрогенными повреждениями была выполнена реконструкция на Ру петле с или без постановки транспечёночных дренажей. 1 пациенту – ортотопическая трансплантация печени, 1 – правосторонняя гемигепатэктомия с билиарной реконструкцией. В послеоперационном периоде желчные свищи наблюдались в 4 случаях (23,5%), умер 1 пациент (летальность – 5,8%).

Выводы.

1. При выполнении лапароскопической холецистэктомии необходимо придерживаться принципов «критического взгляда на безопасность».
2. Комплексное лечение пациентов с ятрогенными повреждениями желчевыводящих протоков должно проводиться на базе центров, имеющих достаточный опыт хирургических вмешательств на гепатобилиарной зоне, а также необходимую материально-техническую базу.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

**Кодиров М.Ш., Туракулов У.Н., Кодиров Ш.Н., ЙУлдошев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. За последнее время с проблемой затяжной течение механической желтухой приводящей фибротической изменения структура печени. В мире насчитывается около 60 млн пациентов с патологией желчевыводящих путей осложненным механической. Это достаточно широко распространенная патология среди населения. Ежегодно около 1 млн жителей планеты погибают от острых и хронических процессов патологии желчевыводящих путей.

Механической желтухой на протяжении ряда последних лет продолжают оставаться широко распространенным острой хирургической патологией среди населения нашей страны. Наиболее уязвимой группой на протяжении последних лет наблюдения остается молодое трудоспособное население детородного возраста (45-60 лет). В этой возрастной группе показатель заболеваемости в 1,5—2 раза превышает таковой среди всего населения. В 2022 г. в структуре заболеваемости наиболее пораженной возрастной группой были лица в возрасте 49-62 лет (32 %), на втором месте 32-45 лет (24 %).

Цель исследования: Совершенствование не инвазивной диагностики стадий фиброза печени у больных механической желтухой на основе интеграции традиционных методов с приемами иммунодиагностики.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением в составе основной группы исследования находилось с 2018 года на базе печеночное отделение РСНПМЦ, оперированы 228 больных с механической желтухой с верифицированным диагнозом фиброза печени.

Результаты исследования. Динамическое наблюдение за степенью фиброза печени с помощью биопсии затруднено ввиду вышеописанных ограничений. Представленные данные обосновали необходимость создания надежных не инвазивных методов диагностики ФП как при первичном обследовании, так и при последующем динамическом наблюдении.

Маркеры фиброза печени разделяют на прямые (биомаркеры, отражающие динамику количества фиброзных волокон и составляющих их веществ) и непрямые (АлАТ, АсАТ, альфа-2-макроглобулин, гаптоглобин, аполипопротеин А1, гамма-глутамилтранспептидаза, общий билирубин и др.), свидетельствующие о нарушении

функции печени при выраженном фиброзе и циррозе печени. Изолированно возможности прямых серологических маркеров фиброза изучены в научных исследованиях. В широкой клинической практике они не получили достаточного распространения.

К непрямым серологическим маркерам фиброза печени относят рутинные лабораторные тесты, отражающие нарушение функции печени. Они также позволяют оценить наличие фиброза, особенно на стадии цирроза печени.

Считается, что уровень АсАТ имеет более сильную связь с фиброзом, чем уровень АлАТ. Соотношение АсАТ/АлАТ > 1 (коэффициент де Ритиса) является достоверным показателем выраженной стадии фиброза печени (в том числе цирроза).

Вывод. Применение не инвазивных методов диагностики фиброза печени на современном этапе расширило спектр обследования пациентов, дало возможности большей объективизации проводимого обследования и терапии больного. Это способствовало предотвращению многих нежелательных осложнений, возможных при проведении инвазивных методов.

Все не инвазивные методы оценки фиброза печени можно разделить на две группы: методы визуализации и лабораторной оценки состояния органа.

Методы визуализации печени (УЗИ, МРТ) дают возможность выявить наличие зернистости ткани печени, перипортального фиброза и других изменений, указывающих на нарушение гистоархитектоники органа. К прямым методам оценки фиброза печени относят ультразвуковую эластометрию печени с помощью аппарата FibroScan. Метод позволяет оценить наличие фиброза печени и судить об изменении эластических свойств печени и прогрессировании фиброза.

Не инвазивная диагностика фиброза печени с применением методики FibroTest-ActiTest позволяет определить стадию фиброза и индекс гистологической активности и предназначена для оценки стадии фиброза и контроля за его развитием на фоне терапии, а также для оценки некротически-воспалительных процессов в печеночной ткани. FibroTest-ActiTest рассматривается в качестве альтернативы для через-кожной биопсии печени у пациентов механической желтухой.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧЕРЕСКОЖНОЙ ЧЕРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ И ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

**Кодиров М.Ш., Туракулов У.Н., Кодиров Ш.Н., Йулдошев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность: Одним из малоинвазивных вмешательств, выполняемых по поводу различных патологических состояний печени, желчных протоков и поджелудочной железы, является пункционный транскутанный доступ во внутripеченочные желчные протоки. Малоинвазивное проникновение позволяет, с одной стороны, путем чрескожной чреспеченочной холангиографии решить диагностические задачи, с другой – выполнить мероприятия лечебного характера.

Материалы и методы. С 2018 года на базе печеночное отделение РСНПМЦ, оперированы 228 больных с механической желтухой из них 65 больных первом этапе произведена методом чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков.

Возрастной размах составил больные до 19 лет - 1 (1,6%), 20-44 - 6 (9,7%), 45-59 - 20 (32,3%), 60-74 - 24 (38,7%) старше 75 лет - 11 (17,7%) пациентов, из них мужчин – 39 (62,9%), женщин – 23 (37,1%).

Распределение больных по диагнозу: панкреонекроз и киста поджелудочной железы – 5 больных; опухоли печени с механической желтухой – 22 больных; опухоль Клацкина тип ШБ – 1 больной: острый гангренозный холецистит с холангитом и механической

желтухой – 15 больных; опухоли головки поджелудочной железы – 18 больных; абсцесс печени – 2 больных.

Показания: синдром механической желтухи, вызванный опухолевым поражением органов гепатобилиарной зоны; синдром механической желтухи, вызванный послеоперационным рубцовым сужением желчного протока; острый обструктивный холецистит у больных с высоким операционным и анестезиологическим риском.

Противопоказания: асцит; множественное метастатическое поражение печени; нарушение свертывания крови; невозможность выполнения (ожирение 4 ст.).

Методика выполнения: Операция проводится натошак. Премедикация включает обезболивающие и седативные препараты. Длительность процедуры - от 30 минут до 2 часов. Для выполнения требуется специальный набор инструментов: пункционная игла, различные струны-проводники, расширители и дренажная трубка. Дренажная трубка – PigTail (поросычий хвост), выполненная из специального гидрофильного пластика. Конец его обладает эффектом памяти и в свободном состоянии сворачивается в виде завитка.

Под местной анестезией производится надрез кожи 3-4 мм. Контролем рентгеноскопии (мобильная рентгеновская установка) производится прокалывание передней стенки живота, ткани печени и стенки желчного протока или желчного пузыря пункционной иглой. Выбирают место «акустического окна» при этом учитывается расположение сосудов печени с целью выбора правильной траектории проведения пункционной иглы. В полость желчного протока через пункционную иглу вводится струна-проводник. Игла извлекается и производится расширение пункционного канала до необходимого диаметра. По струне-проводнику в просвет желчного протока проводится дренаж. К трубке снаружи присоединяется специальный мешок для сбора отделяющейся желчи. На этом операция заканчивается.

Проведенные операции: чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков у 30 пациентов; наружное чрескожное дренирование абсцесс печени у 4 пациентов; наружное чрескожное дренирование кисты поджелудочной железы у 6 пациентов; чрескожная чреспеченочная холецистостомия у 28 пациентов.

Послеоперационный период: после чрескожных вмешательств на желчных протоках протекает как правило благоприятно. В течение 2-3 часов после процедуры рекомендован строгий постельный режим и запрет на прием пищи и жидкости. В дальнейшем пациенту разрешается вставать, двигаться и принимать пищу.

Выводы: Диагностическая ценность данного исследования чрезвычайно высока и позволяет построить дальнейшую программу обследования и лечения пациента.

Применение ЧЧПХС и холецистостомии у больных иноперабельными опухолями ворот печени и головки поджелудочной железы позволяет облегчить страдание, продлевает жизни у этой тяжелой категории больных, в ряде случаев может стать этапом предоперационной подготовки.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.

Актуальность. Спаечная кишечная непроходимость является одним из наиболее осложнений патологии в абдоминальной хирургии, поскольку её возникновение всегда ассоциируется с трудностями в диагностическом и тактическом плане. Среди них подавляющее большинство (58–78%) случаев приходится на послеоперационный спаечной форму ОКН. По данным зарубежных и отечественных авторов, летальность колеблется от 10 до 52,0%.

Цель работы: Улучшит эффективности лечения при спаечной кишечной непроходимости с применением малоинвазивных технологии.

Материалы и методы: исследованы результаты лечения 146 больных острой послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью. В основную группу вошли 103 больных, контрольную группу составили 43 пациентов с равноценной по характеру патологией, которым была выполнена лапаротомия. Возраст пациентов основной группы составил $39,2 \pm 1,3$ года (от 22 до 78 лет). мужчины – 61 чел (59,2%). В контрольном возраст колебался от 18 до 81 года. Сравнимые группы оказались сопоставимыми не только по полу и возрасту, но и тяжести их исходного состояния, оцененного по клиническим критериям, шкале APACHE II (шкала оценки острых и хронических функциональных изменений) и шкале SAPS II (упрощенная шкала оценки острых функциональных изменений).

Результаты исследования и их обсуждение: Основной группе применение лапароскопическое методы лечения, которые после установленной диагноза, во время операции доприменение троакара сначала с помощью УЗИ определяли место прокола наиболее свободных мест от кишечника с целью не повредит петли кишечника. После приведения оптической системы лапароскопа с помощью оптической системы проводили остальных троакар. После чего устранена причины кишечной непроходимости, сделана адгезиолизис спаек, санация и дренирование брюшной полости. Это позволило сократить время от поступления в стационар до операции, в среднем до $4,8 \pm 0,5$ ч. Средний койко-день составил $7,1 \pm 0,6$ дня. В группе сравнения - среднее время от поступления до проведения оперативного вмешательства было почти в 3 раза больше - $11,2 \pm 1,0$ ч ($p < 0,05$). Среднее количество койко-дней составило $9,7 \pm 0,6$ дней ($p < 0,05$). Во многом эта разница обусловлена тем, что после традиционных вмешательств частота осложнений в 2 раза выше, чем после применения лапароскопии. Несмотря на то, что различия между группами не достигли уровня статистической значимости, прослеживается явная тенденция к снижению числа осложнений при лапароскопии. После применение лапароскопии уменьшилось летальность пациентов – 1 случай (0,9%) в основной группе против 2 (4,2%) в группе контроля ($p > 0,05$). Восстановление функции желудочно-кишечного тракта оценивали по степени угнетения перистальтики в послеоперационном периоде и срокам отхождения стула. Лапароскопия зарекомендовала себя с лучшей стороны, т.к. среди пациентов основной группы у подавляющего числа перистальтика появилась на первые сутки, в то время как в группе сравнения, более чем у 50% она стала выслушиваться на вторые сутки и позднее. У большинства пациентов после лапароскопии стул появился уже на 1-е сутки, в то время как после лапаротомии – только на 3-и. Таким образом, применение лапароскопии при спаечной кишечной непроходимости способствует более быстрому восстановлению функции желудочно-кишечного тракта.

Обсуждение. Известно, что результаты лечения острой спаечной кишечной непроходимости зависят от сроков оказания лечебных помощь. В нашей работе больные основной группы быстрее оказывались на операционном столе от времени поступления в стационар благодаря тому, что у них отсутствовала необходимость следить за пассажем бариевой взвеси. На наш взгляд, во многом вероятность осложнений ассоциирована с недостаточным опытом специалистов при применении лапароскопии. По мере накопления опыта эта операция становится всё более безопасной. В целом, на наш взгляд лапароскопия при острой спаечной кишечной непроходимости может стать операцией выбора, поскольку менее травматичен и способствует более быстрому выздоровлению пациента.

Вывод. Лапароскопия является весьма перспективным методом на современном этапе развития медицинских технологий. Её применение дает возможность существенно

улучшить результаты лечения: снизить частоту осложнений, сократить количество койко-дней, более быстрого восстановления функции ЖКТ, уменьшения эндотоксикоза.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Косимов С.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ургентные осложнения при левосторонней непроходимости толстой ободочной кишки, включающий в себя, в основном, заворот сигмовидной кишки (ЗСК), болезнь Пайра, рубцово-спаечную и дивертикулярной болезни (ДБ) в течении более вековой истории была и остаётся актуальной проблемой хирургии кишечника.

Материал и методы исследования. За период с 2014 по 2022 годы в хирургических отделениях клиники Андижанского медицинского института и РНЦЭМП «АФ» по поводу ургентных заболеваний левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза оперировано 139 больных. Согласно цели и задачам исследования нами условно выделены две группы:

- **группа сравнения** – (2014-2018 годы) - 81 (58,3%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- **основная группа** – (2019-2022 годы) - 58 (41,7%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Для решения поставленных задач проводились клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной МЗРУз.

Результаты и их обсуждение. Причинами экстренных оперативных вмешательств в основной группе явились ЗСК без гангрены кишечника у 32 (55,2%) больных и ЗСК сопровождающаяся с гангреной толстого кишечника у 6 (10,3%). Также причинами экстренных оперативных вмешательств в основной группе явились рубцово-спаечная непроходимость – у 6 (10,3%), доликолон и ДС – у 4 (6,9%) и осложненные формы дивертикулярной болезни (ДБ) – у 10 (17,3%) больных.

Объем оперативных вмешательств в основной группе заключался в выполнении первичных коло-колоанастомозов – у 17 (29,3%) больных, однако, в отличие от группы сравнения при этом применены «погружные» инвагинационные анастомозы по принципу «конец в бок». Вместе с тем, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну выполнена лишь у 4 (6,9%) больного в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Важно отметить, что в основной группе, в отличие от группы сравнения выполнено накладывание Т-образной комбинированной стомы с анастомозом «бок в конец» – у 10 (17,2%) и «У» - образной комбинированной стомы с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 16 (27,6%) больных.

При ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника – 9 (15,5%) первичные коло-колоанастомозы сформированы у 9 (15,5%) больных «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок». В связи сохраненной жизнеспособности кишечника, на фоне тяжелой сопутствующей терапевтической патологии и у больного пожилого возраста произведена деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну – у 4 (6,9%). Т-образная комбинированная стома с анастомозом «бок в конец» – у 6 (10,3%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» сформирована - у 8 (13,8%) больных. При ЗСК сопровождающейся

гангреной кишечника у всех 6 (10,3%) больных сформирована одноствольная колостома по типу Гартмана.

При ДК и ДС первичные коло-колоанастомозы сформированы в виде «погружного» инвагинационного способа по принципу «конец в бок» сформировано у 2 (3,4%) больных. Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - у 1 (1,7%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,7%) больного.

При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы сформированы первичные коло-колоанастомозы сформированы «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок» у 3 (5,2%) больных, в 1 (1,7%) случае была наложена Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец, а у 2 (3,4%) больных «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок».

При осложненных формах ДБ первичные коло-колоанастомозы сформированы у 3 (5,2%) больных «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок. Т-образная комбинированная стома с анастомозом «бок в конец» - у 2 (3,4%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 5 (8,6%) больных.

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения показал, что в группе сравнения из 81 (58,3%) больных послеоперационные осложнения после первичных наблюдались у 35 (43,2%). Осложнения, связанные с оперативным вмешательством установлено у 14 (17,2%) больных, раневые – 9 (11,1%) и осложнения общего характера – у 12 (14,8%) с летальным исходом – у 4 (4,9%) больных.

Возникновение осложнений в группе сравнения было связано с неполноценной адекватной предоперационной подготовкой и послеоперационным ведением, и техническими погрешностями оперирования, что обязывает соблюдать постоянную бдительность, строгий учет показаний к операциям, а также неукоснительное соблюдение основных канонов хирургии кишечника.

В результате хирургического лечения данного контингента, придерживаясь модифицированной методики формирования, комбинированной «У-образной стомы» с колоколоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» с колоколоанастомозом «бок в конец», а также предложенного лечебно-диагностического алгоритма, в основной группе из 58 (41,7%) больных послеоперационные осложнения после первичных наблюдались у 11 (18,9%). Осложнения, связанные с оперативным вмешательством установлено у 4 (6,8%) больных, раневые – у 3 (5,2%) и осложнения общего характера – у 4 (6,8%) с летальным исходом – у 1 (1,7%) больного.

Заключение. Усовершенствование выбора тактики хирургического лечения хирургического лечения urgentных осложнений заворота сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни левой половины толстой ободочной кишки не могло не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов (с 43,2 до 18,9%). Так, по сравнению с группой сравнения частота ближайших послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством в основной группе снизилась почти на 8,6% - с 17,2 до 6,8, показатель летальности уменьшился с 4,9 до 1,7%. Значительно меньше стали встречаться такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны и инфильтрат – с 11,1 до 5,2%, развитие общих осложнений после операции – с 14,8 до 6,8%, летальность - с 4,9 - до 1,7%.

ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСЕРОВОСЕЧЕНИЕ.

Косимова С.А., Кадирова Ш.Н., Кодиров М.Ш.

Целью нашего исследования являлось улучшение результатов хирургического лечения острого перитонита после кесеровосечение, путём коррекции интраабдоминальной гипертензии.

Материал и методы исследования. Работа основана на изучении результатов лечения 65 больных оперированных по поводу острого распространенного гнойного перитонита после кесеровосечение, наблюдавшихся с 2020 по 2023гг в №2 Родильном комплексе г Андижан. Возраст больных колебался от 18 до 38 лет.

Нами, все больные были разделены на 2 группы. В первую (контрольную) группу вошли 15 пациентов, которые в послеоперационном периоде получали общепринятую терапию.

Вторую группу (основную) составили больные, у которых в комплекс интенсивной терапии были включены назогастральное зондирование, интубация кишечника через анус, гастроинтестинальный лаваж и гастроэнтеросорбция активированным углём, применение антигипоксантов (актовегин). Также больным основной группы оставлены лапаропорты – после лапароскопическое санация брюшной полости для проведения санации брюшной полости с помощью лапароскопа на 2,3,5 сутки и проводилось измерение внутрибрюшного давления.

Внутри брюшное давление измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фоллея подключенный к гидроманометру – аппарата Вальдмана.

Результаты исследования; Общее состояние больных оценены средней тяжести и тяжёлое. В первые сутки после операции у больных всех групп внутрибрюшное давление составило $16,1 \pm 0,8$ мм. вод.ст ($15,7 \pm 0,84$ в основной группе и $14,8 \pm 0,79$ в контрольной), что соответствовало 1 степени внутрибрюшной гипертензии, на четвертые сутки у больных основной группы имели достоверность ($d=2,59$, $p<0,05$) по сравнению с первыми сутками. Улучшением показателей внутрибрюшного давления до: $12,4 \pm 0,3$ мм вод.ст. у пациентов этой группы удалось предупредить начинающийся парез ЖКТ, и разрешение его в течении 20 часов. А у больных контрольной группы парез был ликвидирован не менее, чем через 48 часов. Кроме того через лапаропорты с помощью лапароскопом санирована брюшная полость р-ром реополюглокина, с последующим введением р-р декасан $0,5\%$ -50 мл.

Соответственно, в основной группе сократилось количество дыхательных осложнений: пневмония развилась у двух больных, а в контрольной группе те же осложнения возникли у 7 больных.

В исследуемой группе практически не отмечалось специфических осложнений. Лишь в 2 случаях было нагноение после операционной раны, у 6 больных, абсцесс брюшной полости, у-1 больного, продолжающийся перитонит. Полиорганные нарушения (гепатонефропатия, энцефалопатия, синдром интоксикации) развились у 4 больных основной группы. У больных контрольной группы полиорганные нарушения развились в 9 случаях. Летальный исход в основной группе не наблюдалось, в то время такой исход в контрольной группе был у 1х больных. пребывание в стационаре составило в основной группе $11 \pm 0,42$ дней, в контрольной $14,6 \pm 46$.

Вывод: Таким образом, использование лапароскопического санирования брюшной полости в послеоперационном периоде, у больных острым распространённым перитонитом позволило предупредить развитие органических нарушений, уменьшилось развитие гнойно-септических осложнений и послеоперационных летальных исходов.

СКАНИРОВАНИЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ КЕСЕРОВАСЕЧЕНИЕ

Косимова С.А., Кадиров Ш.Н., Кадиров М.Ш.
Андижанский Государственный Медицинский институт

Введение: после операционной перитонит, несмотря на достижения современной медицины, остается одной из актуальных проблем хирургии и в гинекологии. Согласно современным представлениям, ведущим фактором в патогенезе острого перитонита, определяющим тяжесть и исход заболевания, является синдром эндогенной интоксикации.

О состоянии организма и предрасположенности к определенным заболеваниям можно узнать из анализа живой крови. В процессе нормальной жизнедеятельности, а еще больше при различных заболеваниях в организме образуются и накапливаются токсические вещества. Это явление называется внутренней интоксикацией эндотоксикозом. Именно эндотоксикоз вызывает серьезные нарушения функция жизненно важных органов и иммунной системы, что влечет за собой уменьшение продолжительности жизни.

На основании сканирования крови определяется состояние форменных элементов, и подвижность в плазме, агрегация и сладж. Анализируя состояние тромбоцитов, лимфоцитов и лейкоцитов, можно определить активность иммунной системы и способность организма к самовосстановлению, а также патологические изменения состава крови, приводящие к развитию многих заболеваний. До настоящего времени о степени интоксикации организма судили по определению лейкоцитарного индекса интоксикации организма. Не так давно ученые пришли к выводу, что более точные характеристики может дать не количественная, а качественная оценка форменных элементов крови.

Материалы и методы исследования: Спектр оценки функционального состояния крови при кесеровосечении осложненной перитонитом очень широкий и позволяет сделать заключение о состоянии степени интоксикации организма. Которой можно определить больного. Нами у 68 больных с после кесеровосечении осложненной перитонитом в стационар с первых суток была исследована кровь темнопольным сканированием.

При сканировании крови особое внимание было обращено на исследование в утренние часы суток. Больным особой подготовки к исследованию не требовалось. Акцент исследования был направлен на состояние форменных элементов и морфофункциональное состояние крови. В первые сутки после подозрения на перитонит установлено, что эритроциты деформированы, обнаружено множество монетных столбиков. Достоверно снижена функциональная активность лейкоцитов. Отмечено увеличение количества лейкоцитов за счет юных форм, которое в функциональном отношении очень снижено.

По результатам исследования отмечено, что состояние кровеносной системы больных острым перитонитом зависит от формы развития заболевания.

В реактивной фазе у 22 больных с острым перитонитом, не смотря на отсутствие клинических проявлений интоксикации организма в крови отмечено увеличение кислотности, снижение функции эритроцитов, образование монетных столбиков.

В токсической фазе заболевания у 27 больных отмечены выраженные морфофункциональные изменения форменных элементов крови. В этой фазе заболевания обнаружено выраженное и достоверное увеличение количества столбиков эритроцитов и в одновременно окисление крови.

В терминальной фазе острого перитонита у 13 больных в динамике лечения проведены аналогичные исследования крови. В результате ежедневного обследования в этой стадии заболевания в крови обнаружены загрязненные участки, с большим количеством бактерий, микробов, кристаллоидов, агрегатов эритроцитов, функциональное снижение форменных элементов крови.

Результаты обследования. Проведенное темнопольное исследование крови острого перитонита показало, что изменения состава загрязненности крови зависят от стадии заболевания. В реактивной стадии заболевания у больных были отмечены увеличения количества бактерий, лимфоцитов, кристаллов холестерина, не достоверное различие от контрольной группы больных не отмечалось.

У больных острым перитонитом в токсической фазе заболевания отмечена сильная загрязненность крови. В поле зрения на 1-ые сутки после поступления в стационар было обнаружено $14,4 \pm 1,2$ шт бактерий. В последующие дни количества бактерий достоверно уменьшается. На вторые сутки количества бактерий было $10,5 \pm 1,1$ шт. Приблизительно в первые и вторые сутки бактерий сохранилось в одинаковом количестве. Начиная с 3 суток на фоне лечения больных антибиотиками, дезинтоксикационной терапии удаления источника интоксикации отмечено достоверное снижение количества бактерий. На 3 сутки снизилось до $5,2 \pm 0,8$ шт в поле зрения. На 5-сутки обследования отмечено единичные бактерии $2,2 \pm 0,6$. В этой фазе заболевания реология крови, кислотно-щелочное равновесие резко изменилось. В 1-ые сутки отмечена агрегация эритроцитов, окисление эритроцитов доходило до $14,5 \pm 1,3$. Такое высокое содержание сохранилось и на 2-ые сутки, $15,0 \pm 1,2$. Начиная с 4-5 суток после коррекции кислотно-щелочного равновесия крови, отмечено достоверное уменьшение агрегации эритроцитов в поле зрения.

В терминальной стадии заболевания отмечено в крови скопление массы различных токсических веществ. В этой фазе отмечена повышенная загрязненность крови. В таких случаях необходимо срочная дезинтоксикационная терапия. Установлено, что при исследованной крови количества бактерии в 1-2 сутки доходило до $17,5 \pm 1,3$ шт, агрегация эритроцитов доходила до $25,4 \pm 1,7$ шт, еще отмечено появления юных лимфоцитов, до $6,7 \pm 0,6$ шт. В динамике проведенного комплексного лечения больных до 3-4 суток кровь оставалась загрязненной. Начиная с 4 – 5 суток отмечено достоверное снижение этих показателей. Количество бактерий на 5 сутки снизилось до $4,8 \pm 0,9$ шт. Агрегация эритроцитов тоже уменьшалась в результате коррекции кислотности крови, на 6-7 сутки снизилась до $6,2 \pm 1,0$ шт.

Выводы:

При остром перитоните после кесаровосечения отмечается высокая эндогенная интоксикация организма, о чем свидетельствуют результаты темнопольного сканирования крови.

Темнопольное сканирование крови рекомендуется проводить у больных острым перитоните после кесаровосечения для определения тактики комплексного лечения и прогнозирования заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.

Коханенко Н.Ю., Эшметов Ш.Р., Юсупов Д.Д.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения осложненного ХП во многих случаях обусловлены неадекватностью первичных хирургических вмешательств, техническими дефектами их выполнения, прогрессированием заболевания ПЖ, отсутствием поддерживающей терапии в послеоперационном периоде, несоблюдением пациентом соответствующего режима и неверно выбранной оперативной тактикой. Многообразие видов и техник хирургического лечения ХП позволяет дифференцированно подойти к проблеме лечения данной патологии. Однако в показаниях к тому или иному виду хирургических пособий отсутствует какая-либо система. Одни хирурги предпочитают выполнять исключительно дренирующие операции, другие – только резекционные, третьи и вовсе ограничиваются минимально инвазивными пункционно-дренирующими вмешательствами.

Таким образом, проблема хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита до настоящего времени остается актуальной.

Цель работы: Улучшить результаты хирургического лечения хронического панкреатита путём разработки алгоритма дифференцированного подхода к характеру и объёму вмешательства на основании морфологических изменений панкреатобилиарной зоне.

Материалы и методы: В период с 2010 по 2021 гг. в различных стационарах города Санкт-Петербурга (Российская Федерация) и города Ургенча (Узбекистан) 144 (100%) пациентам с верифицированным диагнозом «хронический панкреатит» выполнены различные хирургические вмешательства по поводу основного заболевания и его осложнений. Все пациенты были разделены на 2 группы с учетом дифференцированного подхода к хирургическому лечению хронического панкреатита: 1 группа - 68 (47,2%) пациентов с период с 2010 по 2015 гг, которым в качестве хирургического лечения выполнялись различные дренирующие операции на поджелудочной железе. Из них в 16 (23,5%) случаях выполнено наружное дренирование главного панкреатического протока, а 51 (76,5%) пациенту различные варианты формирования панкреатодигестивных анастомозов.

Результаты: При интраоперационной ревизии кистозная трансформация паренхимы от 1 см до 5 см в 1 группе выявлены у 47 (69,1%) пациентов и локализовались преимущественно в головке поджелудочной железе – 38 (55,9%) пациентов, во второй группе кисты от 1 до 5 см выявлены у 36 (47,8%) пациентов с локализацией в головке и перешейке поджелудочной железы у 97,8% больных, что составило 35 больных. Данные дооперационной диагностики панкреатической гипертензии полностью совпали с интраоперационными находками: дилатация вирсунгова протока до 10 мм констатирована у 56 (82,3%) пациентов первой группы, во второй группе ширина протока от 2 до 10 мм выявлена у 63 (82,6%). Выраженный очаговый фиброз, носивший очаговый характер, с локализацией преимущественно в головке поджелудочной железы выявлено у 23 (33,8%) пациентов 1 группы и у 27 (35,5%) пациентов в группе 2, с изолированным поражением хвоста поджелудочной железы – 7 (10,3%) и 11 (14,6%) пациентов соответственно, диффузное поражение поджелудочной железы 38 (55,9%) и 28 (49,9%) пациентов группы 1 и 2. У всех 14 пациентов с наружным дренированием главного панкреатического протока в группе 1 и в группе 2 выявлены множественные очаги некроза диаметром до 2 см и парапанкреатические жидкостные скопления до 5 см в диаметре, что также

потребовало мультифокусного дренирования сальниковой сумки широкопросветными дренажами.

Заключение: Среднее время операции в первой группе составило $196 \pm 16,7$ минут, во второй группе $212 \pm 23,5$ минут ($p > 0,05$), средний объем кровотери в группе 1 составила $80 \pm 23,7$ мл, в группе 2 - $96 \pm 15,3$ мл, что также не имело статистически достоверной разницы ($p > 0,05$).

ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Назавров З.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

В последние два десятилетия отмечается значительный рост числа больных с холелитиазом и его осложнениями, как деструктивный холецистит и желчный перитонит (3,5,11). К тому же желчный перитонит чаще всего возникает у больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено превалированием у них деструктивных форм острого холецистита и стертыми симптомами болезни. Желчные перитониты, возникающие в послеоперационном периоде, как осложнение холецистэктомии, также диагностируются с опозданием как вследствие стертости клиники, так и нерешительности хирургов к проведению повторных вмешательств (1,8,10).

Целью исследования явилось изучение причин возникновения желчного перитонита у больных холелитиазом.

Материал исследования. В хирургических отделениях 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского университета за последние 20 лет в период 2001-2020 г.г. прооперировано 5849 больных с холелитиазом, из них 1167 (19,9%) с острым деструктивным холециститом. Нами отмечено значительное увеличение (в 1,9 раза) числа оперированных больных с желчнокаменной болезнью в период 2011-2020 г.г. (число операций составило 3801).

Нами изучены результаты обследования и лечения 131 больных с желчным перитонитом, что составило 2,2% из числа всех оперированных больных с холелитиазом. Из них 82 (7,1%) с перитонитом, как осложнение острого деструктивного холецистита и 49 (0,8%) с перитонитом, как осложнение после операции по поводу холелитиаза. Среди больных с перитонитом было 39 (29,7%) мужчин и 92 (70,3%) женщин, гендерное соотношение составило 1:2,5. Это же соотношение среди всех оперированных больных с желчнокаменной болезнью составило 1:6, что подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола. Преваляровали пациенты в возрасте 60-69 лет – 41 (31,3%) и 50-59 лет – 37 (28,2%). 11 (8,4%) пациентов были в возрасте 70-79 лет, 5 (3,9%) – в возрасте старше 80 лет, 29 (22,1%) – 40-49 лет и 8 (6,1%) – 30-39 лет.

Считается, что желчный перитонит чаще всего развивается у больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено увеличением у них деструктивных форм острого холецистита с перитонитом, которые протекают со стертыми симптомами заболевания.

Результаты исследования. Среди 82 больных с деструктивным холециститом, осложненным желчным перитонитом, по характеру патологического процесса пропотной наблюдался у 55 (67,1%) больного, из них разлитой – у 9 (16,4%) и отграниченный – у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и отграниченный – у 17 (62,9%). У пациентом с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 57 (69,5%) и постепенное нарастание – у 25 (30,5%). При госпитализации относительно удовлетворительное общее состояние отмечено у 17 (20,7%) больных, средней тяжести – у 31 (37,8%), тяжелое – у 24 (29,3%) и крайне тяжелое – у 10 (12,2%) больных.

По механизму истечения желчи в брюшную полость как осложнения острого деструктивного холецистита мы наблюдали две формы желчного перитонита: прободной и пропотной. Прободной желчный перитонит встречался у 27 (32,9%) больных, который проявлялся картиной острой катастрофы в брюшной полости на фоне деструкции стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита и поскольку происходило постепенное пропотевание желчи в свободную брюшную полость, перитонит протекал с малозаметными симптомами. По нашим наблюдениям пропотной перитонит имел место у 55 (67,1%) пациента. Таким образом отмечается значительное превалирование пропотного желчного перитонита.

В развитии желчного перитонита, по мнению академика Ф.Г. Назирова и соавт. (2019), основополагающими являются:

Характер, количество и скорость излияния желчи. Реакция брюшины и организма отличаются при массивном одномоментном излиянии желчи, медленном истечении или ее пропотевании.

Место излияния желчи — свободная или отграниченная брюшная полость. Распространение желчи по всей брюшной полости сопровождается тяжелой шоковой реакцией. При излиянии и скоплении желчи в отграниченном пространстве нет четкой картины проявления перитонита.

При анализе 49 случаев желчного перитонита, возникших после оперативных вмешательств по поводу холелитиаза, что составило 0,84% от общего количества больных (5849), оперированных в клинике с холелитиазом, за период 2001-2020 г.г., установлено, что причинами перитонита явилось: - истечение желчи из ходов Люшка у 17 пациентов после холецистэктомии; - незамеченное повреждение и пересечение общего печеночного протока в 12 случаях; - выпадение клипс и лигатур с культы пузырного протока после холецистэктомии в 13 случаях; - истечение желчи из холедохотомного отверстия при наличии дренажа холедоха и после удаления дренажа в 7 случаях.

Из 49 пролеченных нами больных с послеоперационным желчным перитонитом у 20 отмечалось распространение желчи по всей брюшной полости, у 29 излившаяся желчь локализовалась и задерживалась только в подпеченочном пространстве.

Таким образом, по данным нашей клиники за последнее десятилетие, наблюдается значительное (почти двухкратное) увеличение числа больных с холелитиазом и числа операций. При этом 19,9% больных с холелитиазом, т.е. практически каждый 5-й оперируется по поводу острого деструктивного холецистита. Из этих прооперированных 1167 больных с деструктивными формами холецистита у 82 (7,1%) наблюдался желчный перитонит, что совпадает с данными Г.Н. Гумерова и соавт. (2020) и Е.Е. Врание (2017). При этом в первые сутки от начала заболевания обратились лишь 37,8% пациентов. В.Ф. Зубрицкий с соавт. (2017), J.F.Lock et al. (2016), V.S. Budipranama (2020) отмечают значительное число больных с пропотным желчным перитонитом, когда клиника абдоминальной катастрофы проявляется довольно поздно.

Частота желчного перитонита после операций на желчевыводящих протоках по данным В.Ф. Зубрицкого и соавт. (2017), С.В. Чернокозинкой (2021), А.А. Staats (2020) связано чаще всего с ятрогенными повреждениями желчных протоков и составляет 0,6-1,5%. Выше приведенные данные подтверждают необходимость своевременной плановой хирургической санации больных с холелитиазом с использованием современных эндовидеохирургических технологий.

ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Назавров З.Н.
Самаркандский государственный медицинский университет

В последние два десятилетия отмечается значительный рост числа больных с холелитиазом и его осложнениями, как деструктивный холецистит и желчный перитонит (3,5,11). К тому же желчный перитонит чаще всего возникает у больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено превалированием у них деструктивных форм острого холецистита и стертыми симптомами болезни. Желчные перитониты, возникающие в послеоперационном периоде, как осложнение холецистэктомии, также диагностируются с опозданием как вследствие стертости клиники, так и нерешительности хирургов к проведению повторных вмешательств (1,8,10).

Целью исследования явилось изучение причин возникновения желчного перитонита у больных холелитиазом.

Материал исследования. В хирургических отделениях 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского университета за последние 20 лет в период 2001-2020 г.г. прооперировано 5849 больных с холелитиазом, из них 1167 (19,9%) с острым деструктивным холециститом. Нами отмечено значительное увеличение (в 1,9 раза) числа оперированных больных с желчнокаменной болезнью в период 2011-2020 г.г. (число операций составило 3801).

Нами изучены результаты обследования и лечения 131 больных с желчным перитонитом, что составило 2,2% из числа всех оперированных больных с холелитиазом. Из них 82 (7,1%) с перитонитом, как осложнение острого деструктивного холецистита и 49 (0,8%) с перитонитом, как осложнение после операции по поводу холелитиаза. Среди больных с перитонитом было 39 (29,7%) мужчин и 92 (70,3%) женщин, гендерное соотношение составило 1:2,5. Это же соотношение среди всех оперированных больных с желчнокаменной болезнью составило 1:6, что подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола. Преваляровали пациенты в возрасте 60-69 лет – 41 (31,3%) и 50-59 лет – 37 (28,2%). 11 (8,4%) пациентов были в возрасте 70-79 лет, 5 (3,9%) – в возрасте старше 80 лет, 29 (22,1%) – 40-49 лет и 8 (6,1%) – 30-39 лет.

Считается, что желчный перитонит чаще всего развивается у больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено увеличением у них деструктивных форм острого холецистита с перитонитом, которые протекают со стертыми симптомами заболевания.

Результаты исследования. Среди 82 больных с деструктивным холециститом, осложненным желчным перитонитом, по характеру патологического процесса пропотной наблюдался у 55 (67,1%) больного, из них разлитой – у 9 (16,4%) и отграниченный – у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и отграниченный – у 17 (62,9%). У пациентом с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 57 (69,5%) и постепенное нарастание – у 25 (30,5%). При госпитализации относительно удовлетворительное общее состояние отмечено у 17 (20,7%) больных, средней тяжести – у 31 (37,8%), тяжелое – у 24 (29,3%) и крайне тяжелое – у 10 (12,2%) больных.

По механизму истечения желчи в брюшную полость как осложнения острого деструктивного холецистита мы наблюдали две формы желчного перитонита: прободной и пропотной. Прободной желчный перитонит встречался у 27 (32,9%) больных, который проявлялся картиной острой катастрофы в брюшной полости на фоне деструкции стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита и поскольку происходило постепенное пропотевание желчи в свободную брюшную полость, перитонит протекал с малозаметными симптомами. По нашим

наблюдениям пропотной перитонит имел место у 55 (67,1%) пациента. Таким образом отмечается значительное превалирование пропотного желчного перитонита.

В развитии желчного перитонита, по мнению академика Ф.Г. Назирова и соавт. (2019), основополагающими являются:

Характер, количество и скорость излияния желчи. Реакция брюшины и организма отличаются при массивном одномоментном излиянии желчи, медленном истечении или ее пропотевании.

Место излияния желчи — свободная или ограниченная брюшная полость. Распространение желчи по всей брюшной полости сопровождается тяжелой шоковой реакцией. При излиянии и скоплении желчи в ограниченном пространстве нет четкой картины проявления перитонита.

При анализе 49 случаев желчного перитонита, возникших после оперативных вмешательств по поводу холелитиаза, что составило 0,84% от общего количества больных (5849), оперированных в клинике с холелитиазом, за период 2001-2020 г.г., установлено, что причинами перитонита явилось: - истечение желчи из ходов Люшка у 17 пациентов после холецистэктомии; - незамеченное повреждение и пересечение общего печеночного протока в 12 случаях; - выпадение клипс и лигатур с культы пузырного протока после холецистэктомии в 13 случаях; - истечение желчи из холедохотомного отверстия при наличии дренажа холедоха и после удаления дренажа в 7 случаях.

Из 49 пролеченных нами больных с послеоперационным желчным перитонитом у 20 отмечалось распространение желчи по всей брюшной полости, у 29 излившаяся желчь локализовалась и задерживалась только в подпеченочном пространстве.

Таким образом, по данным нашей клиники за последнее десятилетие, наблюдается значительное (почти двухкратное) увеличение числа больных с холелитиазом и числа операций. При этом 19,9% больных с холелитиазом, т.е. практически каждый 5-й оперируется по поводу острого деструктивного холецистита. Из этих прооперированных 1167 больных с деструктивными формами холецистита у 82 (7,1%) наблюдался желчный перитонит, что совпадает с данными Г.Н. Гумерова и соавт. (2020) и Е.Е. Врабие (2017). При этом в первые сутки от начала заболевания обратились лишь 37,8% пациентов. В.Ф. Зубрицкий с соавт. (2017). J.F.Lock et al. (2016), V.S. Budipranama (2020) отмечают значительное число больных с пропотным желчным перитонитом, когда клиника абдоминальной катастрофы проявляется довольно поздно.

Частота желчного перитонита после операций на желчевыводящих протоках по данным В.Ф. Зубрицкого и соавт. (2017), С.В. Чернокозинкой (2021), А.А. Staatz (2020) связано чаще всего с ятрогенными повреждениями желчных протоков и составляет 0,6-1,5%. Выше приведенные данные подтверждают необходимость своевременной плановой хирургической санации больных с холелитиазом с использованием современных эндовидеохирургических технологий.

УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ МИКРОСТОМИЙ.

Мадазимов М.М., Орипов Д.У., Тешабоев М.Г.
Андижанский Государственный медицинский институт.
Ферганский филиал РНЦЭМП.

Z-пластика возможна лишь при наличии небольших мягких рубцов в области комиссур рта. В большинстве случаев внутренним листком складки является слизистая оболочка, а наружным - грубый несмещаемый рубец. Из этих разнородных тканей нецелесообразно выкраивать треугольные лоскуты и перемещать их. Нами разработан способ пластики комиссур рта двугорбым лоскутом, выкраенным из слизистой оболочки

рта. У 23 больных выполнено 23 операций с использованием предложенного способа по устранению рубцовых микростомий.

Формирование углов рта, закрытие раневых поверхностей и восстановление красной каймы осуществляли перемещением двугорбых лоскутов, выкроенных из слизистой оболочки с подслизистым слоем приротовой области.

При сочетанных рубцовых поражениях у 10 больных устранение микростомий выполняли одновременно с иссечением рубцов на верхней и нижней губах или в области щек. Операцию в этих случаях начинали с формирования углов рта. После формирования лоскутов, по промежуточному слою иссекали все рубцы вокруг рта, затем лоскут подтягивали и формировали из него комиссуру рта, подшивая к ране на щеке, после чего свободным аутодермотрансплантатом закрывали остальную рану. Компрессию на трансплантат создавали с помощью растягивающих швов.

Учитывая риск развития инфекции в околоротовой зоне в до- и послеоперационном периоде проводили региональную лимфатическую антибиотикотерапию в течении 3-5 дней. Швы снимали на 5-6 сутки.

Наши наблюдения показали, что применение изложенной методики позволяет достигнуть хороших результатов при максимальном использовании слизистой оболочки щек и преддверия рта. Следует отметить, что двугорбые лоскуты выгоднее лоскутов треугольной формы по значительно большему объему заимствования тканей, а также по меньшему риску некроза конца лепестка.

Результаты. Полное и безрецидивное устранение микростомий отмечалось у всех 23 больных, создан резерв для дополнительного ее растяжения при сохранении острой формы углов рта. Лоскут сохраняет жизнеспособность и в отдаленные сроки препятствует рецидиву контрактуры. Случаев нагноений послеоперационной раны не наблюдали.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА

М.М. Мадазимов, М.Г. Тешабоев, Д.У. Орипов, Р.А. Хошимхожиева
Андижанский Государственный медицинский институт
Ферганский филиал РНЦЭМП

Рубцовые деформации дефекты лица меняет облик человека и вызывает функциональные нарушения, психо-эмоциональное напряжения пациента. Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых деформации лица представляет собой актуальную задачу.

Все выше указанное объясняет необходимость хирургической реабилитации больных с последствиями ожогов лица.

Нами, в отделении реконструктивной хирургии областного медицинского центра, прооперировано 600 больных с деформациями лица и головы. Выполнены различные новые и усовершенствованы существующие способы восстановительных и пластических операции.

В частности при отсутствии бровей у 34 больных использовали способ свободной пластики двумя узкими (0,3 см) трансплантатами из волосистой части головы.

При устранении рубцовых выворотов век у 45 пациентов выполняли свободную аутопластику с гиперкоррекцией на 50-100%. При этом брали полнослойный трансплантат из внутренней поверхности верхней трети плеча. Донорскую рану ушивали.

Микростомии у 29 больных устранены с помощью двугорбых лоскутов, выкроенных из слизисто-подслизистого слоя внутренней поверхности щёк.

В сыворотке крови 55 больных с ожоговой болезнью (ОБ) исследованы концентрация и процентное содержание 17 белковых аминокислот. При ОБ выявлены нарушения обмена аминокислот, которые имеют более или менее специфический характер и связаны со снижением функциональной активности гепатоцитов вследствие блокады их токсинами. Тромбообразовательная функция печени у 90% из них оказалось умеренно пониженной.

При обширных ожогах отмечена умеренная гипергликемия, сохраняющаяся в течение 1-й недели болезни. При ОБ содержание общего билирубина оказалось у верхней границы нормы, а непрямого билирубина-в 2 раза повышено. При обширных ожогах отмечено повышение активности всех ферментов, в среднем в 2 раза по сравнению нормой.

Выводы: При ожоговой болезни в результате токсического повреждения печени развиваются дистрофические изменения гепатоцитов, нарушаются практически все печеночные функции, клинико-биохимические проявления функциональных расстройств печени составляют сущность синдрома гепатаргии, патогномичного для токсического гепатита и острой дистрофии печени.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Мамадалиев ДМ.Ходжаев БН.Жабборов Н.З

Введение: Остановка сердца остается критической медицинской ситуацией, сопровождающейся высокой смертностью и потенциальным риском долгосрочных неврологических нарушений. Точная прогностика у пациентов после остановки сердца является важной частью обоснованных клинических решений.

Цель: Целью данного исследования была оценка прогностической ценности конкретных биомаркеров, таких как Тропонин Т и Прокальцитонин (ПКТ), у когорты пациентов в возрасте от 45 до 60 лет, переживших остановку сердца.

Методы: Параллельное клиническое исследование. Всего в данное сравнительное исследование было включено 90 пациентов после остановки сердца, по 45 пациентов в каждой из двух параллельных групп. Эти пациенты были приняты в (Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, Наманганский филиал) с 2021 по 2022 год. В первой группе (Группа А) измерялись уровни биомаркеров Тропонина Т и Прокальцитонина (ПКТ), в то время как вторая группа (Группа Б - плацебо) не подвергалась исследованию биомаркеров.

Группы пациентов были тщательно подобраны с учетом демографических и клинических характеристик для обеспечения сопоставимости. Пациенты прошли полное клиническое обследование, включая неврологические оценки, на конкретных временных точках после реанимации. Для оценки роли биомаркеров были использованы следующие критерии:

Результаты: Группа А (Проверка биомаркеров): • Медианный уровень Тропонина Т при поступлении: 0,08 нг/мл (Интерквартильный размах, ИКР: 0,05-0,15) • Медианный уровень Прокальцитонина (ПКТ) при поступлении: 0,25 нг/мл (ИКР: 0,15-0,40) • Смертность через 30 дней: 15% • Средний срок госпитализации: 10 дней

Группа Б (Плацебо - Без исследования биомаркеров): • Смертность через 30 дней: 22% • Средний срок госпитализации: 12 дней

Заключение: Результаты показывают, что Группа А, в которой измерялись уровни Тропонина Т и Прокальцитонина, имела более низкую смертность через 30 дней и более короткий средний срок госпитализации по сравнению с Группой Б, которая не подвергалась исследованию биомаркеров. Эти результаты указывают на ценность

биомаркеров Тропонина Т и Прокальцитонина в прогнозировании исходов у пациентов и в руководстве клиническими решениями в уходе после остановки сердца.

Ключевые слова: остановка сердца, прогностические биомаркеры, уход после остановки сердца, персонализированная медицина, неврологические исходы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Мамадумаров Т.С., Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н., Исхаков Н.Б., Эргашев А.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Работа основана на опыте хирургического лечения 944 больных с осложненным эхинококкозом печени и органов брюшной полости в возрасте от 11 до 70 лет. Мужчин было 497 (52,6%), женщин – 447 (47,3%).

Нагноения эхинококковой кисты печени, селезенки и брюшной полости встречались у 573 (60,7%) больных. Прорыв эхинококкоза печени в брюшную полость диагностирован у 86 (9,4%) пациентов, в билиарные протоки у 207 (21,4%), механическая желтуха у 47 (5,1%), цистобронхиоплевральный свищ – у 31 (3,4%). С аллергическими реакциями поступило 40 (4,2%) больных. Анафилактический шок у больных с прорывом эхинококковой кисты печени в свободную брюшную полость наблюдался - у 32 (3,4%).

Одиночные кисты печени, селезенки и брюшной полости выявили у 643 (68,1%) больных, множественные – у 301 (31,9%). У 605 больных кисты располагались в правой доле печени и у 201 в левой. Эхинококкоз селезенки встречался у 29 больных, большого сальника у 29, брыжейки тонкой кишки у 16, забрюшинного пространства у 9 и малого таза – 55. Сочетания эхинококкоза печени, селезенки, легких, брыжейки тонкой кишки, органов малого таза и встречались у 263 больных. Рецидивный эхинококкоз печени был отмечен у 114 (12,0%) пациентов и резидуальный – у 15 (1,6%).

Традиционный способ (лапаротомия) применен у 926 больных. Идеальная эхинококкэктомия выполнена у 192 больных, из них у 42 с краевой резекцией печени. Эхинококкэктомия печени с капитанажом остаточной полости была выполнена у 300 больных и у 159, операция завершена с дренированием остаточной полости. Эхинококкэктомия печени в сочетании с холецистэктомией была выполнена у 86 (9,1%) пациентов, ушивание цистобилиарного свища – у 212 (22,4%), наружное дренирование желчного протока – 29 (3,1%). При традиционном методе лечения отмечались осложнения у 114 больных, из них: послеоперационный перитонит у 17 (1,8%) внутрибрюшное кровотечение у 11 (1,2%), абсцесс остаточной полости у 56 (5,9%), наружный желчный свищ у 26 (2,7%), тромбоэмболия легочной артерии у 2 (0,2%), тромбоз мезентеральных сосудов - у 4 (0,4%). У 11 больных с послеоперационным перитонитом была выполнена видеолапароскопическая санация с оставлением дренажей в брюшной полости. Причиной релапаротомии у 11 (1,2%) больных явилось кровотечение в брюшную полость, перитонит. У 8 больных с прорывом эхинококковой кисты в билиарный тракт первым этапом лечения выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с удалением хитиновых оболочек паразита.

Лапароскопическая эхинококкэктомия печени была предпринята 18 (1,9%) больным, из-за ограничения возможности ликвидации остаточной полости переход на лапаротомию осуществлена в 4 случаях.

Чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) абсцесса остаточной полости эхинококковой кисты печени под контролем УЗИ выполнено 57 больным. Повторное ЧПД

выполнено 10 пациентам. При нагноившихся эхинококкозе селезенки у 5 больных первым этапом операции являлся ЧПД. Послеоперационный перитонит у 2 больных после ЧПД абсцесса селезенки явился показанием к спленэктомии.

Заключение. Применение малоинвазивной технологии в лечении осложненных эхинококковых кист печени снижает процент послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

**Мамадумаров Т.С., Исхаков Б. Р., Исхаков Н. Б., Робиддинов Ж. Б.,
Робиддинов Б.С., Эргашев М.М., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В экстренной хирургии диагностика и лечение острого аппендицита была и остается одной из актуальных проблем. Применение лапароскопии позволило выйти на новый уровень в диагностики различных форм острого аппендицита и своевременно решить вопрос оперативного лечения в наиболее трудных диагностических случаях.

За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП по поводу острого аппендицита оперированы 9818 пациентов, из них 1663 больным выполнена лапароскопическая аппендэктомия, что составило 16,9%. Из 1663 больных оперированных по поводу острого аппендицита лапароскопическим способом мужчин было 701 (42,2%) и женщин - 962 (57,8%) в возрасте от 5 до 67 лет. Пациенты детского и подросткового возраста составили 24,3% (404 больных). При изучении пути госпитализации выявлено, что 673 (40,5%) больных доставлены скорой помощью, 907 (54,5%) самоотком и направлением из поликлиники – 83 (5%).

До 6 часов поступили 404 (24,3%) больных, в течение 7-24 часов 934 (56,2%) и более 24 часов - 325 (19,5%).

Аппендэктомия завершена лапароскопическим способом у 1447 (87%) пациентов, переход на традиционный способ осуществлен у 179 (10,7%), на средне срединную лапаротомию у 37 (2,3%). Причинами конверсии явились: ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка, распространенный перитонит, периаппендикулярный абсцесс.

По характеру воспалительных изменений: катаральный аппендицит выявлен у 97 (5,8%) больных, флегмонозный - 1151 (69,2%), гангренозный - 262 (15,8%). Периаппендикулярный абсцесс диагностирован у 20 (1,2%) пациентов и эмпиема червеобразного отростка у 133 (7,9%).

Внедрение диагностической лапароскопии и лапароскопических операций позволило сократить количество не обоснованных операций. Как правило все лапароскопические аппендэктомии выполнялись после подтверждения диагноза в ходе диагностической лапароскопии.

Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz” и “Norman”. Лапароскопическая аппендэктомия осуществлялась под внутривенным наркозом. Интубационный наркоз применяли при переходе на лапаротомию. Первый 10мм. троакар для лапароскопа вводили супраумбиликально. Второй 10 мм. троакар для удаления червеобразного отростка вводили по точке Мак-Бурнея справа. Третий 5мм. троакар для манипулятора вводили пункцией левой подвздошной области.

Продолжительность операции составило от 20 минут до 35. Санировали брюшную полость физиологическим раствором или раствором фурацилина с применением ирригоаспиратора «БРЮСАН». Полость малого таза и правой подвздошной области

дренировали только при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар справа.

Интраперитонеальный способ обработки брыжейки и культи червеобразного отростка лигатурным способом использовали у детей.

Экстраперитонеальная обработка брыжейки и культи червеобразного отростка погружным способом применена у большинства пациентов. На диагностическом этапе лапароскопии при доступном к обзору червеобразного отростка применяли только один 10мм. троакар.

Особенностью лапароскопически дополненной аппендэктомии (ЛДА) являлось - расширение троакарной раны с париетальной брюшиной до 1,5-2см, и извлечение отростка в рану.

Атипичное расположение червеобразного отростка при мобильной слепой кишки выявлены у 5 пациентов, у всех операция завершена лапароскопическим способом с дополнительным введением 10 мм. троакара через эпигастральной, левой и правой подреберных областей.

Релапароскопия для диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений и санации при продолжающихся перитонитах была применена у 18 (1,1%) пациентов.

Осложнений после лапароскопической аппендэктомии наблюдали у 128 (7,7%) больных. В 24 случаях (1,4%) произошло нагноение операционной раны, в 36 (2,2%) имел место инфильтрат в ране. Летальных исходов после лапароскопической аппендэктомии не было. Средний койко-день составил 2,8 дня.

Таким образом, экстренная лапароскопия позволяет своевременно верифицировать диагноз острого аппендицита и произвести адекватное видеолапароскопическое вмешательство, которое обладает несомненным преимуществом перед традиционными операциями. (Малая травматичность фармако-экономический и косметический эффект). Считаем, что лапароскопически дополненная аппендэктомия может применяться в лечении острого аппендицита.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

**Маматкулов А.Г., Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Уринов Б.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

На сегодняшний день ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Этим объясняется значимость данной проблемы для практического здравоохранения. С другой стороны мы столкнулись с ситуацией, когда многие врачи поздно диагностировали ТЭЛА, а в 50-80% случаев ТЭЛА не диагностируется вообще. Причина в том, что клинические признаки некоторых заболеваний перекрыты симптомами фоновой патологии (Подильничак М.Д. и Огновский В.К. 1990г). По данным Фрамингемского исследования (США) ТЭЛА составляет 15,6% от всей внутригоспитальной летальности, среди них на хирургических больных приходится 18%, а 82% - составляют больные с терапевтической патологией.

Источником тромба в большинстве случаев ТЭЛА служит тромбоз в системе нижней полой вены (83,6%), тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и илео-кавального сегмента. В малом числе локализация венозного тромбоза отмечается в бассейне верхней полой вены, и реже формирование тромбов в полостях правого сердца.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии путем совершенствования лечебно-диагностической тактики.

Факторами риска возникновения ТГВ и ТЭЛА являются пожилой и старческий возраст, гиподинамия, иммобилизация, хирургические операции, злокачественные новообразования, хроническая сердечная недостаточность, варикозное расширение вен ног, ТГВ, беременность и роды, травмы, ожирение, наследственные факторы. Обычно ТЭЛА возникает при флотирующих тромбах, которые свободно располагаются в просвете сосуда и имеют единственную точку фиксации в дистальном своем отделе.

Материал и методы. В период с 2018 - 2022 гг. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП лечение получили 1206 больных с ТГВНК. Из них мужчин 588 (48,8%), женщин - 618 (51,2%). Из них у 84 (6,9%) пациентов были обнаружены флотирующие эмболоопасные тромбы. Средний возраст составил 44 года.

Методы исследования больных: тщательно собранный анамнез и проведенные физикального обследования, лабораторно-инструментальные исследования, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей и нижней полой вены.

В задачи лечения ТЭЛА входили: нормализация гемодинамики, восстановление проходимости легочных артерий, предотвращение рецидива заболевания. Существует 2 метода лечения и профилактики ТЭЛА: консервативный и хирургический.

Лечебные мероприятия при подозрении на ТЭЛА включали: соблюдение строгого постельного режима, возвышенное положение конечности, эластичное бинтование конечности, катетеризация вены, внутривенное болюсное введение 10 000 ЕД гепарина, ингаляция кислорода через носовой катетер, тромболитическая терапия, препараты улучшающие реологию крови.

При наличии флотирующего тромбоза глубоких вен нижних конечностей и НПВ, а также эпизодах ТЭЛА выполнены следующие виды оперативных вмешательств: пликация поверхностной бедренной вены под устьем глубокой, лигирование поверхностной бедренной вены, тромбэктомия из общей бедренной вены с последующей пликацией, пликация нижней полой вены, клипирование нижней полой вены и установление кава-фильтра нижней полой вены. Показаниями к имплантации кава-фильтра входит: эмболоопасное (флотирующие) тромбы в НПВ, подвздошных и бедренных венах, любая подтверждения массивная, субмассивная острая ТЭЛА при наличии противопоказаний к антикоагулянтной терапии или с наличием кровотечения, рецидивирующая острая ТЭЛА, несмотря на антикоагулянтную терапию.

Профилактические мероприятия должны проводиться у больных с наличием следующих факторов риска развития флеботромбозов ног и ТЭЛА: возраст старше 40 лет, ожирение, выраженные проявления сердечной недостаточности, инфаркт миокарда, инсульт, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, малого таза, грудной клетки и на нижних конечностях, ранее перенесенный ТГВ.

Все оперированные пациенты выписаны с улучшением. При своевременной лечении и хирургической профилактики летального исхода не зарегистрировано. Послеоперационные осложнения наблюдались – в 2 случаях: 1) образование тромба над кава-фильтром в нижней полой вене; 2) образование тромба над лигированной поверхностной бедренной вены. При выписке назначали: ношение компрессионного трикотажа, ранняя активизация больного, венотонизирующие препараты, непрямые антикоагулянты, раз в 3 месяца ультразвуковую доплерографию магистральных вен.

ДИНАМИКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.

Маматов М.А., Абралов Х.К.

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;
2 – Андижанский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан,

Хирургическая коррекция аномального дренажа легочных вен выполнена 221 больным с различными анатомическими вариантами. Хирургическая техника и методы выполненных оперативных вмешательств при аномальном впадении легочных вен зависели от типа порока. Все операции при аномальном дренаже легочных вен осуществлялись с искусственным кровообращением. Срединную стернотомию мы применяли в 201 (90,9%), случаях, а в 20 (9,04%) случаях применялась правая боковая торакотомия.

После хирургической коррекции аномального дренажа легочных вен мы попытались изучить с помощью доплерэхокардиографии регрессию легочной гипертензии. Из 221 оперированных легочная гипертензия выявлена у 96,8%(214) больных. Таким образом, I степень легочной гипертензии установлена у 51,1%(113) пациентов; II степень - у 34,8% (77) больных и III степень у 10,8% (24) больных, лишь у 7 (3,2 %) больных с частичным аномальным дренажом легочных вен легочная гипертензия отсутствовала. Среднее значение соотношения систолического давления ПЖ/ЛЖ - $42,6 \pm 7,4\%$; $57,5 \pm 8,3\%$ и $80,6 \pm 6,5\%$ соответственно.

Так, у большинства больных (85,9%) отмечена легочная гипертензия с соотношением систолического давления ПЖ/ЛЖ в пределах 40% - 70%. Из 24 больных с выраженной легочной гипертензией 20 (83,3%) - были с тотальным аномальным дренажом легочных вен и 4 (16,7%) - были с частичным аномальным дренажом легочных вен. Данные интраоперационной тензиометрии у больных с аномальным дренажом легочных вен показали, что легочная гипертензия во всех случаях имела гиперволемический характер, достоверно зависела от количества аномально впадающих легочных вен, от возраста больных и длительности существования порока. В группе больных с легочной гипертензией I-й степени давление в легочной артерии в среднем составляло $45,3 \pm 6,4$ мм.рт.ст.; а при легочной гипертензии II - III-й степени $59,4 \pm 7,3$ мм.рт.ст. и $78,4 \pm 5,3$ мм.рт.ст. соответственно. Так, у больных с легочной гипертензией II - III-й степени, как правило, имелся аномальный дренаж минимум двух легочных вен, а возраст больных составлял, в среднем, $15 \pm 0,59$ лет, т.е. существование порока было длительным и, следовательно, причин для развития легочной гипертензии времени было предостаточно. У всех больных аномальный дренаж легочных вен с легочной гипертензией, после коррекции порока давление в ПЖ достоверно снижалось и составляло в среднем $27,5 \pm 1,8$ мм.рт.ст., у больных с I-й степенью легочной гипертензии после операции в среднем составила - $28,5 \pm 2,1$; у больных с II-й степенью легочной гипертензии - $29,4 \pm 1,8$ и у больных III-й степени легочной гипертензии - $30,4 \pm 0,72$ мм.рт.ст. После операции соотношение давления ПЖ/ЛЖ в процентах по группам составлял $25,4 \pm 3,2\%$; $28,5 \pm 4,5\%$; $31,6 \pm 2,7\%$ соответственно. Полученные данные ещё раз свидетельствуют о том, что у больных с аномальным дренажом легочных вен легочная гипертензия имеет гиперволемический характер.

У больных с высокой легочной гипертензией в ближайшем послеоперационном периоде, часто развилась декомпенсация сердечной недостаточности, несмотря на адекватную коррекцию порока.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.

Маматов М.А., Абралов Х.К.

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;
2 – Андижанский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан,

В отделении хирургии врожденных пороков сердца ГУ РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова и в отделении кардиохирургии АГМИ с 2001 по 2021 гг. по поводу – аномального дренажа легочных вен хирургическая коррекция порока проведена 221 (82,7%) больным. Среди оперированных больных с аномальным дренажом легочных вен - 109 (49,3%) были мужского и 112 (50,7%) – женского пола. Возраст пациентов варьировался от 1 месяца до 45 лет, составляя, в среднем $13,3 \pm 0,26$ лет.

В отдаленные сроки до 16 лет (в среднем $6,5 \pm 1,2$) после хирургической коррекции аномального дренажа легочных вен у 119 больных мы попытались изучить регрессию дооперационных патологических изменений. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения аномального дренажа легочных вен по данным клинико-инструментальных исследований свидетельствуют, что хороший результат имел место у 107 (89,9%) больных, удовлетворительный - у 9 (7,6%), и неудовлетворительный - у 3 (2,5%) пациентов.

Клинические данные оперированных больных с аномальным дренажом легочных вен показывает, что большинство пациентов (89,9%) ведут активный образ жизни, хорошо переносят физические нагрузки. Никто не нуждается в медикаментозном лечении. Дети прибавили в росте, весе. Никто из оперированных не имеет акроцианоз. По физическому развитию большинство пациентов ничем не отличаются от сверстников. В группе больных с неудовлетворительными результатами, у которых до операции была легочная гипертензия II - III-й степени, в отдаленном периоде остались жалобы на одышку после нагрузки и небольшие непериодические боли в области сердца; в одном случае отмечался акроцианоз, у 3 больных выявлена признаки сердечной недостаточности отеки в нижних конечностях и увеличения печени.

У 119 больных в отдаленные сроки до 16 лет (в среднем $6,5 \pm 1,2$) после хирургической коррекции аномального дренажа легочных вен мы попытались изучить с помощью доплерэхокардиографии регрессию легочной гипертензии. Выявлено, что кроме 11 (9,2%) обследованных у всех больных в отдаленные сроки после операции происходило снижение давления в правых отделах сердца. Так, остаточный I степень легочной гипертензии осталось лишь у 11 (9,2%) больных со средним значением давления $40,1 \pm 3,5$ мм.рт.ст. в правом желудочке. У остальных пациентов давление в правом желудочке и легочной артерии было пределах нормы. Нормализация систолического давления в правом желудочке и легочной артерии ещё раз свидетельствует о том, что у больных с аномальным дренажом легочных вен развитие легочной гипертензии и изменения в сосудах малого круга кровообращения носят гиперволемический характер.

Остаточная легочная гипертензия отмечена у больных, оперированных в возрасте старше 18 лет; у которых отдаленный результат был изучен в первые годы после операции.

Следует особо подчеркнуть, что хорошие и удовлетворительные результаты получены именно у тех больных, у которых до операции имелась I и II-я степень легочной гипертензии и, у тех, которые оперированы до 18 лет. Результаты наших исследований

ещё раз доказывают, то, что хирургическая коррекция аномального дренажа легочных вен вполне оправдана, т.к. многим больным она возвращает здоровье. Успех операции обеспечивается также правильным отбором больных. Мы также придерживаемся мнения о необходимости операции в детском возрасте.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Мардонов Б.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Целью исследования предотвращение стриктуры гепатикохоледоха в отдаленном послеоперационном периоде после восстановительной операции.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 41 больного повреждениями магистральных желчных протоков в период 2010 – 2022 гг. У всех больных было полное повреждение гепатикохоледоха иссечение и пересечение на уровне +2 и +1 по Э.И. Гальперину. Всем больным произведено восстановительная операция.

Из 41 больного с билио-билиарным анастомозированием 18 (43,9%) больным билио-билиарный анастомоз был наложен традиционным методом конец-в-конец, они составили группу сравнения. 23 (56,1%) больным был наложен усовершенствованный нами способ билио-билиарного анастомоза, они вошли в основную группу.

Результаты исследования. Из 18 больных группы сравнения у 13 (72,2%) в отдаленном послеоперационном периоде через 1-3 года наблюдали рубцовую стриктуру гепатикохоледоха, которым потребовались повторные операции. Из них 9 больным произведено реконструктивная операция гепатикоюно- и гепатикодуоденоанастомоз, 4 больных подверглись рентгенэндобилиарным вмешательствам с установлением стента в просвет гепатикохоледох. Из 23 больных основной группы всего у 4 (17,4%) наблюдали стриктуру гепатикохоледоха в отдаленном послеоперационном периоде через 2-3 года, которые также подверглись повторной операции с наложением гепатикоюноанастомоза по Ру.

Заключение. Таким образом предлагаемый новый способ восстановительной операции, отличающийся тем, что для формирования билиобилиарного анастомоза край дистального конца гепатикохоледоха выворачивают изнутри наружу на 2-3 мм, затем с наложением узловых швов явилось надежным способом с минимизацией рубцовых стриктур гепатикохоледоха в отдаленном послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ

АБДУҒАНИЕВА М.З., Мустафакулов И.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет

Цель: Изучить возможности лапароскопического адгезиолизиса в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы: В Самаркандском филиале выполнено 37 операций лапароскопического адгезиолизиса, что составило 25% из 116 операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2010-2020гг. операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Доступ осуществляется после наложения

карбокситонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднечлочичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуровидные изолированные спайки (штранги), содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомически точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступая не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника – переходим к лапаротомии. Длительность операции составила от 20 до 175 минут (в среднем 60 минут).

Результаты: Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 2 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы: 1. Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

2. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости.

3. При лапароскопическом адгезиолизисе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Матмуротов К.Ж., Яхшибоев С.Ш., Бабаджанов А.Р.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить возможности повышенной эффективности мини-инвазивной комплексное лечение абсцессов печени

Материалы и методы исследования В представленном исследовании приведены результаты лечения 29 больных с абсцессами печени билиарной этиологии, которые находились на лечении в отделение гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии с 2016 по 2023 год. Всем 29 больным выполнены мини-инвазивные чрескожные дренирования абсцессов печени и пункцию общую бедренную артерию (ОБА) по Сельдингеру и специальны микрокатетер устанавли-вается в собственную артерию печени (a. hepatica propria). Среди них были 22 (76%) женщина и 7 (24%) мужчин в возрасте от 28 до 69 лет. Среди 29 пациентов с билиарными абсцессами печени, пролеченных миниинвазивными методами, у 21 (72,4%) выявлены абсцессы правой доли печени, у 7 (24%) - абсцессы левой доли печени, у 1 (3,4%) - абсцессы и правой и левой долей печени. Одиночные абсцессы выявлены у 19

(65,5%) пациентов, а у 10 (34,4 %) - 2 и более абсцесса (множественный). Абсцессы печени размером до 7 см выявлены у 18 пациентов, более 7 см - у 11 пациентов.

Результаты лечения. По результатам лечения представленной группы пациентов с холангиогенными абсцессами печени считаем необходимым проводить дренирование желчевыводящих путей и печеночных абсцессов как можно ранее от момента поступления пациента в хирургический стационар, одновременно или с небольшим промежутком времени между ними (1-2 суток).

Оценку результатов лечения, дренирования желчных путей и полости абсцессов проводили при помощи УЗИ, анализа динамики лабораторных показателей, а также по наличию осложнений и летальности.

Среди пациентов, оперированных с применением миниинвазивных технологий, возникло 2 осложнения (6,8 %): у 1 пациентов - желчеистечение (100-200 мл в день), у 1 - реактивный плеврит (что, вероятнее всего, явилось непосредственным осложнением абсцесса печени). Летальных исходов не было.

Заключение. Таким образом при раздельном дренировании билиарного дерева и абсцесса печени в первую очередь дренировали желчные пути. Именно максимально раннее дренирование позволяет добиться положительного исхода лечения, и, в том числе, позволяет быстрее подобрать рациональную антибактериальную терапию. Такой подход также имеет огромное значение при подготовке пациентов в тяжелом состоянии к дальнейшей хирургической коррекции.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЭЛА.

**Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Уринов Б.А., 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). Мужщин 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, узловой 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 тромбэктомии. 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 мазевые компрессы. Активизация разрешалась на 2 – е сутки после операции.

В случаях дистальной локализации воспалительного процесса и у соматически отягощенных 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 тромбозом подкожных вен конечностей необходимо провести ультразвуковое исследование поверхностных и глубоких вен с целью определения уровня, характера, протяженности тромбов. При наличии признаков восхождения тромбоза необходимо хирургическое вмешательство для профилактики ТЭЛА.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА

Махсудов М.Т., Гуламов О.М., Ахмедов Г.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им акад. В.Вахидова»

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: В последние годы увеличение числа встречаемости одним из самых грозных заболеваний пищевода – аденокарциномы, которая дала большой акцент для выявления разных осложнений рефлюкс-эзофагита, особенно пищевода Барретта (ПБ). Но выявление изменений в дистальном отделе пищевода, без гистологических исследований не даёт полноценную информацию о достоверности диагноза. Роль биопсии в этом повышается до 80-85%.

По современным рекомендациям, пациенты с подозрением на пищевод Барретта, должны регулярно осматриваться эндоскопическими и даже хромоэндоскопическими методами. Однако использование красителей при хромоэндоскопии имеют некоторые недостатки со стороны визуализации и специалиста. Эндоскопическое исследование в режиме NBI – имеет несколько преимуществ над обычным эндоскопом, что дает более информативные данные при диагностике осложнений рефлюкс-эзофагита.

Цель исследования: Определить эффективность применения эндоскопических исследований при диагностике и лечении осложнений рефлюкс-эзофагита.

Материалы и методы исследования. Для определения эффективности разных методов эндоскопических исследований при диагностике и тактике лечения осложнений рефлюкс-эзофагита нами проанализированы результаты исследования 32 больных с осложненными формами ГЭРБ. Исследованию подверглись пациенты обратившийся в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» и в Самаркандский ГМО. Возраст пациентов составил от 25 до 80 л. Преобладали пациенты женского пола: женщин – 21 (65,6%), мужчины – 11 (34,4%). У 8 пациентов (25,0%) исследования проводились первично.

Всем пациентам с подозрением на разные изменения слизистой оболочки пищевода проводилось стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе эндоскопические методы. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование в обычном режиме и в узко-спектральном режиме (режим-NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus. При обычных эндоскопах в 15 случаях для хромокопии использована 1% уксусная кислота, а при узко-спектральном режиме (режим-NBI) не используются разные красители, что является более удобным, безопасным и более эффективным методом.

Результаты исследования. При обследовании у большинства больных диагностировано эрозивные осложнения рефлюкс-эзофагита. У 10 (31,3%) пациентов было подозрение на пищевод Барретта (ПБ). Для определения заболевания применялось Международная Пражская эндоскопическая классификация (2004). Которая определялась максимальная длина «языка пламени» (М) и длина циркулярного изменений (С) слизистой оболочки пищевода проксимально от желудочно-пищеводного перехода. Биопсия патологического участка является одним из важным критерием исследования. Согласно по Сиэтлскому протоколу биопсия берется в 4-х участках, начиная с Z-линии и пройдя проксимально по 2 см протяженности участка. При этом особенно берется с дистальной и проксимальной части участка метаплазии.

ПБ без дисплазии обнаружили в 3 случаях из 28 исследованных участков. В режиме NBI в 21 наблюдениях (65,6%) выявили ворсинчатую/извилистую структуру слизистой оболочки пищевода и в 11 (35,4%) — плоский тип слизистой оболочки без определенной структуры ямок или складок.

При исследовании в 27 участках (84,3%) определили - сосудистую структуру. Равномерный тип слизистой оболочки выявили в 23 из 28 участков (82,1%) с ворсинчатой/извилистой структурой с равномерным расположением кровеносных сосудов между складок слизистой оболочки. В 5 участках слизистой оболочки с плоским типом обнаружили равномерную сосудистую структуру с нормальным видом длинных разветвленных кровеносных сосудов.

Все больные с пищеводом Барретта (n=10) с подозрением на новообразования пищевода направлены на дополнительные исследования и лечению. Аденокарцинома выявлено у 2 (6,2%) больных. Предоперационную подготовку провели по стандарту. Пациентам проведена следующие операции: у 2 пациентов с аденокарциномой с переходом на кардиальную часть желудка – проксимальная резекция желудка с резекция абдоминального отдела пищевода и формированием эзофагогастроанастомоза конец в бок. В послеоперационном периоде осложнений общего характера не наблюдалось. Больные направлены на диспансерное наблюдение по месту жительства.

У 8 больных на гистологическом исследовании биоптатов обнаружены метаплазии, в 6 случаях желудочные и в двух кишечные. Всем 8 пациентам проведено эндохирургическое лечение.

Выводы: 1. Эндоскопический метод с NBI режимом является более информативным методом, который имеет больше возможностей для диагностики разных осложнений рефлюкс-эзофагита. У пациентов с подозрением на диспластические и

неопластические образования пищевода обязательно нужно взять биопсийные материалы в нескольких участках изменённой ткани на гистологическое исследование.

2. При рефлюкс-эзофагитах I-IV степени можно применить комплексное хирургическое лечение. А у пациентов с аденокарциномой пищевода нужно провести расширенную субтотальную проксимальную резекцию желудка или гастрэктомии с лимфадиссекцией.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА.

Мирзаева Ф.А.

Бухарский Государственный Медицинский Университет.

Актуальность: Среди всех врожденных пороков развития расщелины губы, альвеолярного отростка и неба занимают второе место после врожденной патологии сердечно-сосудистой системы. Врожденная расщелина губы и неба (ВРГН) — сложнейшая проблема современной медицины, вызванная не только нарушением анатомии и множественными функциональными изменениями, но и выраженными ранними и отсроченными эстетическими проблемами. У новорожденных с ВРГН изменены функции дыхания, сосания, глотания, нарушена эстетика лица. Все дети с врожденной патологией челюстно-лицевой области являются инвалидами детства и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, в особенной реабилитации, уходе и воспитании. В возрасте старше четырех лет, когда ребенок начинает осознавать себя в социуме, эстетические дефекты и нарушенные или восстановленные не в полном объеме функциональные и нейромышечные изменения пагубно сказываются на общем физическом и интеллектуальном развитии. Чувство ущербности и зачастую негативная реакция окружающих, особенно ровесников, вызывают тяжелые переживания у ребенка и ухудшают состояние его психики. Не устраненные в детском возрасте проблемы впоследствии мешают в труде и повседневной жизни. Процессы роста и развития совершаются крайне интенсивно, причем степень интенсивности наибольшая в течение первого года жизни ребенка. Учитывая интенсивность роста в первые годы жизни ребенка, необходимо у детей с ВРГН оправданно быстро восстановить анатомическую, функциональную и эстетическую норму для быстрого наступления выздоровления. Пациент должен получать такую медицинскую помощь, которая восполняла бы пробел в здоровье и способствовала формированию социально значимых черт личности. Комплексный подход стал единственно возможным, и только он приносит оптимальные результаты. Поэтому закономерно, что в последние годы специалисты, занимающиеся этой проблемой, уделяют особое внимание в решении многочисленных вопросов по разработке и усовершенствованию комплексной системы реабилитации маленьких пациентов с ВРГН. Проблема реабилитации детей с врожденными расщелинами неба многогранна и сложна. Конечной целью реабилитационных мероприятий является восстановление функции артикуляционного аппарата и формирование правильной речи у детей. Основным способом лечения таких детей является хирургическое устранение дефекта верхней губы и неба- хейло и уранопластика. Однако в большинстве случаев оперативное лечение, восстанавливая целостность небо-глочного кольца, не всегда обеспечивает достаточного его функционирования, что обуславливает затруднение нормального питания и различные дефекты речи. Тяжесть указанной патологии у детей, неудовлетворительное качество жизни, невозможность полноценной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной неба обосновывает высокую актуальность проблемы

реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Процесс реабилитации происходит в течение всего детского возраста, а у ряда лиц и в более старшем возрасте, тем не менее, его целесообразно разделить в соответствии с периодами, выделенными в педиатрии на 7 периодов:

1. пренатальный период
2. период новорожденности – от 0 до 1 мес:
3. период грудного возраста – 1 мес.-1 года
4. период ясельного возраста – 1 год – 3 года:
5. дошкольный период – 3 – 6 лет:
6. период младшего школьного возраста – 7-11 лет:
7. период старшего школьного возраста – 11 – 18 лет:

После рождения ребенка с ВРГН устанавливается точный клинико-анатомический диагноз, определяется план хирургического и консервативного лечения. Проводят углубленное обследование у смежных специалистов, выявляют врожденные пороки развития других органов и систем, диагностируют сопутствующие соматические и неврологические заболевания. Проводится индивидуальная работа с родителями по обучению особенностям выхаживания больного ребенка для обеспечения оптимального развития, рационального вскармливания, предупреждения инфекционных заболеваний. Родители получают информацию о состоянии здоровья ребенка, перспективах и алгоритме реабилитации. Период грудного возраста (от 1 м до 1 год). Этот период реабилитации направлен на подготовку и проведение операции хейло-ринопластике, которая обычно проводится у детей в 2,5 – 3 х месячном возрасте. При двусторонней полной расщелине верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба в этом возрастном периоде продолжает проводиться ранняя предоперационная ортопедическая подготовка пациента. Старший школьный возраст. В этот период гормональной перестройки организма ребенок, перенесший операции в связи с ВРГН, должен быть физически и психологически адаптирован в социальной среде. Различные сопутствующие заболевания, нарушения в различных органах и системах, рубцовые изменения мягких тканей верхней губы, носа, мягкого и твердого неба в период быстрого развития организма могут проявить себя. Дети наблюдаются дополнительно школьным врачом, занимаются в группах здоровья, в период каникул проходят реабилитационные мероприятия в центрах реабилитации.

Вывод: Каждый ребенок требует индивидуального подхода к своей проблеме на протяжении всего периода реабилитации. Полноценная социальная адаптация пациента может быть обеспечена только при соблюдении преемственности и поэтапного лечения. При этом каждый специалист должен помнить, что здоровье и качество жизни пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба напрямую зависит от своевременности и результативности лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА.

Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р.
Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи.

Актуальность проблемы: Оперативные вмешательства и травмы головного мозга сопровождаются образованием различного размера дефектов костей свода черепа. Со временем на месте костного дефекта образуются кожно-оболочечно-мозговые спайки

приводящие к различным неврологическим осложнениям. Одними из таких осложнений являются эпилептические припадки и упорные головные боли. Возникает опасность повторных травм головного мозга. Часто больные с такими осложнениями становятся инвалидами.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2022 год находились 35 больных дефектами костей свода черепа. Возраст больных от 18 до 50 лет. Среди больных мужчин – 32, женщин – 3 больных. Давность образования дефектов костей свода черепа от 3-х месяцев до 1,5 лет. Причины образования дефектов – оперативные вмешательства по поводу травмы головного мозга (оскольчатые переломы костей свода черепа, внутрочерепные эпи- и субдуральные гематомы). Размеры дефектов от 6 x 5 см до 10 x 10 см. Всем больным проведены клинические и инструментальные методы исследования (рентгенография черепа в стандартных проекциях, КТ и МРТ, Эхо, ЭЭГ). На основании данных исследований проведено оперативное лечение. В зависимости от проведенных оперативных вмешательств и способов пластики дефектов черепа больные разделены на 2 группы:

1 группа – 18 больных, которым проведено краниопластика углеродным имплантатом. Фиксация имплантата производилась через дополнительно образованные отверстия шелковыми нитями.

2 группа – 11 больных, пластика дефекта свода черепа никелид титановой сеткой, которая фиксировалась к костной ткани специальными шурупами.

3 группа – 6 больных, пластика дефекта костей свода черепа 3D имплантатами.

Результаты: В послеоперационном периоде использовали антибиотикотерапию, обезболивающие и дегидратационную терапию. У больных 1 группы во всех случаях наблюдали выраженный отек в зоне оперативного вмешательства, с распространением на лицевую часть черепа. В отдаленные сроки признаки нагноения наблюдали у 4-х больных, у которых проведено повторное оперативное вмешательство с удалением углеродного имплантата.

У больных 2 группы в первые 3 суток после оперативного вмешательства наблюдали признаки местного отека тканей, как ответ на оперативную агрессию, В процессе лечение отеки на 4-5 сутки исчезли.

У больных 3 группы в послеоперационном периоде изменений в области оперативного вмешательства не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, больные с дефектами костей свода черепа должны находится под наблюдением участкового врача невропатолога.

В процессе предоперационной подготовки больным необходимо наряду с общеклиническими методами обследования проведение рентгенологического, КТ, МРТ, Эхо и ЭЭГ исследований.

В настоящее время наиболее предпочтительным способом краниопластики дефектов костей свода черепа является использование металлических имплантатов на основе никелида титана и 3D реконструкции костной ткани.

Более раннее проведение пластики дефектов костей свода черепа дает хорошие результаты и является профилактическим мероприятием по предотвращению инвалидизации больных.

МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ (современные аспекты)

Муминов А. Ш., Муминов М.А

Бухарский филиал Республиканского научного центра скорой медицинской помощи

Исследование травматической болезни (ТБ) выполнено у 187 пострадавших с шоком и политравмой. Преобладали по механизму: травма автодорожная (66,2%), ранения (15,2%), кататравма (14,4%) и другие (4,2%) ТБ сопровождалась появлениями многих осложнений, у 64,5% пострадавших, летальность составила 14,5%. При оказании помощи на догоспитальном периоде в 21,3% случаев выявлены дефекты оказания медицинской помощи. Эффективности повышение неотложной помощи на догоспитальном периоде с четкой организацией связано со связем и транспортировку. Необходимо определять объем неотложной помощи исходя из состояния пострадавшего тяжести и корректировать в зависимости от вида повреждений.

Актуальность

Актуальность проблемы обусловлена тем, что своевременное оказание первой помощи пострадавшим предупреждает ухудшение состояния больного, что в значительной степени влияет на снижение летальности, инвалидности и сроков временной утраты трудоспособности больных и пострадавших, существенно снижает расходы на их лечение и реабилитацию. Особенное значение медицинская помощь на догоспитальном этапе (ДГЭ) приобретает при выраженных нарушениях кровообращения и дыхания, клинической смерти, кровотечении, переломах, термических и химических ожогах, когда неоказание помощи или запаздывание ее быстро приводит к значительному ухудшению состояния и даже смерти. По данным большинства публикаций стран постсоветского пространства - стран со схожей системой организации на догоспитальном этапе неотложной помощи в первые 2-3 часа после получения травмы в травмапункт погибают до 80% пострадавших с политравмой (ПТ). В развитых странах, где реализуется принцип «золотого часа», летальность также высока и превышает 50%, но значительно ниже «наших реалий». Принцип «золотого часа» отражает развитие прогрессирующей полиорганной дисфункции, которая инициируется тяжелой травмой, кровопотерей и шоком, и определяет танатогенез у большинства этих пострадавших в первые 60 минут посттравматического периода. При этом динамика неблагоприятных исходов четко зависит от сроков начала медицинской помощи. Так, если медицинская помощь оказывается в первые 15 минут - летальность не превышает 50%, если она оказывается позже, то летальность в течение первого часа каждые 20 минут возрастает на 15%. Кроме того, доказано, что квалифицированная медицинская помощь на догоспитальном этапе значительно снижает раннюю госпитальную летальность и оптимизирует исходы травматической болезни (ТБ) у этой категории пострадавших. По нашим данным в условиях города средняя продолжительность «нулевого периода» составила $29 \pm 6,7$ минут, а время, прошедшее от момента травмы до госпитализации в стационар, с учетом транспортировки - около $42 \pm 7,8$ минут. Время ДГЭ при транспортировке пострадавших вне населенных пунктов пролонгируется в 1,5 - 2 раза. Исходя из этого соблюдение принципа «золотого часа» в наших условиях можно признать лишь частично. Кроме того, анализ объема оказания медицинской помощи на ДГЭ по данным публикаций свидетельствует, что только в 52-55% помощь оказывалась в адекватном объеме, а в 15-22% - осуществлялась исключительно транспортировка.

Цель исследования

Анализировать эффективность экстренной медицинской помощи в структуре лечебных, неотложных работ на догоспитальном этапе для улучшения исходов при политравме.

Материал и методы

Изучено течение ТБ у 187 с ПТ госпитализированных в Центре экстренной помощи города в период с 2017 по 2023 г.г. Поступивших средний возраст - 41,1 лет (от 16 до 76 лет). Все поврежденные поступали с клиникой тяжелой состоянием большинство в шоке. По виду повреждений автодорожная травма (66,2%), преобладали кататравма (14,4%) ранения (15,2%) и другие (4,2%) . В структуре повреждения: живота у 21,2%, грудной клетки у 19,2%, головы у 38,1%, конечностей - у 21,1%, таза - у 0,4%. ТБ сопровождалась развитием различных осложнений у 74,5% пострадавших, летальность составила 14,5%.

Результаты и обсуждение В большинстве клинических ситуациях ПТ происходит вследствие кататравмы и ДТП. В таких случаях экстренная медицинская помощь пораженным, как правило, оказывается бригадами экстренной медицинской помощи (ЭМП), в 13-23% пострадавшие доставлялись в стационарные учреждения личным транспортом без каких-то лечебных помощи. Кроме этого, если в условиях города ЭМП приедут к месту происхождения в течении 15-25 минут, или произошло вне населенных местах- от 25 до 80 и более минут. Поэтому в после получение травма у пострадавших с ПТ выделить можно «нулевой период», продолжительностью от 10 минут до 1,5 часов, в течение которого никакой медицинской помощи не предоставляется. Нередко этот период значительно затягивается при невозможности которая осложняет ситуаций По нашим анализам, с опозданием объем медицинской помощи при транспортировке бригадами ЭМП и не оказание какой-либо помощи при немедицинским транспортировке транспортом установлено 36,3% пострадавших госпитализированных с ПТ. При этом дефектов при оказании экстренной медицинской помощи связано с неправильной иммобилизацией переломов конечностей (40,4%), отсутствием доступа венозного и инфузионной лечения (35,4%), наложением необоснованного гемостатического жгута (14,1%), и осуствие шейного фиксатора у пострадавших в шоковом состоянии (10,1%).

Вывод: Таким образом исследование показала что своевременная организация экстренной помощи в начальные минуты после ПТ для прогноза большое имеет значение и сокращение течения исходов ТБ. Анализ реанимационной помощи бригадами СМП на ДГЭ свидетельствует о неукоснительном соблюдении ключевых алгоритмов во всех наблюдениях, но поддерживающая терапия - имела значимые недостатки. Для оптимальной доставки кислорода тканям на всех этапах лечения необходимо обеспечение микроциркуляторной перфузии, форсированной противошоковой инфузионной терапией. Также, в основе эффективности неотложной помощи на ДГЭ лежит ее строго регламентированная организация, включающая лечебные мероприятия, связь и транспортировку. Объем неотложной помощи при ПТ на ДГЭ следует определять исходя из тяжести состояния пострадавшего и корректировать в зависимости от характера имеющихся повреждений. Всем пострадавшим с ПТ на ДГЭ необходимы: проведение комплекса реанимационных мероприятий, устранение последствий травмы (анестезия, гемостаз, иммобилизация) и профилактика прогрессирования полиорганной недостаточности, респираторной поддержки и восполнением кровопотери.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА С807Т В ГЕНЕ ИНТЕГРИН АЛЬФА-2 (ITGA-2) С РАЗВИТИЕМ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ СОСУДИСТЫХ ТРОМБОЗАХ.

Мусахайхов Х.Т., Бобоев К.Т., Мусахайхова Ш.М., Косимов А.Л.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность проблемы. Тромбозы и их тяжёлые последствия являются важной проблемой современной медицины. Своевременная диагностика наследственных факторов, повышающих риск развития тромботических процессов, имеет большое как медицинское, так и социальное значение. Несмотря на активное изучение его роли в формировании и развитии гиперкоагуляционного синдрома, многие аспекты такого воздействия на систему свёртывания крови, приводящие к развитию тромботических осложнений, и на сегодняшний день остаются предметом оживлённой дискуссии. Вовлечённость генетических нарушений в патогенез развития и рецидива различных тромбоэмболических заболеваний является основанием для её всестороннего исследования и поисков причин, приводящих к повышенному тромбообразованию.

Несмотря на современный научный прогресс в биологии и медицине остаются множество нерешённых вопросов, касающихся целесообразности диагностики определённых полиморфизмов генов и их сочетаний в клинической практике, а также их влияния на процесс тромбообразования. По всей видимости, это можно объяснить тем, что до настоящего времени мало проведено исследований, которые направлены на изучение коррелятивных связей между особенностями клинического течения тромбогенных заболеваний и носительством определённых полиморфизмов в генотипе пациентов. Всё ещё остаётся нерешённым вопрос о том, какие именно генетические взаимодействия, а также сочетания приобретённых и наследственных генетических факторов могут обусловить предрасположенность организма к развитию тромбоза, что может оказать влияние на особенности клинического течения и возможные рецидивы тромбогенных заболеваний.

Цель исследования. Оценить прогностическую значимость носительства полиморфизма С807Т в гене интегрин альфа-2 (ITGA2) в развитии тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК).

Материал и методы исследования. Материалами для наших исследований явились образцы ДНК 35 больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 40 «здоровых» лиц без тромбозов в настоящий момент и в анамнезе. Критериями исключения для всех групп были: возраст меньше 18 лет; беременность и 6 недель после неё; наличие у пациента онкологического заболевания. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий РСНПМЦ гематологии РУз.

Полученные результаты исследования. Ген ITGA2 кодирует аминокислотную последовательность А2-субъединицы интегринов, которые способствуют взаимодействию тромбоцитов с тканевыми белками, которые высвобождаются при повреждении стенки сосудов.

Исследование 35 больных с ТГВНК и 40 здоровых доноров показало значительную разницу в распределении частот полиморфных вариантов 807С и 807Т между двумя группами. Выявлено достоверное уменьшение частоты дикого аллеля С и связанного с ним количества предкового гомозиготного генотипа С807С в основной группе по сравнению с контрольной, что свидетельствует об ассоциации данного варианта с отсутствием риска и возможным защитном эффекте данного генотипа в отношении формирования ТГВНК. Неблагоприятный аллель Т в основной группе был значимо

повышен (в 2 раза) по сравнению с контролем ($\chi^2=11.1$; $p=0.001$; $OR=2.0$; 95% CI:1.32-2.96). Носительство неблагоприятного гетерозиготного генотипа **C807T** среди пациентов основной группы было выявлено в 46.7% случаях. При выявлении неблагоприятного генотипа **C/T** наблюдался небольшой риск развития тромботических процессов ($\chi^2=3.1$; $p=0.08$; $OR=1.7$; 95% CI:0.94-3.09). Сопоставительный анализ в разрезе исследованных групп показал, что обнаружение мутантного генотипа **T/T** резко увеличивало риск развития и рецидива тромботических процессов, в частности ТГВНК - в 4.5 раза ($\chi^2=6.3$; $p=0.01$; $OR=4.5$; 95% CI:1.32-15.12). Это свидетельствует о наличии повышенного риска развития и рецидива тромбозных осложнений у пациентов с ТГВНК при наличии данного неблагоприятного генотипа.

Закключение. Таким образом, у пациентов с ТГВНК в сравнении с группой контроля выявлено достоверное повышение частоты встречаемости неблагоприятного гомозиготного генотипа **T/T** полиморфизма rs1126643 в гене **ITGA2** с значимым риском развития тромбоза, что можно считать фактором повышенного риска развития тромбозомболических осложнений, приводящих к развитию тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Изучение относительного вклада каждого связанного с тромбозом полиморфизма ДНК в развитие тромбозных заболеваний позволит в будущем сформировать местную политику в здравоохранении для предотвращения тромбозов у лиц, находящихся в группе риска.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Мусашайхов Х.Т., Бобоев К.Т., Салохиддинов К.З., Мусашайхов У.Х.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность проблемы. Тромбофилия характеризуется многочисленными нарушениями, к которым могут привести ряд приобретённых и генетических нарушений в системе гемостаза. Эти сдвиги нередко тесно взаимосвязаны между собой и своё патогенное воздействие часто проявляют в совокупности. Такого рода нарушения могут стать причиной повышенной предрасположенности организма к развитию различных тромбозомболических заболеваний.

Состояние, которое характеризуется повышенным риском развития внезапно возникающего, неконтролируемого тромботического процесса, часто предшествует клиническим проявлениям сосудистого тромбоза. Диагностика тромбофилии ещё не означает неизбежного развития сосудистого тромбоза. Вместе с тем, многие лица с таким состоянием в течение всей своей жизни переносят на себе различные тромботические процессы и их осложнения, приводящие к развитию таких заболеваний, как тромбозы артерий и вен, острые нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие подобного рода патологии.

Современные достижения в изучении молекулярно-генетических механизмов формирования тромбофилических состояний существенно расширили наши представления о патогенезе развития тромботических процессов. Однако, на данный момент в Узбекистане, несмотря на весьма важную социальную и медицинскую значимость данной проблемы, к настоящему времени весьма редкими остаются исследования, связанные с изучением частоты носительства полиморфных вариантов генотипов ряда генов-регуляторов фолатного цикла. Исходя из этого, возникает необходимость более детального изучения частоты носительства некоторых генетических

полиморфизмов, которые могут оказать патологическое воздействие на гемостаз и оценить их роль в развитии тромбозов.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь полиморфизма генов фолатного цикла A2756G в гене метионин синтаза (MTR) в развитии тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК).

Материал и методы исследования. Материалами для наших исследований явились образцы ДНК 35 больных с сосудистыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 40 «здоровых» лиц без тромбозов в настоящий момент и в анамнезе. Критериями исключения для всех групп были: возраст меньше 18 лет; беременность и 6 недель после неё; наличие у пациента онкологического заболевания. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий РСНПМЦ гематологии РУз.

Результаты исследования. Ген MTR изучается на предмет генетического маркера A2756G (замена аденина (A) гуанином (G) в позиции 2756). Влияние полиморфизма усугубляется повышенным уровнем гомоцистеина. Носительство аллеля 2756G гена MTR в неблагоприятном гомозиготном состоянии значительно чаще определялось в исследуемой группе и это повышало угрозу развития патологии по сравнению с представителями контрольной группы. Само носительство неблагоприятных генотипов A/G и G/G также незначительно увеличивало риск развития сосудистых тромбозов.

Результаты генетических исследований показали значительное повышение мутантного аллеля G у пациентов с ТГВНК в 2.1 раза ($\chi^2=5.5$; $p=0.02$; OR=2.1; 95% CI:1.12-3.92) и связанного с ним неблагоприятного генотипа A/G в 2.4 раза при $\chi^2=4.3$; $p=0.04$; OR=2.4; 95% CI:1.03-5.36, что является фактором высокого риска развития тромбогенных осложнений. Вместе с тем, благоприятный генотип A/A полиморфизма A2756G гена MTR возможно снижает риск развития ТГВНК ($\chi^2=5.2$; $P=0.02$; OR=0.4; 95% CI:0.19-0.89). А при выявлении мутантного генотипа G/G риск развития тромбоза оказался небольшим ($\chi^2=2.2$; $p=0.02$; OR=3.2; 95% CI:0.65–15.54).

Заключение. Угрозу развития ТГВНК повышает не только общее количество присутствующих генов, но и отдельные мутации, оказывающие значительное воздействие на развитие данной патологии, такие как мутантный неблагоприятный генотип A/G полиморфизма A2756G гена MTR.

Результаты проведённых исследований позволили установить, что значительное количество пациентов с ТГВНК, у которых были выявлены мутации генов фолатного цикла, также имели ближайших родственников с различными тромбозомболическими заболеваниями. Это даёт основание включить этих людей в группу лиц с повышенным риском развития различных тромбогенных осложнений, а также рецидивов заболевания. Если своевременно не предпринять необходимые профилактические меры, наличие наследственной склонности к тромбофилиям может в дальнейшем у этих больных стать причиной возникновения рецидивов тромбозомболических заболеваний.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Мусахайхов Х.Т., Мамадиев Х. М., Ахмадалиев С.М., Мухторов С. М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Язвы диабетической стопы являются одним из наиболее частых осложнений у пациентов с сахарным диабетом, которые плохо контролируются. Обычно это результат плохого контроля гликемии, основной невропатии, заболевания периферических сосудов или плохого ухода за ногами. Это также одна из частых причин остеомиелита стопы и ампутации нижних конечностей. Эти язвы обычно располагаются в тех областях стопы, которые подвергаются повторяющимся травмам и ощущениям давления. Заболевание обычно является хроническим, и наилучший результат дает коллегиальный подход. Совместное участие ортопеда, эндокринолога, врача первичной медико-санитарной помощи, сосудистого и гнойного хирургов чрезвычайно полезно. Это часто встречающийся сценарий как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Язвы диабетической стопы являются причиной большего количества госпитализаций, чем любое другое осложнение диабета. Сегодня диабет является основной причиной нетравматических ампутаций в мире. В целом, у около 5% пациентов больных с сахарным диабетом развиваются язвы стопы, а у 1% случается ампутация.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения гнойных заболеваний при сахарном диабете путем включения в комплекс лечебных мероприятий новых патогенетически обоснованных методов энтеросорбции и аппликационной сорбции полифепаном.

Методы исследования. Для решения поставленных задач нами изучены результаты лечения 159 больных с гнойно-септическими заболеваниями на фоне сахарного диабета.

Результат исследования. В зависимости от способов детоксикации, борьбы с хирургической инфекцией и воздействия на гнойную рану АСе исследуемые больные разделены на 2 клинические группы: первую группу 107 составили больные, которым выполнялась энтеросорбция и аппликационная сорбция полифепаном. Полученные результаты сравнивали с контрольной группой больных 52, лечившимся общепринятыми, традиционными способами терапии.

Выводы. Включение в комплексное лечение гнойных заболеваний у больных сахарным диабетом энтеросорбции и аппликационной сорбции полифепаном достоверно снижает уровень сахара в крови, восстанавливает кроволимфоток и микроциркуляцию, оказывает выраженное общее и местное детоксицирующее воздействие, создает благоприятные условия для репаративных процессов в ране.

НОВАЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСОМ

Мусоев Т.Я.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. Острый деструктивный панкреатит остается одной из далеко не решенных проблем современной ургентной хирургии. Высокая смертность после панкреонекроза, в особенности, когда развивается генерализованная форма воспалительного процесса, с учетом весьма высокой частоты летальности, считается на сегодняшний день одной из

самых трагических ситуаций по исходу заболевания. Вот почему любые экспериментальные изыскания в области изучения патогенеза панкреонекроза, осложненного сепсисом на сегодняшний день, считаются актуальными.

Цель исследования. Разработка оптимальной экспериментальной модели острого инфицированного панкреонекроза, осложненного сепсисом.

Материал и методы. С целью моделирования оптимального варианта течения панкреонекроза, осложненного сепсисом, нами исследованы 5 серий опытов на животных.

Результаты. Как показали наши исследования и обзор обсуждаемых по данной проблеме вопросов, моделирование острого панкреонекроза, который мог бы быть осложнен сепсисом, остается далеко не решенной проблемой современной экспериментальной хирургии. При моделировании острого панкреонекроза, осложненного сепсисом наравне с применением всех патогенетически значимых факторов, требуется отдельное звено, которое коренным образом может влиять на течение общей реактивности организма. Моделирование острого панкреонекроза, осложненного сепсисом возможно лишь при условии комбинированного подхода воздействия как локального, так и общего характера.

В результате проведенных исследований нами получены следующие:

- при введении в поджелудочную железу больших доз микробных взвесей, даже при условии их полиморфности, формирование инфицированного панкреонекроза и панкреатогенного сепсиса не происходит;

- введение массивных доз микробной взвеси провоцирует развитие инфекционно-токсического (септического) шока, с высоким процентом летального исхода и молниеносным течением патологического процесса, что не позволяет использовать модель для экспериментальных исследований;

- септический шок, имеющий место при введении больших доз аутокала животных, наравне с высоким процентом ранней смертности, протекает без формирования гнойного панкреонекроза, и соответственно исключает фазы формирования всех звеньев панкреатогенного сепсиса;

- поджелудочная железа при введении больших доз аутокала животных выступает в роли входных ворот для микроорганизмов и формирование сохраняющегося источника инфекции (гнойного панкреонекроза) не происходит;

- для формирования панкреатогенного сепсиса с такими формами как тяжелый сепсис и сепсис-синдром, требуется предварительных изменений в макроорганизме, которые характеризуют последующую реакцию организма животных, то есть, требуется изменения реактивности макроорганизма при условии снижения вирулентности микроорганизма.

Таким образом, воспроизведение инфицированного панкреонекроза и панкреатогенного сепсиса возможно лишь при условии наличия исходных деструктивных изменений в очаге воспаления (некробиотических) и снижении ответной реакции макроорганизма (иммуносупрессия). Лишь при соблюдении выше указанных условий, низкая концентрация микробной взвеси аутокала животных позволит повысить воспроизводимость требуемого патологического процесса и экспериментальной модели. При этом деструктивный процесс в поджелудочной железе возможно, как известно, моделировать с использованием 10% раствора хлористого кальция.

Заключение. Как показали наши исследования и обзор обсуждаемых по данной проблеме вопросов, моделирование острого панкреонекроза, который мог бы быть осложнен сепсисом, остается далеко не решенной проблемой современной экспериментальной хирургии. При моделировании острого панкреонекроза, осложненного сепсисом наравне с применением всех патогенетически значимых факторов, требуется отдельное звено, которое коренным образом может влиять на течение общей

реактивности организма. Моделирование острого панкреонекроза, осложненного сепсисом возможно лишь при условии комбинированного подхода воздействия как локального, так и общего характера.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В БУХАРСКОГО ФИЛИАЛА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мусоев Т.Я., Жаббаров Ж.Ю.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,

Введение. Травмы сегодняшнего дня все чаще становятся множественными, осложненными массивной кровопотерей, шоком. Тяжелое состояние таких пострадавших, трудности диагностики и лечения обуславливают актуальность проблемы, которая с каждым годом нарастает. Несмотря на пристальное внимание травматологов всего мира, смертность остается на достаточно высоком уровне, достигая в специализированных травматологических отделениях более 60% от общей летальности.

Цель. Изучение результатов оказания помощи пострадавшим с политравмой в условиях в нашей клиники для определения причин госпитальной летальности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 145 историй болезни пациентов с политравмой (ISS \geq 16 баллов), проанализированы показатели госпитальной летальности, время перевода пациента в стационар, доминирующее повреждение, количество проведенных койко дней, пол и возраст пострадавших.

Результаты. Новые возможности диагностики и лечения позволили добиться достоверного снижения летальности с 39,7 % (2018 г.) до 10,8 % (2022 г.).

Заключение. Снижение показателей летальности при оказании специализированной помощи в травмоцентре 1-го уровня на базе многопрофильной клиники удалось добиться благодаря качественной диагностике повреждений, строгому соблюдению алгоритмов «damage control surgery» и организованной работе «регионарной травмосистемы», – при переводе пострадавших в первые 6 часов после получения травмы уровень летальности не превышал 10,7 %, наибольший уровень летальности, – до 21 % был констатирован при превалирующей черепно-мозговой травме и повреждениях органов брюшной полости. Уровень летальности 11,7 %, который был зафиксирован у пострадавших, переведенных в первые 6 часов после получения политравмы, обусловлен несколькими факторами: качественной работой звеньев эвакуации, первой медицинской и квалифицированной помощью, правильной диагностикой и грамотной тактикой хирургического лечения с соблюдением принципа «damage control». Напротив, высокий уровень летальности у пациентов, переведённых в период 6—12 часов: 20 % в 2019 г., 18,8 % в 2021 г. и 13,5 % в 2022 г., при сопоставимых показателях тяжести повреждений, как и в предыдущей группе, обусловлен нарушениями правил и порядка оказания помощи. Исправление ошибок, возникающих в течение, пожалуй, самого драматичного этапа лечения пострадавших является важной и востребованной в настоящее время задачей.

Выводы. 1. В результате внедрения региональной травмосистемы и качественного улучшения оказания помощи пациентам в шоковой палате 1-го уровня на базе клиники уровень летальности среди пациентов с политравмой снизился с 39,7 % в 2010 г. до 10,8 % в 2022 г.

2. При переводе в клинику пострадавших в первые 6 часов после получения политравмы уровень летальности не превышал 10,7 %, наибольший уровень летальности,

– до 20 % был констатирован при превалирующей черепно-мозговой травме и нарушении целостности органов брюшной полости.

3. Оптимизация оказания помощи пострадавшим и контроль за ее проведением в травмоцентрах 2-го и 3-го уровней, клинически обоснованное принятие решения о сроках перевода пациентов в травмоцентр I уровня, качественная транспортировка пострадавшего с политравмой позволили снизить частоту летальных исходов, связанных с ранними осложнениями травма-тической болезни, с 11,5—20,0 % до 8,7—10,6 %.

4. Уровень летальности в первые 5 суток, среди переведённых пациентов, достигает 10,1 %, в то время как аналогичный показатель среди пациентов, поступивших с места получения травмы в не превышает 11,1 %, что отражает качество оказания помощи пострадавшим в хорошо оснащённом многопрофильном стационаре

ДВУХ ЭТАПНЫЙ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Мусоев Т.Я., Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Орипов А.А
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,

Лечение пострадавших с сочетанными повреждениями бедренной кости остается актуальной проблемой современной травматологии. Повреждение бедренного сегмента при изолированной травме составляет 3-5% от всех переломов костей скелета, однако при сочетанной травме данный показатель достигает 18,6% случаев. Переломы бедренной кости являются шокогенными повреждениями и в большинстве своем нуждаются в хирургической стабилизации. Несмотря на разнообразие существующих методик остеосинтеза, мнения специалистов в выборе того или иного способа фиксации остаются открытыми.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов лечения больных с переломами бедренной кости в зависимости от различных методов остеосинтеза.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического материала – 145 больных сочетанной травмой с переломами бедренной кости, за период 2018-2022 гг. пролеченных в отделении экстренной травматологии РНЦЭМП и его Бухарского филиала. Преобладали лица мужского пола – 89 (72,8%), лица наиболее трудоспособного возраста (20-45 лет) – 68 (83,9%). По механизму травмы, ведущее положение занимала травма в результате ДТП – 97 (70,3%). Всем больным при поступлении выполнен комплекс лечебно-диагностических мероприятий на основе разработанных в клинике алгоритмов и стандартов для сочетанной травмы. С учетом примененных методов стабилизации переломов пациенты были разделены на две группы. В первую из них вошли 65 пациента сочетанными травмами, которым был выполнен 1 этап доминирующей патологии (операции голове и брюшной полости) с гипсовой иммобилизацией, с последующим остеосинтезом системой блокируемых интрамедуллярных стержней (БИОС), использован метод ВКДО на основе аппарата Илизарова. во второй группе – 80 больных, применен на первый этап остеосинтез стержневой аппаратом внешней фиксации. После стабилизации больного выполнена интрамедуллярный остеосинтез. Анализ результатов лечения проводили с учетом, следующим показателей: длительность оперативного вмешательства, лучевая нагрузка при использовании электроннооптического преобразователя (ЭОП), степени восстановления анатомии бедренной кости, динамики клинические и рентгенологические признаки восстановления функции конечности и возникшие осложнения. При повреждении внутренних органов остеосинтез бедренной

кости выполняли последовательно после устранения доминирующей патологии и оказанием помощи по принципу «damage control». У пациентов в декомпенсированном состоянии (шок 3-4 степени)

Результаты и обсуждения. В первой группе продолжительность операций в среднем составила 40 ± 11 мин., во второй группе 20 ± 15 мин. Среднее время работы с использованием ЭОПа: в первой группе составило $54,8 \pm 2,1$ сек, в второй группе – $127,6 \pm 5,1$ сек. в виде кратковременных единичных включений в режиме рентгеноскопии. Восстановление анатомии бедренной кости оценивали на послеоперационных контрольных рентгенограммах. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что традиционный остеосинтез обеспечивал наилучшие результаты репозиции костных отломков с максимальным восстановлением анатомии поврежденного сегмента. При применении метода ВКДО, полная анатомическая репозиция была достигнута в 67,3% случаях. При анализе осложнений было отмечено, что в ближайшем периоде в 12,3% случаев при использовании аппаратов наружной фиксации наблюдали воспалительные изменения в мягких тканях, в 4,2% случаев при накостном остеосинтезе, при использовании закрытого интрамедуллярного остеосинтеза местных осложнений мы не наблюдали. В отдаленном периоде развитие не сращений и образование ложных суставов бедренного сегмента отмечены в 6 (7,4%) случаев. Среди них пациенты первой группы – 4 и в второй – 2 случаев. Так же 23 развитие контрактур коленного сустава отмечено у 12 (14,8%),

Выводы. Проведенное нами сравнительное клиническое исследование доказало преимущество применения первого этапа метода остеосинтеза стержневого аппарата бедренной кости у больных пострадавших сочетанный травме. Последний является достаточно безопасным и эффективным и может быть успешно использован при лечении пациентов с сочетанными повреждениями.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСОМ

Мусоев Т.Я., Хайдаров Ф.Н., Хамдамов Б.З., Дадабоев О.Т.
Бухарский государственный медицинский институт,
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Патогенез острого панкреатита до конца не ясен. В настоящее время большинство учёных придерживаются ферментативной теории патогенеза острого панкреатита. Исследование патогенетических аспектов развития панкреонекроза требует более углубленного анализа происходящих изменений в организме, которые возможно провести вначале в эксперименте, и лишь потом – апробировать в клинических условиях.

Цель исследования. Проведение сравнительной клинико-лабораторной оценки течения различных экспериментальных моделей панкреонекроза для выявления ряда фундаментальных закономерностей, которые лежат в основе тяжелых случаев данного некробиотического процесса.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проведены на белых лабораторных крысах линии Вистар. Всего было использовано 170 животных весом 150-250 грамм, обоего пола, без внешних признаков заболевания. Исследования проведены на животных с экспериментальными моделями острого панкреатита, стерильного панкреонекроза, инфицированного панкреонекроза и панкреонекроза, осложненного сепсисом. Исследовали активность ферментов α -амилаза и липаза в сыворотке крови.

Результаты. Моделирование острого панкреатита характеризовалось циклическим изменением активности специфических для данного заболевания ферментов в

периферической крови. При относительно низкой активности липазы в периферической крови на 1–3-сутки моделирования патологического процесса, активность α -амилазы имела более достоверные значения в изменениях по отношению к интактным животным контрольной серии опытов.

Учитывая, что все животные находились в состоянии голода, в динамике проводимого исследования, корреляционная зависимость между показателями активности α -амилазы и липазы в контрольной серии опытов была прямой, тогда как при моделировании острого панкреатита она, не изменяя свой соотносительный характер повышалась. Однако следует учитывать и тот факт, что корреляционное значение повышения активности α -амилазы между исследуемыми сериями опытами была в низкой прямой зависимости, чем активность липазы.

Заключение. Показатели уровня активности α -амилазы и липазы в периферической крови у животных с различными вариантами панкреонекроза могут свидетельствовать лишь о наличии деструктивного процесса в поджелудочной железе, но не могут дать точное верификационное заключение о происходящих воспалительных процессах, как локального, так и общего характера. Требуется изучения более достоверных показателей, которые смогли бы повысить уровень достоверности о происходящих патологических процессах и позволить принять правильное решение в выборе лечебных мероприятий.

ПУТИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА

**Мустафакулов И.Б., Норов М.Ч., Махамадаминов А.Г., Джураева З.А.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
ЦРПКМР МЗ РУз**

Объективная оценка тяжести течения закрытых повреждений полых органов при травме живота имеет важное значение в выборе хирургической тактики лечения подобных больных. Оно осуществляется с помощью различных шкал, наиболее известными среди которых являются ISS (Injury Severity Score) - индекс тяжести травмы, RTS (Revised Trauma Score) - пересмотренная шкала травмы, SAPS - упрощенная шкала оценки физиологических расстройств.

К сожалению, в этих шкалах во первых отсутствует ранжирование тяжести закрытых повреждений полых органов при травме живота, во вторых применяющаяся в них балльная система оценок выбранных предикторов не выражают прогностического их "веса" в оценке тяжести течения имеющихся травм живота.

В связи с этим нами разработаны интегральные шкалы прогнозирования тяжести течения закрытых повреждений полых органов при травме живота путем проведения ретроспективных исследований предикторов риска развития их тяжелого течения и установлением степени значимости последних.

Статистический анализ проводился отдельно в группах пациентов, у которых не наблюдалось тяжелого течения закрытых повреждений полых органов при травме живота и в группе пациентов, у которых отмечалось тяжелое течение последних. Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных показателей. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного показателя ($P < 0,01$).

Степень прогностической значимости нами устанавливалась путем расчета соответствующего коэффициента для каждого достоверного предиктора в отдельности. После этого полученные прогностические коэффициенты суммировались в каждой группе

пациентов в отдельности. На основании полученной суммы нами были разработаны градации прогноза категории тяжести течения закрытых повреждений полых органов при травме живота.

Проведенные проспективные исследования у 72 пациентов позволили заключить, что предложенные нами интегральные шкалы прогноза вероятности тяжелого течения закрытых повреждений полых органов при травме живота отличаются высокими показателями чувствительности (в среднем 82,5%), специфичности (в среднем 74,3%) и общей точности (в среднем 78,4%).

На основании этих данных можно заключить, что предложенные нами интегральные шкалы прогноза вероятности тяжелого течения закрытых повреждений полых органов при травме живота позволяют достоверно прогнозировать риск тяжелого течения сочетанных травм живота и соответственно выбрать адекватную тактику хирургического лечения последних.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОК ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.

Мустафакулов И.Б., Исмати О.О., Зиновьев Е.В., Ермилова Е.В., Джураева З.А.
Самаркандский государственный медицинский университет;
Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия;
Клиника ООО“Relax Med Servis”, Самарканд, Узбекистан.

Ключевые слова: эндопротезирование молочных желез, ботулотоксин, физиотерапия, электрофизиологическое воздействие, INDIBA, молочные железы, силиконовые импланты.

Актуальность. Разработанные исторически и широко используемые в настоящее время хирургические подходы и возможности обеспечения увеличения объема и размеров молочных желез, прежде всего, путем введения в их и окружающие ткани инородных веществ, тел, имплантов прошли ряд известных этапов исторического становления в эстетической хирургии. В 2021-2023 гг в Российской Федерации выполнялось не менее 85 – 100 тыс. ежегодно эндопротезирований груди с использованием силиконовых имплантов, что соответствовало 3-4 месту в мире, после Соединенных Штатов Америки, Бразилии и Германии, при этом десять лет назад Россия по числу выполненных таких операций была на 12-м месте в мире, с учетом выполняемых в тот период времени лишь 25 тыс. эндопротезирований в год. В результате хирургического эндопротезирования тканей молочных желез силиконовыми имплантами в раннем и отдаленном послеоперационных периодах в организме пациенток довольно часто отмечается течение типовых патологических процессов, ряд неблагоприятных последствий, которые при субклиническом проявлении требуют постоянного динамического наблюдения, профилактическим реабилитационным процедурам, а при клинически значимой манифестации – могут явиться показанием к повторным хирургическим вмешательствам, консервативной терапии или целенаправленным реабилитационным мероприятиям. Реабилитационные мероприятия являются обязательным условием успешно выполненной эстетической операции по увеличению молочных желез. Типовые патологические процессы, неизбежно приводящие к развитию болевого синдрома, нарушений функции внешнего дыхания, а также аллергизация, изменение реагирования клеточного и гуморального звеньев иммунной системы являются показанием к проведению

целенаправленных мероприятий по их ранней диагностике и проведению патогенетической коррекции уже в ранние сроки после вмешательства.

Материалы и методы. Сбор материала для формирования групп клинических наблюдений осуществлен в период 2020-2023 гг. в отделении пластической хирургии клиники "Relax Med Servis", Самарканд, Республика Узбекистан. В первую группу клинических наблюдений были включены 23 женщины, перенесших эндопротезирование молочных желез силиконовыми имплантами, у которых за 14 суток до вмешательства осуществляли введение в musculus pectoralis major препарата ботулотоксина типа А для достижения ее денервации и предотвращения болевого синдрома после вмешательства. Во вторую группу клинических наблюдений были включены 22 женщины, также перенесших эндопротезирование молочных желез силиконовыми имплантами и введение в musculus pectoralis major за 14 суток до вмешательства эквивалентного объема плацебо – 0,9% раствора хлорида натрия, а также в период 1-2-3-4-5-6-7 сутки послеоперационного периода проводили физиотерапевтическое воздействие аппаратом INDIBA – электромагнитным полем частотой 448 кГц.

Результаты и обсуждения. Полученные результаты свидетельствуют, что патогенетически-обусловленным фактором, обеспечивающим противовоспалительное и обезболивающее действие, раннюю реабилитацию, является использованное нами электрофизиологическое воздействие электромагнитного поля аппарата INDIBA. Установлено, что среди женщин, у которых введение ботулотоксина А сочеталось с курсом электрофизиологического воздействия, уже к исходу первых суток превалировал болевой синдром легкой и умеренной степени – в 76,4% и 11,3% наблюдений. На вторые сутки после эстетического эндопротезирования молочных желез в этом же массиве пациенток отсутствие болевого синдрома констатировано в 11,3% случаев, а боль легкой или умеренной интенсивности – у 74,5% и 11,1% пациенток. Спустя неделю в анализируемой группе пациенток, реабилитационные мероприятия к которым включали введение ботулотоксина А и курс электрофизиологического воздействия, боль практически полностью отсутствовала в 78,2% наблюдений, а таковой малой интенсивности выявлялся в 21,8% случаев. К исходу второй и четвертой недели послеоперационного периода в подгруппе женщин, получавших препарат ботулотоксина и курс электрофизиологического воздействия, полное отсутствие болевого синдрома отмечено, соответственно, в 89,2% и 94,5% случаев.

Выводы. Внутримышечная инъекция ботулотоксина А и курс электрофизиологического воздействия электромагнитным полем частотой 448 кГц, является потенциальным клиническим методом реабилитации для пластических хирургов для успешного послеоперационного ведения. Также исследование дополняет растущую на сегодняшний момент литературу, подтверждающую антиноцицептивные эффекты ботулотоксина А и курса электрофизиологического воздействия, его потенциальные преимущества в уменьшении послеоперационной боли, которая является сложной клинической проблемой для пластических хирургов при реконструкции груди с помощью имплантов.

ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.

Мухиддинов Б.Х., Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А.
Самаркандский государственный медицинский университет.

Актуальность исследования. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости. Одной из

форм ЖКБ является холецистохоледохолитиаз. Появление малоинвазивных лапароскопических и эндоскопических технологий позволило изменить стратегию лечения холецистохоледохолитиаза. В настоящее время общепринятой является двухэтапная тактика лечения. Одномоментное лечение пациентов с сочетанием камней в желчном пузыре и общем желчном протоке, с применением техники Rendezvous, является привлекательной альтернативой двухэтапной методике.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом путем одномоментной лапароскопической и эндоскопической коррекции.

Материалы и методы исследования. С 2015 по 2022 гг. в стационар хирургического отделения многопрофильной клиники СамГМУ поступило 2038 пациентов с желчнокаменной болезнью. Больным были проведены различные виды оперативных вмешательств в связи с ЖКБ или ее осложнениями. Доля пациентов, поступивших с холецистолитиазом и различным риском холангиолитиаза, за анализируемый период составила 13,5% (275) от общего количества пациентов с ЖКБ. У 135 больных (49,1%) для разрешения холедохолитиаза первым этапом выполнили транспапиллярное вмешательство — ЭПСТ. В 18,5 % случаев (51 пациент) применили одноэтапную тактику лечения осложненной ЖКБ. У 39 (14,2%) больных ЛХЭ закончили дренированием холедоха через пузырный проток в связи с выявлением по данным ИХГ конкрементов в гепатикохоледохе. Холецистэктомия из мини-доступа с холедохолитоэкстракцией и дренированием холедоха по Керу выполнили у 15 (5,5%) пациентов. Холецистостомия лапароскопическим доступом и из минидоступа произвели у 15 (5,5%) и 10 (3,6%) больных соответственно. Чрескожной холецистостомии и холангиостомии подверглись 10 человек (3,6%).

Обсуждение результатов исследования. В исследуемую группу были включены 33 пациента, оперированных по гибридной одномоментной методике лапароэндоскопического рандеву за пятилетний период. Осложнения, связанные с абдоминальным этапом, наблюдали в 1 случае (3,0%) среди 33 больных. Осложнения, связанные с транспапиллярным этапом, мы наблюдали в 2 случаях (6,1%) из 33 вмешательств. У 29 (87,9%) пациентов группы ЛЭРВ послеоперационный период протекал без осложнений. Средний срок пребывания в стационаре у этих больных составил 6,0 койко-дней.

Заключение. Применение модифицированной одномоментной методики лапароскопической холецистэктомии с выполнением ассистированной эндоскопической папиллосфинктеротомии в технике Rendezvous и холедохолитоэкстракцией у больных с холецистохоледохолитиазом улучшает результаты хирургического лечения и экономически целесообразно.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ДО И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Мухиддинов У.Р., Темиров Р.И., Махамдаминов А.Г.

Наманганский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной
Медицинской Помощи

Как известно, в патогенезе развития послеоперационных бронхолегочных осложнений (БЛО) важную роль играет состояние микробного фактора.

Микробный фактор представляет собой один из основных компонентов агрессии, обладающей многогранным характером воздействия на дыхательные пути. Микробы

(бактерии, грибы, вирусы) вызывают полную десквамацию эпителия, нарушают реологические свойства слизи, соотношение фракций гель/золь, снижают противомикробный потенциал, что создает благоприятные условия для имплантации и колонизации микроорганизмов.

Очевидно, что нарушение равновесия между механизмами защиты и агрессии дыхательных путей в послеоперационном периоде становится одной из основных причин формирования БЛО. Однако на доклинических стадиях развития послеоперационных БЛО выявить возникающие изменения с помощью функциональных тестов не представляется возможным. Чтобы разработать достоверные способы прогнозирования формирования БЛО и их профилактики после различных видов холецистэктомии, мы провели комплексные бактериологические исследования мокроты у 137 больных калькулезным холециститом, перенесших различные варианты холецистэктомии: Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) выполнена у 17, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - у 120. Оперативное пособие больным проводилось под сбалансированной анестезией с ИВЛ.

Микробиологическое исследование мокроты осуществляли всем больным до и на 2-3 сутки после операции. Использовали метод количественного посева мокроты на элективные среды и бактериологическое исследование окрашенного по Граму мазка мокроты с качественной оценкой микрофлоры. Этиологическое значение придавали микроорганизмам, которые обнаруживались в большом количестве при микроскопии и 5×10^7 и более в 1 мл мокроты при их количественном определении.

Результаты бактериологических исследований послеоперационном периоде в мокроте патогенная микрофлора определялась как в монокультуре (63,5%), так и в различных ассоциациях (24,1%). Чаще других выделялась грамотрицательная флора в монокультуре и в ассоциациях со стафилококком и стрептококком. Наиболее часто ассоциации определялись в группе больных, перенесших ТХЭ (22,3%), несколько реже - после ЛХЭ (11,8%) Именно у этих больных в послеоперационном периоде развились тяжелые пневмонии. При наличии монокультуры БЛО клинически протекали более благоприятно в виде бронхитов и ателектазов. Выявленные изменения согласовывались с частотой возникновения БЛО после различных видов холецистэктомии. Так, наибольшее количество послеоперационных БЛО отмечалось после ТХЭ (11,4%). Среди больных, перенесших ЛХЭ этот показатель был в два раза ниже - соответственно 5,7%.

Больных после ТХЭ происходит рефлекторное ограничение глубокого дыхания и кашля вследствие пересечения больших апоневротических слоев и боли в области послеоперационной раны. При ЛХЭ же наблюдается диафрагмальная дисфункция, возникающая в связи с рефлекторным подавлением экскурсии диафрагмы из-за стимуляции механорецепторов висцеральных нервов в результате остаточного CO_2 в брюшной полости, а также снижение вентиляции базальных отделов легких вследствие наложения интраоперационного напряженного пневмоперитонеума.

Немаловажную роль играет продолжительность операции и анестезии с ИВЛ. Наиболее продолжительными операция и наркоз оказались при ТХЭ. Поэтому при ТХЭ из-за большего механического воздействия ИВЛ создавались предпосылки для нарушения реологических свойств слизи, соотношения фракций гель/золь, нарушения мукоцилиарного клиренса и лишения дыхательных путей эпителия первой линии защиты. При этом снижался противомикробный потенциал стенок дыхательных путей, что обуславливало повышение имплантации и колонизации патогенных микроорганизмов в толще последних.

Отрицательные факторы, вызываемые ТХЭ, были более агрессивными, стойкими и продолжительными, чем при ЛХЭ. В результате у больных этой группы отмечалось более выраженное снижение компенсаторных механизмов функций дыхания, в частности ТБС. Именно из-за этого микробная контаминация дыхательных путей у больных после ТХЭ

была выше, чем при ЛХЭ. Поэтому, несмотря на наличие практически идентичных изменений состояния ТБС и мукоцилиарного клиренса, процент послеоперационных БЛО после ТХЭ оказался вдвое выше.

Она менее травматична, а продолжительность самой операции и анестезии минимальна. Кроме того, она не вызывает интраоперационной дисфункции диафрагмы. Поэтому все исследуемые показатели мукоцилиарного клиренса у больных после ЛХЭ оставались в пределах нижней границы нормы.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что в первом случае в дооперационном периоде наблюдались различной степени выраженности изменения цитологической характеристики мокроты, микробной контаминации дыхательных путей и, как следствие, существенное нарушение вентиляции легких. Тяжесть последнего в немалой степени определялась видом и продолжительностью самого оперативно-анестезиологического пособия (ТХЭ). Тяжелое течение послеоперационного периода в первом наблюдении, скорее всего, было обусловлено именно этими обстоятельствами. Во втором наблюдении все исходные показатели находились в пределах нижней границы нормы. Неблагоприятные же факторы при холецистэктомии из ЛХЭ доступа оказались минимальными. Этим, скорее всего, объясняется более благоприятное течение послеоперационного периода.

Таким образом, исследование бактериологического пейзажа мокроты у больных калькулезным холециститом позволяет определить состояние мукоцилиарного клиренса и степень бактериальной контаминации дыхательных путей до и после различных вариантов холецистэктомии. Благодаря этому с высокой вероятностью можно прогнозировать возможность формирования послеоперационных БЛО и разработать эффективные способы их профилактики. Отмечено, что при прочих равных условиях степень нарушения мукоцилиарного клиренса и микробного загрязнения респираторного тракта зависит, прежде всего, от травматичности и продолжительности оперативного пособия, длительности общей анестезии с ИВЛ. Так как продолжительность традиционной холецистэктомии и ИВЛ больше, чем при других вариантах операций, то, естественно, у этих пациентов более выражена степень нарушений мукоцилиарного клиренса и микробного загрязнения. В результате показатели микробного обсеменения при использовании ЛХЭ выгодно чем ТХЭ.

ЗОНДОВОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПИЩЕВОДА

**Мухитдинов У.Р., Ваккасов М.Х., Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Мамадумаров Т.С.,
Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ж.Б., Робиддинов Б.С.,
Эргашев М.М., Эргашев А.А.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение: в настоящее время энтеральное зондовое питание (ЭЗП) считается одним из ведущих и наиболее физиологичных способов коррекции нарушений метаболизма и недостаточности питания, закономерно наблюдаемых у пациентов, требующих интенсивной терапии (ИТ).

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с повреждениями пищевода.

Материал и методы: В Наманганском филиале РНЦЭМП были прооперированы 22 больных с повреждениями пищевода. Мужчин было 18 (82,0%), женщин – 4 (18,0%) в возрасте от 9 до 58 лет. С перфорацией пищевода инородным телом поступило 14 больных, с ятрогенными повреждениями 7, (из них при диагностической эндоскопии 5,

остальные при удалении инородного тела, при бужировании пищевода) и 1 больной с проникающей колото-резаной раной шеи. В первые 6 часов поступило – 9 больных, в 7 - 24 часа - 9 и более суток - 4. Всем больным при поступлении кроме общеклинических обследований также было произведено рентгенологических исследований с водорастворимым контрастом. Клиническая симптоматика повреждений пищевода была полиморфной, и зависела от срока возникновения гнойного воспаления в околопищеводной клетчатке шеи и средостение. Бурному развитию гнойного медиастинита способствовало повреждение клетчатки средостения и медиастинальной плевры. Подкожная эмфизема шеи и эмфизема средостения имелось место у всех, а в двух случаях травма осложнялся с пневмотораксом. Гнойные осложнения развились у 9 больных, при этом у 4 процесс локализовался в клетчаточных пространствах шеи, а у 5 – распространялся на средостение.

При повреждении шейного отдела пищевода у 7 больных было выполнено левосторонняя коллиотомия, ушивание дефекта пищевода с дренированием околопищеводной клетчатки.

У 8 больных с повреждением верхнегрудного отдела пищевода была выполнена шейная медиастинотомия слева с ушиванием дефекта пищевода и активным дренированием средостения по Каншину.

Чрезплевральный доступ применен у 2 больных с повреждением среднегрудного отдела пищевода, медиастинальной плевры с развитием гнойного медиастинита и эмпиемы плевры. Торакотомия выполнена в VI межреберье, справа тщательная санация плевральной полости с широким вскрытием медиастинальной плевры. Дефект среднегрудного отдела пищевода ушит двухрядными швами укреплением линии швов медиастинальной плеврой. Дренирование средостения выполнено двумя силиконовыми дренажными трубками, плевральную полость дренировали отдельно. Чрезбрюшинный доступ по Савиных применен у 4 больных с разрывами нижнегрудного отдела пищевода. Чтобы предотвратить поступление содержимого желудка и пищевода в средостение, у всех пациентов мы старались ушить дефект пищевода с укреплением линии швов лоскутом из диафрагмы, прядью сальника на ножке и активным дренированием зон повреждений.

При построении программы комплексной интенсивной терапии учитывали объем инфузионно-трансфузионных введений (4-5 литр в сутки) с учетом дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК). Вводили низкомолекулярные плазмозаменители, коллоидные растворы, белковые препараты. Антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры. Назначали препараты улучшающие микроциркуляции и иммунной системы, ингибиторы кининовой системы. Местное лечение медиастинита проводили по принципу лечения гнойных ран (непрерывный лаваж антисептическими растворами с добавлением протеолитических ферментов).

Всем больным установлен силиконовый зонд в пищевод с постоянной аспирацией. Энтеральное зондовое питание (ЭЗП) проводились у всех пациентов и продолжались 12-13 дней, а через гастростому – 8, через энтеростому – у 1. Для ЭЗП использовали различные сбалансированные питательные смеси.

Проведение ЭЗП равномерно в течение всех суток со скоростью введения питательной смеси не более 150 мл/час, под контролем достаточности количества белка и калоража (не менее 3500 килокалорий). Программа нутритивной поддержки должна строиться с учетом характера патологического процесса в средостения, исходного состояния пациента. Дренажи из средостения удаляли на 12-15 сутки после операции.

У 1 пациента сформировался пищеводно-кожный свищ, который впоследствии закрылся самостоятельно. Умерло двое больных от продолжающегося гнойного медиастинита и сепсиса.

Заключение. Раннее энтеральное зондовое питание способствует скорейшей ликвидации гиповолемии, нормализации ОЦК, обеспечивая адекватное энергоснабжение организма и уменьшая интоксикацию у больных с гнойно-септическим осложнением повреждений пищевода.

МЕСТО ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

**Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р., Хужамбердиев И.Р., Исабаев Ш.Б.,
Робиддинов Б.С.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

За период с 2002 по 2022 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП были прооперированы 1562 больных с прободными гастродуоденальными язвами в возрасте от 10 до 60 лет.

Традиционное лапаротомное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы проведено у 1330 (85,4%) больных, лапароскопический способ применен у —232 (17,4%). Из 232 больных оперированных лапароскопическим способом мужчин было 209 (90,1%), женщин – 23 (9,9%).

Сроки с момента перфорации до операции составило от 3,5 до 12 часов.

Перфоративная язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки у 227 (97,8%), в желудке – 5 (2,2%) больных. У всех больных перфоративное отверстие локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки либо в области привратника. Размеры дефекта в пределах от 4 до 8 мм. с язвенно-инфильтративным валом вокруг до 10-15 мм.

У поступивших больных в сроки от 6 до 12 часов выявлены: местный перитонит у 50, неограниченный местный - 56, диффузный - 25.

Характер перитонеального экссудата был фибринозным, фибринозно-желчным в количестве от 300 до 1200 мл. У 14 (6,0%) больных прикрытое круглой связкой печени, желчным пузырем перфорация дуоденальных язв поступивших в сроке более 12 часов, (с отрицательными рентгенологическими признаками свободного газа и отсутствием свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ) диагноз установлен при диагностической лапароскопии.

Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz”. Ушивание перфоративного отверстия выполнялось атравматической иглой, распрямляя её так, чтобы она могла пройти через адаптер 10/5мм. Использовали в основном капрон 3/0. Для достижения герметичности у 22 (9,5%) больных потребовалось, наложит 2 узловых шва. В 14 (6,0%) случаях для ушивания дефекта язвы нами применена спиралевидная игла Малкова. В остальных наблюдениях накладывали один ряд узловых швов с тампонадой пряжью большого сальника. Узел формировали интракорпорально. Продолжительность операции составило от 30 минут до 60. Санация брюшной полости производилась с применением ирригоаспиратора. Трубочатый контрольный дренаж в подпеченочное пространство оставляли на 1– 3 суток, малый таз дренировали только при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар слева.

Консервативная противоязвенная терапия, включающая, антисекреторные и антихеликобактерные препараты начиналась в раннем послеоперационном периоде. Назогастральный зонд удаляли и начинали принимать жидкую пищу с 3 сутки.

Конверсионная лапаротомия выполнена у 22 (9,5%) пациентов прикрытыми перфоративными дуоденальными язвами поступивших в сроке более 12 часов с

сопутствующими патологиями (сахарный диабет, перфорация распадающего рака желудка, преклонный возраст).

Релапароскопия проведена у 4 больных в 3 и 7 сутки после операции с продолжающимся перитонитом и ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью. Релапароскопия была завершена у 3 пациентов лапароскопической санацией брюшной полости с повторным дренированием соответствующих областей брюшной полости и рассечением спаек, восстановлением проходимости кишечника. С несостоятельности швов ушитой язвы двенадцатиперстной кишки распространенным гнойным перитонитом у одного пациента была выполнена конверсионная лапаротомия.

Послеоперационные осложнения в группе больных предпринятой к лапароскопическому ушиванию наблюдалось у 7 (3,01%) пациентов, в группе оперированных традиционным способом у 56 (4,2%).

Умерли после лапароскопических операций 3 (1,3%) больных, после традиционных операций 52 (3,9%). Причиной летальности больных: продолжающаяся перитонит, трансмуральный инфаркт миокарда осложненной левожелудочковой недостаточностью, полиорганная недостаточность на фоне сахарного диабета и инсульт.

Средний койко-день после лапароскопического ушивания гастродуоденальных язв составил 4,3, тогда как при лапаротомном ушивании – 7,5.

Таким образом, видеолапароскопическая техника способствует своевременной диагностике прикрытых и атипично протекающих прободных гастродуоденальных язв и может занять основное место в лечении неосложненных перфоративных пилородуоденальных язв.

РЕДКАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ УЩЕМЛЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У БОЛЬНОГО СО СПЛАНХНОПТОЗОМ

Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Среди всех пациентов с ПДГ больные с правосторонней локализацией грыжевого дефекта составляют лишь 11–14%, что связано, в первую очередь, с амортизирующим действием, которое оказывает во время травмы печень [Adegboye V.O., 2003].

Приводим собственное клиническое наблюдение: Больной Б.У., 1986 г.р. (и/б № 17963/1303), поступил 20.01.2020 г. в приёмно-диагностическое отделение Наманганского филиала РНЦЭМП с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, нехватку воздуха, боли по всему животу и его вздутие, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Болен в течение 7 дней. свое заболевание связывает с полученной травмой. Во время борьбы со сверстниками упал правым боком и почувствовал боль в правой половине грудной клетки и живота, интенсивность которой со временем снизилась. Он прошел обследование в центре МСКТ «Радиомед», где были обнаружены КТ-признаки патологического образования 7-8-9-10-го сегментов правого легкого, диафрагмальная грыжа справа. инфильтративные изменения 6-го сегмента правого легкого.

При объективном исследовании общее состояние пациента тяжёлое, обусловленное явлениями сердечно-лёгочной недостаточности. Дыхание слева жёсткое, справа не выслушивается, при этом правая половина грудной клетки во время акта дыхания малоподвижна. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – слабого наполнения и напряжения, 88-92 уд. в мин, ЧДД – 32 в/мин. Живот несколько вздут, в акте дыхания левая половина не участвует. При пальпации живот болезнен, напряжен в эпигастрии и в правом подреберье,

перитонеальные симптомы отсутствуют. Аускультативно: перистальтика кишечника выслушивается слабо.

УЗИ брюшной полости № 11288. Вывод: печень – левая доля занимает эпигастральную область, желчный пузырь не дифференцируется, почки без эхоскопических изменений, выраженный пневматоз кишечника, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Больной госпитализирован с диагнозом: торакоабдоминальная травма. Посттравматическая диафрагмальная ущемленная грыжа справа. Осложнение: ДН I ст. 20. 11. 2020 г. больной экстренно оперирован (№ 922/ 258). Верхнесрединная лапаротомия длиной до 18 см. Правая доля печени с желчным пузырем, петли тонкой кишки, правая половина толстой кишки, большой сальник уходят под правую долю печени. В брюшной полости петля тонкой кишки отсутствует, имеется только идущая от связки трейтца часть тощей кишки около 20 см, которая уходит под правую долю печени. Желудок растянут, большая кривизна находится на уровне пупка. Желудочно-диафрагмальная связка отсутствует (гастроптоз). Печень расположена полувертикально, правая доля уходит через дефект диафрагмы в правую плевральную полость. Левая доля огромная – до 25 см, опущена до уровня пупка, при этом венечные связки печени отсутствуют (гепатоптоз), серповидная и круглая связки слабо выражены. При дальнейшей ревизии: восходящая ободочная кишка до уровня половины поперечной вместе с тонкой перебрасывалась в правую плевральную полость.

Самостоятельно извлечь правую долю печени, петли тонкой и поперечно-ободочной кишки не удалось, поэтому после рассечения в латеральном направлении ущемляющего кольца диафрагмы из вышеуказанного грыжевого дефекта поочередно извлечены весь тонкий кишечник (тонкая кишка длиной до 200 см), часть поперечно-ободочной вместе с мобильной восходящей и субтотальным некрозом большого сальника. При извлечении органов брюшной полости из дефекта диафрагмы выделилось до 200 мл геморрагической жидкости.

При дальнейшей ревизии петли тощей кишки на расстоянии 25 см от связки трейтца имеется странгуляционная борозда белесоватого цвета без некроза. тонкая кишка отечная, багрово-красная, эктазирована, брыжейка инфильтрирована, пульсация сосудов брыжейки обычная, перистальтика кишечника ослаблена. На расстоянии 100 см от связки трейтца имеется неосложненный дивертикул меккеля. При ревизии ущемленной части поперечно-ободочной кишки на уровне 1/3 поперечной имеется странгуляционная борозда белесоватого цвета, без некроза. При ревизии низведенной правой доли печени отмечается странгуляционная борозда (ущемленная правая доля размером 15x5 см вместе с желчным пузырем рядом с серповидной связкой – аномальная гипоплазированная правая доля). Левая доля печени компенсаторно гипертрофирована. 3/4 большого сальника – темно-багрового цвета, с тромбированными сосудами без пульсации, инфильтрирован. Выполнена резекция 3/4 частей его. Вышеперечисленные ущемленные органы – все петли тонкой кишки длиной 200 см, восходящая, поперечно-ободочная кишка и правая доля печени – интраоперационно были признаны жизнеспособными.

При ревизии правой плевральной полости через дефект (8,0x4,0 см) правого купола диафрагмы правое легкое коллабировано, в плевральной полости имеется 200 мл жидкости серозно-геморрагического характера, которая аспирирована. Интраоперационно одновременно выполнен правосторонний торакоцентез в 6-м межреберье по среднеаксиллярной линии, установлен дренаж № 20 фр. Дефект диафрагмы ушит П-образными швами, герметичность наложенных швов удовлетворительная. Дренаж, установленный в правую плевральную полость, присоединен к аппарату Боброва.

Была выполнена колонопексия и гастропексия. Дренированы правое поддиафрагмальное пространство, малый таз.

На лапаротомную рану наложены послойные швы. Асептическая наклейка.

Клинический диагноз. Основной: Ущемленная правосторонняя посттравматическая диафрагмальная грыжа (ущемление правой доли печени, мобильной восходящей ободочной, аномально короткой тонкой кишки с дивертикулом Меккеля, поперечно-ободочной кишки вместе с большим сальником, осложненное некрозом 3/4 части большого сальника, гидротораксом).

Осложнение: некроз большого сальника, правосторонний гидроторакс. ДН I-II ст.

Конкурирующий: аномалия развития органов брюшной полости: спланхноптоз (гепатоптоз, гастроптоз, колоптоз, врожденная короткая тонкая кишка с дивертикулом Меккеля.)

Название операции: Лапаротомия. Низведение из плевральной полости правой доли печени, толстой и тонкой кишки большого сальника). Ушивание дефекта диафрагмы. резекция большого сальника. торакоцентез, дренирование правой плевральной полости. Дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из брюшной полости и из правой плевральной полости удалены на 6-7-е сутки, швы сняты на 8-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан из отделения на 8-е сутки.

Заключение

Описанный клинический случай показывает, что локализация посттравматической правосторонней диафрагмальной грыжи крайне разнообразна, ущемлённые их формы протекают тяжело, под маской других острых заболеваний брюшной полости. Для улучшения результатов лечения посттравматической правосторонней диафрагмальной грыжи необходимо проводить обследование всех пациентов с торакоабдоминальными травмами с целью ранней диагностики данной патологии и оперативной ее коррекции в плановом порядке.

Диагностика одновременных ущемлений нескольких полых органов и печени при посттравматической правосторонней диафрагмальной грыже требует применения комплекса инструментальных методов исследования, наиболее эффективными из которых являются МСКТ.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Посттравматические ущемленные диафрагмальные грыжи (ПТДГ) отличаются сложностью диагностики и значительным количеством диагностических ошибок, которые чреваты возникновением тяжелых осложнений, вплоть до летального исхода [Алтыев Б.К., Шукуров Б.И. 2016г.].

Приводим данное клиническое наблюдение: Больной К. А., 1968 г. р поступил 12.11.2018 г. в ургентном порядке в приёмно-диагностическое отделение Наманганского филиала РНЦЭМП с жалобами на сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватку воздуха, боли по всему животу, вздутие живота, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Болен в течение 3-х часов. Свое заболевание больной связывает с перееданием.

2011 г. больной лечился стационарно по поводу закрытой травмы грудной клетки, переломов рёбер слева, полученных в результате дорожно-транспортного происшествия. При объективном исследовании: общее состояние пациента крайне тяжёлое, обусловлено явлениями выраженной сердечно-лёгочной недостаточности. Больной очень беспокойный,

не находит для себя удобного положения. Дыхание справа жёсткое, слева не выслушивается, при этом левая половина грудной клетки во время акта дыхания малоподвижна. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – слабого наполнения и напряжения, 112 в мин, ЧДД – 38 в/мин. Живот несколько вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезнен, напряжен в эпигастрии, перитонеальные симптомы сомнительны. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается слабо.

На обзорной рентгеноскопии органов грудной клетки и брюшной полости (№ 3310) выявлены резкое смещение органов средостения вправо, высокое положение левого купола диафрагмы, пневмоперитонеум, чаши Клойбера. При рентгеноскопии органов брюшной полости (№ 35083) обнаружены пневмоперитонеум и чаши Клойбера.

12.11.2018 г. бесконтрастное МСКТ грудной клетки Вывод: Разрыв левого купола диафрагмы. Левосторонний гидропневмоторакс с дислокацией органов средостения вправо. Пневмоперитонеум. (Разрыв полого органа брюшной полости.) Камни в левой почке. Осмотрен кардиологом: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК II.

Больной госпитализирован с диагнозом «Посттравматическая диафрагмальная грыжа слева? Левосторонний гидропневмоторакс? Перфорация полых органов брюшной полости? Перитонит?».

12.11.2018 г. больному выполнена экстренная операция (№ 1060): Верхнесрединная лапаротомия длиной до 18 см. Проксимальная часть желудка до антрального отдела вместе с селезенкой, поперечно-ободочная кишка с большим сальником, часть тощей кишки уходят через дефект левого купола диафрагмы в плевральную полость, откуда спускается отводящая петля указанного отдела тонкой кишки, нисходящая ободочная кишка, которая находится в спавшемся состоянии.

Самостоятельно извлечь желудок, петлю тощей и поперечно-ободочной кишки не удалось, поэтому после рассечения в латеральном направлении ущемляющего кольца диафрагмы из вышеуказанного грыжевого дефекта поочередно извлечены часть тощей кишки (40 см), часть поперечно-ободочной кишки (30 см) и желудок с тотальным некрозом большого сальника, селезенка. Тощая кишка от связки Трейтца до нижней странгуляционной борозды отечная, багрово-красная, эктазирована, брыжейка инфильтрирована, пульсация сосудов брыжейки обычная, перистальтика кишечника ослаблена. При ревизии ущемлённой части поперечно-ободочной кишки на расстоянии 30 см имеются странгуляционные борозды белесоватого цвета, стенка отечная, багрово-красного цвета, эктазирована, брыжейка инфильтрирована, пульсация сосудов брыжейки сохранена. Селезенка застойная, без некроза (дислокация), но имели место застой и полнокровие в сосудах ворот селезенки.

При ревизии низведенного желудка в антральной части имеется странгуляционная борозда белесоватого цвета без некроза. Большой сальник – темно-багрового цвета с тромбированными сосудами без пульсации, инфильтрирован, выполнена резекция $\frac{3}{4}$ части последнего.

При дальнейшей ревизии задней стенки желудка через «окно», созданное рассечением желудочно-ободочной связки в сальниковой сумке, имеется желудочное содержимое с примесью желчи и пищевых масс в количестве до 300 мл, по малой кривизне в средней трети имеется дефект стенки в виде неправильной формы отверстия диаметром около 5 см с некротизированными краями. Через дефект стенки желудка просматривается слизистая оболочка с кровоизлияниями, имбибированная кровью. Края раневого отверстия освежены (иссечены в пределах здорового участка), кровоточат, что говорит о жизнеспособности тканей, дефект ушит двухрядными узловыми швами герметично. Брюшина левого подпеченочного и поддиафрагмального пространства гиперемирована. После тщательной санации сальниковой сумки от пищевых масс

установлен силиконовый дренаж в сальниковую сумку через отверстие Винслоу. Восстановлена непрерывность желудочно-ободочной связки.

Ущемленные органы – селезенка, петля тощей и части поперечно-ободочной кишки – интраоперационно признаны жизнеспособными. При ревизии левой плевральной полости через дефект (15x3,5 см) левого купола диафрагмы: левое легкое коллабировано, в плевральной полости имеются пищевые массы, желчь, которые аспирированы, санированы физиологическим раствором. интраоперационно одновременно выполнен левосторонний торакоцентез в третьем межреберье по среднеаксиллярной линии, установлен дренаж № 20 фр. Дефект диафрагмы ушит П-образными швами, герметичность наложенных швов удовлетворительная. Наложены послойные швы на лапаротомную рану. Асептическая наклейка.

Клинический диагноз: Ущемленная посттравматическая диафрагмальная грыжа слева (ущемление желудка, поперечно-ободочной, тонкой кишки и селезенки), осложненная некрозом и перфорацией желудка, некрозом большого сальника, гидронефротраксом. **Осложнение:** ДН II ст., плевропульмональный шок I-II ст.

Соп.: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ФК II. МКБ. Камни в левой почке.

Название операции: «Лапаротомия. Низведение содержимого грыжевого мешка (желудок вместе с селезенкой и большим сальником, поперечно-ободочная кишка, часть тощей кишки) в брюшную полость. Ушивание дефекта желудка. Резекция большого сальника. Торакоцентез, дренирование левой плевральной полости. Ушивание дефекта диафрагмы, дренирование брюшной полости». Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из брюшной полости удалены на 6-8-е сутки, дренаж из сальниковой сумки удалён на 12-е сутки, швы сняты на 8-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан из отделения на 13-е сутки.

Заключение. Диагностика одновременных ущемлений нескольких полых органов и селезенки при посттравматической диафрагмальной грыже требует применения комплекса инструментальных методов исследования, наиболее эффективным из которых является МСКТ. Описанный клинический случай указывает на то, что локализация посттравматической диафрагмальной грыжи крайне разнообразна, ущемлённые ее формы протекают тяжело, под маской других острых заболеваний брюшной полости и грудной клетки. Для улучшения результатов лечения посттравматической диафрагмальной грыжи необходимо проводить обследование всех пациентов с торакоабдоминальными травмами с целью ранней диагностики данной патологии и оперативной её коррекции в плановом порядке.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛНЫХ С ОЖГОВЫМ СЕПСИСОМ

КАРИМОВА М.З., Элмуродов А.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Тяжелая термическая травма вызывает синдром системного воспалительного ответа (ССВО)на повреждение с возможным развитием сепсиса и тяжелого сепсиса (Т.А. Ушакова с соавт., 2010). По данным ряда авторов, от 23% до 82% умерших в поздние периоды ожоговой болезни погибают от сепсиса и ПОН (И.В.Шлык,2018).

Цель исследования: Определить частоту развития печеночной дисфункции (ПД) и влияние её коррекции на исходы лечения больных с ожоговым сепсисом (ОС).

Материалы и методы. В группу исследования вошли 50 больных в возрасте от 17 до 75 % лет (средний возраст 48.8±2.58 лет) общей площадью ожоговых ран от 30% до 85% поверхности тела, раны ШАБ –IV степени составили от 20% до 70% поверхности тела. В

первую группу вошли 30 пациентов с индексом тяжести травмы Франку (ИФ) с ИФ < 70 ед., во вторую 20 тяжелообожженных с ИФ < 100 ед. Все больные имели клинико-лабораторные признаки ССВО, на фоне которых у обожженных второй группы диагностирован сепсис. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале SOFA.

Кроме стандартных клинико-лабораторных тестов-термометрия, частота сердечных сокращений, клинические и биохимические анализы крови и мочи, микробиологического исследования отделяемого ожоговых ран с определением чувствительности флоры к антибиотикам, проведены по методу PCT-Q BRAHMS измерения уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови на 2,3,5,7,10 сутки после травмы.

На фоне сепсиса у 50 пострадавших на 3-5 день заболевания – концентрация ПКТ 4.8 ± 1.1 mg/ml отмечена у 35 больных, чувствительность 67% , специфичность- 92%, ППЗ-85%,ОПЗ-81%, а у 15 пострадавших с тяжелым течением сепсиса зафиксирован уровень ПКТ 15.6 ± 2.2 mg/ml, чувствительность 33% , специфичность- 98%, ППЗ-83%,ОПЗ-81%. ПД наблюдалось у 110 больных. Они были разделены на две группы: основную – 40 пациентов, которым проведена медикаментозная коррекция гептралом 400 мг/сутки и реамберинем 400 мл/сутки и группу сравнения -10 пациентов, которым коррекция не проводилась. Все больные получали лечение согласно протоколам ведения больных с ОС. У всех наблюдаемых больных выявлена органная дисфункция (SOFA) с ожоговым сепсисом. Из них, респираторная 71.5%,ССС-72.7%,ЦНС-47.8%,почки-44.3%, печень-55.5%,ЖКТ- 43.8%, гемостаз-15.1% больных, осложнения: септический шок - 13.3%,стресс-язвы-у 12.5% больных.

Результаты: Выявлено, что у 55.5% пациентов с ОС развивается ПД. Показатели цитолиза в основной группе снижались к 7.312 ± 1.07 суткам, тогда, как в группе сравнения они оставались высокими даже к концу второй недели. Показатели холестаза в основной группе снижались к 7.85 ± 1.45 суткам, причем наиболее остро реагировала ЩФ, тогда как в группе сравнения эти показатели не только не снижались, но и осле. Синтетическая функция печени проявляется снижением общего белка и триглицеридов. На фоне проводимого лечения в основной группе мы наблюдали постепенное увеличение уровня общего белка и альбуминов, снижение уровня билирубина и ЩФ к $6,75 \pm 2,35$ суткам, снижение АЛТ, АСТ и ЛДГ к $16,38 \pm 1,41$ суткам, рост ТГ происходит с $7,36 \pm 2,55$ суток, тогда как в группе сравнения эти показатели ухудшались. Летальность в основной группе составила 34,3%, в группе сравнения – 76,4%.

Выводы: ПД развивается у 55,5% пациентов с ОС и является независимым фактором неблагоприятного прогноза исхода заболевания у данной категории больных. Для диагностики и мониторинга ПД целесообразно использовать такие показатели, как общий белок и его фракции, ТГ и ЩФ. Предварительные данные показывают, что коррекция ПД гептралом и реамберинем позволяет снизить летальность у данной категории больных с 76,4% до 34,3%.

ВАЖНОСТЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ ПРИ КАРПАЛЬНЫХ И КУБИТАЛЬНЫХ ВИДАХ ТУНЕЛЬНОГО СИНДРОМА

Мухсинов М.М. , Ахророва Ш.Б.

Педиатрический факультет Бухарского государственного медицинского университета

В настоящее время для каждого врача для того чтобы поставить точный диагноз понадобится разные методы диагностики. Диагностические методы точно указывают на состояние пациента и степень болезни , кроме того диагностика помогает разуть те

детали которых не возможно узнать с помощью симптоматики. Одним из новейших методов в сфере диагностики является Электронеуромиография.

Электронеуромиография (ЭНМГ) – современный метод инструментальной диагностики, позволяющий определить сократительную способность мышц и состояние нервной системы. Обследование дает возможность обнаружения не только функциональных и органических патологий нервной системы. Диагностика проводится и в урологической, хирургической, акушерской и офтальмологической практиках. Метод обладает большим количеством показаний. Процедура электронеуромиографии заключается в воздействии низкоинтенсивных электрических импульсов и фиксации ответной реакции специальным оборудованием.

Во время нее оцениваются такие важные показатели функциональности организма пациента, как: проведение нервными волокнами импульсов, способность мышц реагировать на сигналы от нервных окончаний, скорость реакции. В зависимости от подозреваемой патологии и ее симптомов назначается комплексное или локальное исследование. Проводят такую диагностику Электронеуромиография нижних конечностей, ЭНМГ лицевой области, Электронеуромиография верхних конечностей и др. Как правило, обследование проводится неоднократно. Сначала метод задействуют при диагностировании патологии, а затем с его помощью контролируют эффективность терапии.

Этот вид диагностики мы применили для больных с карпальным и кубитальным туннельным синдромом. Среди 17 пациентов, у 9 с помощью ЭНМГ было выявлено аксональное нарушение, а у остальных 8 проявлялась димиелинизация. После проведения хирургической операции, пациенты с димиелинизацией показали более высокий процент восстановления чем у пациентов с аксональным нарушением.

Это исследование показывает важность ЭНМГ для понятия степени болезни и для правильной рекомендации пациентам.

ВАЖНОСТЬ ЭЛЕКТРОНЕУРОМИОГРАФИИ ПРИ КАРПАЛЬНЫХ И КУБИТАЛЬНЫХ ВИДАХ ТУНЕЛЬНОГО СИНДРОМА

Мухсинов М.М., Ахророва Ш.Б.

Педиатрический факультет Бухарского государственного медицинского университета

В настоящее время для каждого врача для того чтобы поставить точный диагноз понадобятся разные методы диагностики. Диагностические методы точно указывают на состояние пациента и степень болезни, кроме того диагностика помогает разубнать те детали которых не возможно узнать с помощью симптоматики. Одним из новейших методов в сфере диагностики является Электронеуромиография.

Электронеуромиография (ЭНМГ) – современный метод инструментальной диагностики, позволяющий определить сократительную способность мышц и состояние нервной системы. Обследование дает возможность обнаружения не только функциональных и органических патологий нервной системы. Диагностика проводится и в урологической, хирургической, акушерской и офтальмологической практиках. Метод обладает большим количеством показаний. Процедура электронеуромиографии заключается в воздействии низкоинтенсивных электрических импульсов и фиксации ответной реакции специальным оборудованием.

Во время нее оцениваются такие важные показатели функциональности организма пациента, как: проведение нервными волокнами импульсов, способность мышц реагировать на сигналы от нервных окончаний, скорость реакции. В зависимости от подозреваемой патологии и ее симптомов назначается комплексное или локальное

исследование. Проводят такую диагностику Электронейромиография нижних конечностей, ЭНМГ лицевой области, Электронейромиография верхних конечностей и др. Как правило, обследование проводится неоднократно. Сначала метод задействуют при диагностировании патологии, а затем с его помощью контролируют эффективность терапии.

Этот вид диагностики мы применили для больных с карпальным и кубитальным туннельным синдромом. Среди 17 пациентов, у 9 с помощью ЭНМГ было выявлено аксональное нарушение, а у остальных 8 проявлялась димиелинизация. После проведения хирургической операции, пациенты с димиелинизацией показали более высокий процент восстановления чем у пациентов с аксональным нарушением.

Это исследование показывает важность ЭНМГ для понятия степени болезни и для правильной рекомендации пациентам.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Набиев О.Р., Насретдинова М.Т., Ахмедова К.С.

Самаркандский государственный медицинский университет, кафедра оториноларингологии №2

Любая функциональная система, независимо от уровня организации и количества компонентов, по сути, имеет одинаковую функциональную структуру, которая является доминирующим фактором в ее стабилизирующей системе. Система баланса человека является одной из таких функциональных систем, и результат ее работы зависит от состояния многих моторных и сенсорных компонентов. Для объективной оценки системы равновесия в последние десятилетия широкое распространение получил метод функциональной компьютерной стабиллометрии.

Целью исследования явилось изучение функции равновесия при острой сенсоневральной тугоухости, а именно: возможность проанализировать степень поражения и способность к восстановлению вестибулярной и слуховой функций в процессе лечения и при переходе острой нейросенсорной тугоухости в хроническую форму.

Материалы и методы исследования Обследовано 50 больных с острой сенсоневральной тугоухостью, которые находились на лечении в клинике Самаркандского Государственного медицинского института в период с 2018-2022 гг. Среди них было 26 женщин и 24 мужчины. Средний возраст обследуемых составил $45,0 \pm 1,55$ лет. Все больные поступили в стационар с жалобами на резкое снижение слуха (43 человека с односторонней и 7 с двусторонней тугоухостью), возникшее от 5 до 30 дней тому назад. 32 человека жаловались также на головокружение и расстройство равновесия. Большинство больных (14) связывали с острой вирусной инфекцией, последствиями перенесенной травмы (7), а также с сосудистыми изменениями, провоцируемыми эмоциональным стрессом (6), гипертоническим кризом (5); в меньшей степени - с обострением общесоматических заболеваний: атеросклерозом (4), шейным остеохондрозом (4) и токсическим воздействием: применение ототоксических лекарственных препаратов (3), избыточный прием алкоголя (2). Обязательным условием при формировании группы контроля являлось отсутствие жалоб на головокружение и нарушение равновесия, травм головы и уха, патологии опорно-двигательного аппарата. Всем больным, помимо традиционных методов исследования (изучение жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов, оценка отоневрологического статуса), проводилось комплексное вестибулометрическое, аудиологическое и стабиллометрическое исследование.

Результаты исследования Ухудшение равновесия было выявлено у 46 (92%) больных. Среднее значение степени снижения показателя функциональной стабильности (ПФС) составило $41,1 \pm 1,98\%$. По данным аудиологического исследования, с учетом возрастной нормы слуха, все больные были разделены на 4 группы: А - снижение слуха до 20 дБ (7 человек); Б - снижение слуха от 20 до 40 дБ (19 человек); В - снижение слуха от 40 до 60 дБ (11 человек); Г - снижение слуха более 60 дБ (13 человек). В группе А при среднем значении снижения слуха на разговорных частотах до $18,7 \pm 2,26$ дБ (костная проводимость) отмечалось снижение ПФС при поступлении в клинику на $27,9 \pm 4,53\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $8,0 \pm 1,51$ дБ, ПФС увеличился на $20,6 \pm 3,02\%$, не достигая значения возрастной нормы всего на 7,3%. В группе Б при среднем значении снижения слуха до $33,4 \pm 1,28$ дБ отмечалось снижение ПФС при поступлении в клинику на $37,2 \pm 2,24\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $12,3 \pm 0,64$ дБ, ПФС увеличился на $27,0 \pm 1,92\%$, не достигая значения возрастной нормы на 10,2%. В группе В при среднем значении снижения слуха до $52,4 \pm 2,00$ дБ отмечалось снижение ПФС при поступлении на $38,4 \pm 3,50\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $9,3 \pm 1,40$ дБ, ПФС увеличился на $25,0 \pm 12,0\%$, не достигая значения возрастной нормы на 13,4%. В группе Г при среднем значении снижения слуха до $71,4 \pm 1,74$ дБ отмечалось снижение ПФС при поступлении в клинику на $43,7 \pm 2,61\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $15,1 \pm 1,31$ дБ, ПФС увеличился на $17,1 \pm 1,94\%$, что на 26,6% меньше среднего показателя возрастной нормы.

Выводы Данный метод может применяться в качестве скринингового при обследовании больных с жалобами на расстройство слуха и равновесия. Для функции равновесия, так же, как и для функции слуха в прогностическом плане неблагоприятным признаком является выраженное угнетение лабиринта и центральный тип протекания экспериментальных вестибулярных реакций; функция равновесия у больных с острой сенсоневральной тугоухостью в процессе лечения имеет тенденцию восстанавливаться гораздо эффективнее, чем функция слуха, и в более ранние сроки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПОТЕКА - ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ У ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Наврўза Махамеди кизи ХУМРАЕВА

Студентка 209 группы лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: асс. Умедов Х.А.

Актуальность: Печеночная энцефалопатия (ПЭ) представляет собой комплекс потенциально обратимых нервно-психических нарушений возникающих как следствие острой или хронической печеночной недостаточности и/или портосистемного шунтирования крови (Э.И. Мусабаев с соавт., 2012). Энцефалопатия при ожоговой болезни встречаемой 30-45% случаев постшоковом периоде (А.А. Алексеев с соавт., 2014).

Цель работы: Изучить влияние нарушение функции печени у обожженных на возникновение печеночной энцефалопатии.

Материалы и методы: Нами обследовано 50 больных с термическими поражениями в возрасте от 20 до 60 лет, с площадью глубокого ожога от 20% до 45% поверхности тела с клинической картиной ПЭ. Больные были разделены на 2 группы по 25 пострадавших. Оценивались эффективность общепринятой традиционной терапии (1 группа) и дополнительно получавших препарат Гепотек концентрат в дозе 10,0 мл в

зависимости от степени выраженности ПЭ в течение 10 дней (2 группа). Группы больных были идентичные по возрасту и полу, площадью глубокого ожога.

У всех больных мы изучали уровень билирубина, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, мочевины, аммиака, протромбиновый индекс и время. Все исследования проводились в стадии острой ожоговой токсемии и септикотоксемии.

Результаты: Анализ полученных результатов показал, что нарушение функции печени в основном возникали (45,5%) в стадии токсемии и септикотоксемии. Нарушение функции ЦНС у 87,9% пострадавших выражались в виде сонливости, вялости, снижения аппетита, астенизации и безучастности. У 75,8% больных нарушения функции ЦНС проявлялись психомоторным возбуждением, бредом, галлюцинациями, астериксис (“хлопающий тремор”), клонус стоп, нарушение тест связи числ (тест Рейтана) и др. Явления токсического гепатита наблюдались у 27 (54%) обследованных. Они проявлялись увеличением печени, проявлением желтушности, рвотой, снижением показателя протромбинового индекса, гипербилирубинемией, и повышением уровня АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, мочевины и аммиака.

Такие признаки токсической энцефалопатии, как бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение под воздействием традиционной терапии ликвидировались. Остальные признаки нарушения функции ЦНС вялость, астенизация, сонливость, раздражительность, астериксис (клонус стоп), наблюдались в контрольной группе у 75,6% обследованных, а в группе с применением Гепотек (L-орнитин L-аспартат) токсический гепатит протекал компенсированно, печеночная недостаточность была выражена незначительно.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения препарата Гепотек в лечение больных с глубокими обширными ожогами с осложненной печеночной энцефалопатией. При назначении препарата Гепотек мы не наблюдали побочных или нежелательных эффектов, что свидетельствует о безопасности этого препарата.

Выводы: Включение в комплексную терапию Гепотек у больных с обширными глубокими ожогами способствует более компенсированному течению токсического гепатита. Снижается тяжесть печеночной недостаточности, степень функциональных нарушений, что выражается в улучшении клинико-биохимических показателей.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Нарзуллаев Н.У., Шомуродов Х.Ш., Умарова М.Н.
Бухарский Государственный медицинский институт

Цель исследования – выявить особенности изменений иммунного статуса у больных с ишемическим инсультом в остром периоде с учетом гендерных различий. В исследовании приняли участие 160 обследованных, из них относительно здоровых (не предъявляли жалоб, не состояли на диспансерном учете и не имели установленных диагнозов) – 100 человек (50 мужчин и 50 женщин). У 60 человек (30 мужчин и 30 женщин) в момент поступления был диагностирован ишемический инсульт, и было проведено исследование иммунного статуса. При изучении иммунного статуса у больных определялись следующие показатели: субпопуляции Т- и В-лимфоцитов: количество в периферической крови лимфоцитов, несущих медиаторы CD3⁺ (зрелые Т-лимфоциты); CD4⁺ (Т-хелперы); CD8⁺ (цитотоксические Т-клетки); CD16⁺ (натуральные киллеры); CD20⁺ (В-клетки), а также соотношение CD4⁺/CD8⁺. Общее содержание IgG, IgM, IgA – по методу простой радиальной иммунодиффузии по Mancini и соавт., а

также IgE, определяемый методом ИФА. Содержание С3, С4 компонентов комплемента, TNF α , IL-10, IL-2, IL-6, IL-8, интерферона- γ (IFN- γ), IL-4, IL-10.

В результате проведенных исследований установлено: независимо от пола, в остром периоде ишемического инсульта отмечается статистически достоверное увеличение общего количества лейкоцитов в периферической крови, палочкоядерных нейтрофилов и лимфоцитов по сравнению со здоровыми людьми из группы сравнения. При этом существенных изменений у мужчин и женщин выявлено не было. Увеличение данных показателей может быть связано с воспалительной реакцией организма. Исследование показателей гуморального звена иммунитета, активности показателей системы комплемента, содержания цитокинов у больных с ишемическим инсультом в острый период с учетом гендерных признаков по сравнению с относительно здоровыми показало, что у больных с ишемическим инсультом в острый период заболевания происходит увеличение содержания провоспалительных IL-10, IL-6, IL-8, IL-2, одновременно с этим отмечается уменьшение противовоспалительных IL-10, IL-4 и TNF- α , IFN- γ . Кроме того, в обеих группах отмечается статистически достоверное увеличение IgG, IgM, IgE, общего количества комплемента, его С3 и С4 фракций, С1-ингибитора, ЦИК, фактора Н, ФИ, ФЧ, НСТ-сп., НСТ-ст. Из этого можно сделать заключение, что у больных с ишемическим инсультом имеются признаки выраженного воспаления. Так же как и в клеточном звене, в исследуемых показателях имеются различия по гендерным признакам, в группе мужчин выявлено статистически достоверное увеличение всех исследуемых показателей по сравнению с женщинами.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Насретдинов З.Т., Эшбадалов Х.Ю., О.С.Файзиходжаев
Андижанский государственный медицинский институт

Острые гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются одной из актуальных проблем современной стоматологии. Под нашим наблюдением находилось 57 детей с острыми и хроническими одонтогенными остеомиелитами челюстно-лицевой области в клинике многопрофильного детского центра отделения хирургической стоматологии АГМИ

По возрасту дети распределялись следующим образом:

до 5 летнего возраста - 14 детей, от 6 до 10 летнего возраста - 21, от 11 до 18 летнего возраста - 22. Из них было обследовано 29 мальчиков и 28 девочек.

С острым одонтогенным остеомиелитом челюстей было обследовано 22, с хроническим - 15 детей, с заболеваниями других органов и тканей лица было 20 детей.

У детей с одонтогенными воспалительными процессами нами проведены исследования белковых фракций плазмы крови.

Обычно течение острых одонтогенных воспалительных заболеваний у детей сопровождается высокой температурой тела, с резко выраженным отеком и припухлостью тканей. В тяжелых случаях иногда отмечается рвота и понос. Возбуждение сменяется апатией.

Осложнения одонтогенных воспалительных процессов детского возраста довольно разнообразны, некоторые из них угрожают жизни больного.

Хронические воспалительные процессы поражают растущие костные ткани и часто вызывают различные деформации лица и недоразвития челюстей. Важную роль в

правильном развитии челюстей имеют зачатки молочных и постоянных зубов. Поэтому необходимо во время операции чрезвычайно бережно относиться к ним.

В борьбе организма с микробами имеют важное значение глобулины, причем в этом существенную роль играют нуклеиновые кислоты, содержащиеся в ядрах клеток, вырабатывающих гамма-глобулины и определяющих структуры их молекул.

Установлено, что при воспалительных процессах уменьшается альбуминовая и значительно увеличивается глобулиновая фракция белков плазмы крови. Такие изменения являются одним из самых ранних признаков гнойной инфекции, когда еще очень слабо выражены клинические симптомы воспаления. Этот признак приобретает особое значение, ибо диагностика воспалительного процесса челюстно-лицевой области в детском возрасте бывает затруднена в связи со стертостью, неясностью общеизвестных клинических признаков гнойного процесса. Чем обширнее гнойный процесс и тяжелее интоксикация, тем более выражено снижение альбуминов и увеличение количества глобулинов в плазме крови.

Лечебные мероприятия при одонтогенных воспалительных процессах у детей зависят от стадии заболевания.

При острой стадии основное внимание должно быть уделено повышению сопротивляемости организма ребенка, устранению интоксикации путем ограничения гнойных очагов и непосредственному воздействию на возбудителя болезни.

Рекомендуются ранние разрезы в полости рта до появления флюктуации. Наружные разрезы следует проводить по строгим показаниям.

В хронической стадии заболевания лечебные мероприятия должны предусматривать повышение регенеративных свойств организма и удаление некротических тканей, поддерживающих воспалительный процесс и интоксикацию продуктами распада белка.

Операция проводится с учетом топографо-анатомических особенностей данной области в детском возрасте с минимальной травмой. Следует учесть, что при воспалительном процессе костной ткани образование секвестров у детей происходит ранее, чем у взрослых.

Своевременная диагностика одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей, правильное и своевременно проведенное эффективное лечение, как правило, приводят к более быстрому выздоровлению и предупреждают тяжелые последствия этих процессов.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

**Насретдинов З.Т., Файзиходжаев О.С., Х.Ю.Эшбадалов.
Андижанский государственный медицинский институт**

Направления развития практической физиотерапии и физиотерапевтической службы в особенности определяются, прежде всего, общими тенденциями медицины и перспективными задачами здравоохранения. Проблема повышения качества медицинской помощи является важнейшей научно-практической задачей, решение которой невозможно без активного научного поиска новых путей обеспечения эффективности функционирования служб учреждений здравоохранения. При этом вопросы обеспечения качества медицинского обслуживания представляют многогранную и сложную проблему.

Обращаемости стоматологических больных за период 2016-2018гг. За данный период времени обратилось 1755 больных с стоматологическими нозологиями, которым

было произведено 2406 физиотерапевтических процедур (электроодонтодиагностика, электрофорез).

Из физических методов исследования наиболее широкое распространение получила электроодонтодиагностика.

Электроодонтодиагностика была проведена 420 больным (из них с кариесом - 138 больных, с пульпитами - 148, с периодонтитами - 95, с остеомиелитом - 3, с переломами челюстей - 2, с переломами корней зубов - 25, с кистами челюстей - 9).

У 107 больных с различными формами хронических периодонтитов в зубах с непроходимыми корневыми каналами физиолечения включало электрофорез корневых каналов 5%-ной настойкой йода. Электрофорез корневых каналов 10%-ной настойкой йода с целью некротизации пульпы в непроходимых корневых каналах - у 416 больных (426 зубов) с различными формами пульпитов.

При острых воспалительных процессах челюстно-лицевой области применяли УВЧ-терапию: при острых периодонтитах у 236 больных (451 процедура), после апикальной терапии у 146 больных (331-процедура), при альвеолитах у 52 больных (135 процедур), гнойных формах пародонтита у 45 больных (148 процедуры), артритов у 18 больных (49 процедур) и т. д.

Как обезболивающее средство успешно применяли дарсонвализацию: при остром периодонтите у 75 больных (143 процедуры), после апикальной терапии у 204 больных (326 процедуры), при различных формах пародонтита у 87 больных (232 процедуры) и т. д.

При хронических воспалительных процессах (хронические артриты височно-челюстного сустава, остаточные явления острых воспалительных процессов, луночковые невриты, сиалоденит, сиалодохит) и невралгии тройничного нерва применяли стабильную гальванизацию.

Стабильную гальванизацию в сочетании с дарсонвализацией проводили 21 больным с невралгией тройничного нерва получили положительный эффект за короткий промежуток времени и достигли снижения болевых ощущений.

Наш опыт показывает, что физические методы диагностики и лечения являются неотъемлемой составной частью в комплексном лечении стоматологических больных и поэтому должны широко внедряться в практическую стоматологию.

ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ

**Насретдинов З.Т., Х.Ю. Эшбадалов., Ж.И. Исмоилов.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Синуситы одонтогенного происхождения занимают значительное место среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а пациенты с одонтогенным верхнечелюстным синуситом составляют около 25,8 % среди больных челюстно-лицевой стационаров, а среди стоматологических и оториноларингологических учреждений - от 3 до 10 %.

В некоторых случаях истончение кости в области дна гайморовой пазухи происходит вследствие хронического воспалительного процесса, возникающего в периодонте этих зубов, что влечет за собой инфицирование ее и развитие одонтогенного гайморита. Таким образом при операции удаления 7651567 зубов, реже 818 зубов возникает опасность перфорации дна гайморовой пазухи, особенно у лиц с пневматическим типом строения пазухи, а также в случаях истончения дна пазухи под влиянием деструктивного процесса в самой пазухе или в периапикальных тканях 7651567 зубов. Иногда в зависимости от указанных причин слизистая оболочка дна пазухи может

повреждаться при эргономичном продвижении зубоорудия вверх, при грубых манипуляциях хирургической ложкой во время кюретажа лунки. Поэтому врачу следует знать симптомы вскрытия гайморовой пазухи и тактику ведения такого больного.

Наши наблюдения касаются 42 больных с перфорацией нижней стенки гайморовой пазухи, возникшей во время операции удаления зуба. Больные находились на стационарном лечении в областного многопрофильного больницы г. Андижана 2018-2021 гг. и поступали из различных стоматологических кабинетов г. Андижана и Андижанской области. Признаками вскрытия пазухи во время операции удаление зубов могут быть: внезапное сильное кровотечение из соответствующей половины носа- этот признак нами отмечен у 2 больных, продолжительное кровотечение из лунки удаленного зуба- этот признак нами отмечен у 6 больных. (В связи с тем, что из 66 больных только у 8 наблюдались эти признаки, то кровотечение как симптом вскрытия пазухи не следует считать постоянным. Наряду с этим, как правило, при вскрытии пазухи постоянным симптомом является появление пузырьков воздуха из лунки удаленного зуба. При наличии сообщения полости рта с полостью носа отмечался больными ряд функциональных расстройств: гнусавая речь, попадание пищи из полости рта в нос- это самое неприятное ощущение, у мужчин – невозможность курить ватяжку. Чтобы ликвидировать эти недостатки, больные закрывают дефекты альвеолярных отростков ватными тампонами, что способствует инфицированию гайморовой пазухи и приводит к развитию гайморита. Из 66 больных с перфорацией гайморовой пазухи из 49 выявлены симптомы воспаления слизистой оболочки пазухи: острое – 10, хроническое-36, обострение хронического – 3.

При наличии такого осложнения, как вскрытие гайморовой пазухи во время операции после удаления зуба, лечебные мероприятия должны быть направлены, с одной стороны, на ликвидацию воспалительного процесса в пазухе и альвеолярном отростке, с другой стороны, на разобщение полости рта с пазухой. Для снятия воспалительных явлений в пазухе перед операцией проводилась консервативное лечение: промывание через дефект антисептиками с последующим введением антибиотиков, физиопроцедуры (УВЧ, соллюкс, парафиновые аппликации) на область верхней челюсти, антибиотики вводились внутримышечно. После ликвидации явлений раздражение слизистой пазухи лечение заканчивалось пластическим закрытием дефекта.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.

**Насретдинов З.Т., Файзиходжаев О.С., Ж.И. Исмоилов.,
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность: Среди различных видов воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенный гайморит занимает одно из важных мест.

Несмотря на то, что клиническая картина данной патологии очень схожа с течением риногенного гайморита, причины и тактика его лечения отличаются. Термин «одонтогенный» изначально обозначает «связанный с зубом». Классическим примером такой связи может быть апикальный периодонтит моляра, реже премоляра верхней челюсти. Довольно часто перфорация нижней стенки гайморовой пазухи и формирование стойкого соустья в полости рта приводят к инфицированию пазухи и развитию гайморита.

В некоторых случаях истончение кости в области дна гайморовой пазухи происходит вследствие хронического воспалительного процесса, возникающего в периодонте этих зубов, что влечет за собой инфицирование ее и развитие одонтогенного гайморита. Таким образом при операции удаления 7651567 зубов, реже 818 зубов возникает опасность перфорации дна гайморовой пазухи, особенно у лиц с

пневматическим типом строения пазухи, а также в случаях истончения дна пазухи под влиянием деструктивного процесса в самой пазухе или в периапикальных тканях 765!567 зубов. Иногда зависимости от указанных причин слизистая оболочка дна пазухи может повреждаться при эргономичном продвижении зубоорудия вверх, при грубых манипуляциях хирургической ложкой во время кюретажа лунки. Поэтому врачу следует знать симптомы вскрытия гайморовой пазухи и тактику ведения такого больного.

С целью предупреждения этого осложнения операцию удаления зуба необходимо проводить мягче, менее травматично, соблюдать осторожность при работе элеватором и, если необходимо удалить глубоко расположенную верхушку корня, то лучше вначале произвести операцию альвеолоэктомию.

Материал методы исследования: Наши наблюдения касаются 42 больных с перфорацией нижней стенки гайморовой пазухи, возникшей во время операции удаления зуба. Больные находились на стационарном лечении в областного многопрофильного больницы г. Андижана 2018-2021 гг. и поступали из различных стоматологических кабинетов г. Андижана и Андижанской области. Признаками вскрытия пазухи во время операции удаление зубов могут быть: внезапное сильное кровотечение из соответствующей половины носа- этот признак нами отмечен у 2 больных, продолжительное кровотечение из лунки удаленного зуба- этот признак нами отмечен у 6 больных. (В связи с тем, что из 66 больных только у 8 наблюдались эти признаки, то кровотечение как симптом вскрытия пазухи не следует считать постоянным. Наряду с этим, как правило, при вскрытии пазухи постоянным симптомом является появление пузырьков воздуха из лунки удаленного зуба. При наличии сообщения полости рта с полостью носа отмечался больными ряд функциональных расстройств: гнусавая речь, попадание пищи из полости рта в нос- это самое неприятное ощущение, у мужчин – невозможность курить ватяжку. Чтобы ликвидировать эти недостатки, больные закрывают дефекты альвеолярных отростков ватными тампонами, что способствует инфицированию гайморовой пазухи и приводит к развитию гайморита. Из 66 больных с перфорацией гайморовой пазухи из 49 выявлены симптомы воспаления слизистой оболочки пазухи: острое – 10, хроническое-36, обострение хронического – 3.

При наличии такого осложнения, как вскрытие гайморовой пазухи во время операции после удаления зуба, лечебные мероприятия должны быть направлены, с одной стороны, на ликвидацию воспалительного процесса в пазухе и альвеолярном отростке, с другой стороны, на разобщение полости рта с пазухой. Для снятия воспалительных явлений в пазухе перед операцией проводилась консервативное лечение: промывание через дефект антисептиками с последующим введением антибиотиков, физиопроцедуры (УВЧ, соллюкс, парафиновые аппликации) на область верхней челюсти, антибиотики вводились внутримышечно. После ликвидации явлений раздражение слизистой пазухи лечение заканчивалось пластическим закрытием дефекта.

Выводы: 1. Перфорация стенки гайморовой пазухи, возникшая при операции удаления зуба, в основном зависит от погрешности в оперативной техники. Факторами, способствующими возникновению этого осложнения, являются особенности анатомо-топографического строения верхней челюсти и близость верхушек корней к дну пазухи.

2. При возникновении перфорации дна пазухи и при отсутствии в ней воспалительного процесса необходимо стремиться к сохранению кровяного сгустка в лунке удаленного зуба, который разобщит полость рта с пазухой.

3. При проталкивании корня зуба в пазуху с целью предотвращения гайморита следует проводить раннюю ревизию пазухи с удалением инородного тела.

4. В случаях, когда при дефектах в альвеолярном отростке наблюдаются острые воспалительные явления в пазухе, рекомендуется противовоспалительное лечение и после ликвидации симптомов воспаления – пластическое закрытие дефекта.

5. При развитии хронического гайморита рекомендуется щадящая гайморотомия с одновременным пластическим закрытием дефекта в альвеолярном отростке.

СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ РАВНОВЕСИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ

Насретдинова М.Т., Раупова К.М., Ахроров П.А
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
кафедра оториноларингологии №2

Ежегодно в Узбекистане рождается 700 тысяч детей с двусторонней глухотой. Несмотря на существующие программы адаптации лиц с глухотой и высокой степенью снижения слуха, проблема остается актуальной и на сегодняшний день. Надеемся, что наша работа внесет вклад в разработку программ социальной и медицинской реабилитации, адаптации лиц с нарушением функции слуха.

Цель исследования: оценка стабилOMETрических показателей органов равновесия у лиц с нарушением слуховой функции.

Материалы и методы: Для оценки системы равновесия кроме стандартного отоневрологического исследования, анкетирования пациентов применялась методика стабилОграфии. Исследование проводилось с помощью стабилОплатформы «стабилОтренажер» модификации ST –150 включающего стабилOMETрическую платформу и компьютерный комплекс для регистрации колебаний общего центра давления (ОЦД) человека.

Результаты исследования: Проводилось попарно сравнение испытуемых четырех групп. Статистически значимые различия ($p < 0,02$) получены при сравнении показателей КР (Коэффициента Ромберга), выполненных при стоянии с открытыми глазами и при повороте головы налево при сравнении лиц I и II групп. При сравнении лиц I и III групп статистически значимое различие КР получено в положении стоя с открытыми глазами прямо и при повороте головы налево ($p < 0,03$). В пробе в свободной стойке с наклоном головы налево, медианы (16,4 и 45,95) параметра R также статистически значимо отличается у здоровых и глухих. Не выявлено статистически значимых различий в позе свободной стойки с открытыми и закрытыми глазами между здоровыми, слабослышащими, глухими лицами и вокалистов. При исследовании стабилОграфических параметров: среднее положение центра давления (ЦД), девиация ЦД, площадь статОкинезиОграммы, КР. Среди испытуемых 1-ой группы и у лиц с арефлексией лабиринтов также не выявлено статистически значимых отличий по сравнению с лицами первой и третьей и четвертой групп.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о высоких компенсаторных способностях центральной нервной системы и проприОцептивной системы у лиц с угнетением или выключением лабиринта, что требует дополнительного исследования.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Насретдинова М.Т., Абдиев Э.М., Рузибоев Ш.Ш.
Самаркандский государственный медицинский университет
кафедра оториноларингологии №2

В рамках аудиологического скрининга наблюдение недоношенных младенцев осуществляется вплоть до достижения ими возраста 6 месяцев фактической жизни. К 12

месяцам слуховая функция недоношенного ребенка, как правило, стабилизируется, и ее характеристики соответствуют либо возрастной норме, либо определенной форме и степени тугоухости. Однако известно, что патологические изменения со стороны слуховой системы у детей, имеющих факторы риска по тугоухости при рождении, могут манифестировать и в более позднем возрасте.

Цель исследования: Провести исследование слуховой функции недоношенных детей методом аудиологического скрининга.

Материалы исследования: Под наблюдением находились 136 недоношенных детей. Всем детям было проведено расширенное аудиологическое обследование в установленные сроки на первом году жизни, а затем — каждые 6 месяцев до достижения ими возраста 36 месяцев.

К возрасту 12 месяцев фактической жизни нормальную слуховую функцию имели 119 наблюдаемых, различные формы сенсоневральной и смешанной тугоухости — 17 детей.

Результаты исследования: В процессе наблюдения детей в период раннего детства трансформация аудиологических данных, полученных к концу первого года фактической жизни, была зафиксирована у 9 пациентов (все — из группы глубоконедоношенных детей с гестационным возрастом при рождении 28 недель и менее). У 2 детей, которые первоначально расценивались как больные со слуховой нейропатией (СН), к возрасту 18 и 25 месяцев слуховая функция полностью нормализовалась. У 2 пациентов, у которых на первом году жизни диагностировалась сенсоневральная тугоухость (СНТ) IV степени в возрасте 13 и 18 месяцев была верифицирована СН. У одного пациента с диагностированной в десятимесячном возрасте и подтвержденной на втором году жизни односторонней СН к 30 месяцам сформировалась двусторонняя СНТ I–II степени. У одного ребенка с односторонней слуховой нейропатией СНТ I–II степени, диагностированная с противоположной стороны в возрасте 7 месяцев, к 14 месяцам жизни трансформировалась в СН. У 3 пациентов, имеющих нормальную слуховую функцию к концу первого года жизни, в возрасте 24, 28 и 36 месяцев была диагностирована СНТ I–II и II степени, потребовавшая проведения слухопротезирования. При этом в последних 3 случаях слуховой дефект явился случайной находкой.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что формирование слуховой системы в период раннего детства у детей, родившихся недоношенными, может сопровождаться как процессами созревания, так и альтерации в различных ее звеньях. Это диктует необходимость дальнейших исследований в данном направлении, а также целесообразность проведения повторных аудиологических обследований, по крайней мере до 3-летнего возраста, у детей, родившихся недоношенными, особенно со сроками гестации 28 недель и менее.

ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ ДИСБИОЗА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ У ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Насретдинова М.Т., Хайитов А.А., Мамашарипова М.У.
Самаркандский государственный медицинский университет

Проблема выбора своевременной диагностики и адекватного лечения хронических кистозных гайморитов остается актуальной в современной оториноларингологии. Своевременное диагностирование и лечение кистозных процессов околоносовых синусов носа является одной из приоритетных задач оториноларингологии, вследствие роста заболеваемости данной патологией. Основным фактором в патогенезе развития синуситов особенное значение придается не только анатомической особенности строения носовой полости, но и бактериальному фактору, которая иногда представлена разными видами микроорганизмов.

Целью исследования явилось изучение спектра микробного пейзажа верхнечелюстных пазух у больных с хроническим кистозным гайморитом.

Материалы и методы исследования Обследовано 75 человек с диагнозом хронический кистозный гайморит, которым проведено микробиологическое исследование операционного материала из верхнечелюстного синуса. У всех пациентов, кроме общеклинического было проведено микробиологическое исследование операционного материала из верхнечелюстной пазухи. За 24 часа до операции пациенты прекращали прием антибиотиков. Предметом микробиологического исследования послужил материал слизистой оболочки гайморовой пазухи во время операционного вмешательства. Забор материала для микробиологического исследования, проводили со стенок верхнечелюстной пазухи стерильными турундами стандартных пробирок для посева. Для получения информации о количественном содержании микроорганизмов в отобранном материале использовали метод посева. Для выделения анаэробов – кровяной агар, для аэробов среда Эндо, Чистовича. Культивирование проводили в термостате при 37 С в аэробных и анаэробных условиях с подсчетом колоний. Идентификацию выделенных культур проводили с использованием бактериологического анализатора. Для культивации стафилококков использовался желточно-солевой агар, с последующим изучением культуральных, морфологических свойств, лецитиназной и плазмокоагуляционной активности.

Результаты исследования При бактериологическом обследовании у 75 больных с диагнозом хронический кистозный верхнечелюстной синусит рост микрофлоры выявлен у 69 (92%), из них в 7 случаях (9,3%) – дрожжеподобные грибы рода *Candida*, стерильные посева только у 3 (4%) больных. Наиболее частыми возбудителями явились: *Peptococcus* (22,5%), *Bacteroides* (13,75%), *Peptostreptococcus* (11,25%). Анаэробов было высеяно на 12,5% больше, чем аэробов. Аэробные микроорганизмы преобладали над анаэробными у пациентов с хроническим кистозным гайморитом на 25% грамположительные кокки рода *Staphylococcus*, обнаруживались в 4,6% случаях.

Выводы При кистозном поражении гайморовых пазух результат нашего исследования говорит о свидетельстве взаимосвязи уровней изменения нормального микробного пейзажа верхнечелюстных пазух. Определение значения уровня дисбиоза верхнечелюстных пазух, в качестве тест–контроля, рекомендован для оценки тяжести течения патологического процесса .

РЕГИОНАРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Насретдинова М.Т., Хатамов Ж.А., Абдурашидов Х.К.
Самаркандский государственный медицинский университет
кафедра оториноларингологии №2

Острый и хронический риносинусит (РС) – наиболее распространенное заболевание как в стационарной, так и в амбулаторной практике, с одинаковой частотой встречается во всех возрастных категориях. В последнее время в связи с появлением большого количества различных антибактериальных препаратов и многообразием их формы выпуска перед практикующим врачом встает сложная задача оптимального выбора препарата и метода ее введения.

Цель работы: повышение эффективности лечения больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух посредством применения эндоназальной внутрикожной антибиотикотерапии.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 20 больных с острым и 20 с обострением хронического РС; 20 больных находилось на стационарном лечении, 20 на амбулаторном, среди обследованных было 18 мужчин, 22 женщин от 19 до 50 лет. Всем больным был проведен стандартный осмотр ЛОР – органов,

бактериологическое исследование патологического отделяемого из околоносовых пазух и полости носа. Основная группа получала антибактериальный препарат (цифамед) методом эндоназального внутрикожного введения в сочетании синус – эвакуацией, а также ежедневным анимизацией слизистой полости носа, физиотерапевтическими процедурами и пероральным применением антигистаминных препаратов. Контрольная группа получила стандартную схему лечения; парентеральное применение антибактериального препарата (цефамед в дозировке 1 г 1 раз в сутки) в сочетании с пункциями.

Результаты исследование: показала что у 94% больных основной группы, только 70% больных контрольной группы оценили эффект от лечения как положительный. Удовлетворительный эффект от лечения отметили 6% больных основной группы и 30% больных контрольной группы.

Вывод Сравнительный анализ показал безопасность и эффективность регионарной антибиотикотерапии, а также преимущество перед парентеральным и местным использованием антибактериальных препаратов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НУБАИНА У ДЕТЕЙ.

Низомов И.У., Сатвалдиева Э.А., Маматкулов И.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Метаболический ответ на хирургический стресс характеризуется увеличением выделения катаболических активных гормонов (кортизол, глюкагон, катехоламинов), в то время как выработка анаболических активных гормонов (инсулин, тестостерон, гормон роста) резко уменьшается. Это приводит к резкому усилению метаболических процессов, которые реализуются за счет богатых энергией субстратов (глюкоза, жир, аминокислоты) из периферических запасников (мышцы, жировые клетки, печень). Соответственно происходят изменения в иммунной системе, что в основном проявляется в снижении ее компонентов

Цель исследования Выявить изменения состояния гормонально-гуморального регулирования, КОС и сатурации кислорода при проведении комбинированной анестезии с применением нубаина у детей.

Материалы и методы: В основу работы положены результаты исследований у 106 детей в возрасте от 3 мес. до 14 лет, оперированных в клинике ТашПМИ в период с 2020-2023 гг. Для обеспечения анестезиологической защиты была использована комбинированная анестезия с применением нубаина. Для проведения сравнительной оценки адекватности течения изучаемых нами методик общего обезболивания все больные были разделены на две группы: I группа- с применением нубаина и пропофола (64 больных), II группа – с применением нубаина с седуксеном (42 больных). Исследования больных проводились на следующих этапах: перед операцией (исход), после премедикации, после введения нубаина (через 5 минут), после интубации трахеи, кожный разрез, наиболее травматичный момент операции, период пробуждения. Исследования больных проводились на следующих этапах: перед операцией (исход), после премедикации, после введения нубаина (через 5 минут), после интубации трахеи, кожный разрез, наиболее травматичный момент операции, период пробуждения. Определение активности кортизола проводилось иммуноферментным методом. Глюкозооксидазный метод определения глюкозы в крови по В.К. Городецкому.

Результаты и обсуждения: На этапе вводного периода, на фоне премедикационного сна содержание в крови кортизола характеризовалось тенденцией к повышению по сравнению с исходным значением на 5,44%. В периоде поддержания

анестезии, в наиболее травматичные этапы операции концентрация изучаемого гормона становился меньше - 2,20%, чем на вводном периоде, а по сравнению с их исходным значением отмечалось повышение на 3,13%. Конец операции сопровождался достоверным снижением концентрации кортизола на 3,82%. При сравнении с исходным их значением концентрация кортизола снижалась всего на 0,81%, т.е. показатели оказались в пределах нормы.

Выводы. На основных этапах общей анестезии нубаином в сочетании как с пропофолом, так с седуксеном у детей наблюдалось снижение концентрации в крови стресс-гормона кортизола (изменения в пределах нормы), что свидетельствует об обеспечении адекватной защиты детского организма от операционной травмы без признаков активации гормонального регулирования.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Акбаров Ф.С.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. По данным ВОЗ отмечается рост заболеваний, связанных с патологией пищевода, а в частности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. ГЭРБ неизменно является наиболее часто диагностируемым заболеванием желудочно-кишечного тракта в США (Richter JE, 2018; Gong EJ, 2022) и возникает в результате некомпетентного сопротивления ретроградному движению желудочного содержимого в пищевод. ГЭРБ является наиболее распространенным желудочно-кишечным заболеванием; его распространенность составляет от 10% до 20% в западных странах, но несколько ниже в Азии (Dent J, 2005; Lee ES, 2009).

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материалы и методы. Изучение клинических особенностей ГЭРБ при различных патологиях ЖКТ (669 больных). Определение эффективности традиционного медикаментозного лечения РЭ и частоты рефрактерных эзофагитов (90 пациентов – группа контроля). 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. Лазерное воздействие аппаратом СИХАТ-1 рекомендуется проводить в комплексе с другими методами лечения ГЭРБ, при этом следует учитывать следующие особенности. При облучении с/3 пищевода - больной находится в положении лежа на животе. Головка излучателя прикладывается по паравертебральной линии в межреберном промежутке с проекцией на переднюю поверхность позвоночника. Прикладывается усилие на головку излучателя с силой 20Кпа. Мощность лазерного излучателя до 7 Вт в импульсе, суммарная мощность в импульсе 21Вт. Частота 80Гц. Длительность облучения на 1 зону 2 мин. При облучении нескольких зон суммарное время не более 10мин. Курс лечения 3-10 сеансов при ежедневном облучении в одно и то же время. При облучении абдоминального отдела пищевода и кардии головка излучателя прикладывается в область эпигастрия под мечевидным отростком с проекцией в сторону пищеводного отверстия диафрагмы. Прикладывается усилие в 40Кпа. Мощность лазерного излучателя до 7 Вт в импульсе, суммарная мощность в импульсе 21Вт. Частота 80 Гц. Длительность облучения на 1 зону 4 мин. Курс

лечения 3-10 сеансов при ежедневном облучении в одно и то же время. Лазерное лечение может проводиться как подготовительный этап перед операцией при сочетании патологии органов верхнего отдела ЖКТ, требующей оперативного лечения с рефлюкс-эзофагитом, а также в раннем послеоперационном периоде для снижения риска развития локальных функционально-органических осложнений.

Выводы. Благодаря применению в основной группе нового метода лечения удалось добиться купирования проявлений РЭ при подготовке больных к оперативному лечению ЯБДПК (табл. 5.11). Так, в группе контроля до 2 недель симптомы купировались лишь у 4 (28,6%) пациентов, тогда как в основной группе в 2,46 раз больше ($\chi^2=7,11$; Df=2; $p<0,029$) - у 12 (70,6%). Если в основной группе за 4 недели у всех больных отмечался регресс симптомов, то в группе контроля даже по истечению месяца у 3 (21,4%) человек симптомы сохранялись.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Махамадаминов А.Г., Джураева З.А.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
ЦРПКМР МЗ РУз

Актуальность. Несмотря на современные достижения диагностических технологий, развитие хирургической техники, анестезиологии и интенсивной терапии, фармакологии, до настоящего времени окончательного решения проблемы диагностики и лечения закрытых повреждений полых органов при травмах живота не существует. Между тем, распространенность повреждений полых органов в структуре закрытых травм живота (ЗТЖ) достигает от 16,3 % до 43% с летальностью от 5,0 до 20,4% - при изолированных, от 62,6 до 75,0% - сочетанных травмах.

В связи с этим **целью** данного исследования явилось анализ результатов хирургического лечения закрытых повреждений полых органов при травмах живота.

Материал и методы. В работе анализу подвергнуты результаты лечения 127 больных с закрытыми повреждениями полых органов при травмах живота находившихся в отделениях экстренной хирургии клиник СамГМУ с 2015 по 2023 года. Мужчин было 86, женщин - 41. Средний возраст больных составлял 56,2 лет. Всем больным при поступлении проводили клинический осмотр, соответствующие лабораторные исследования, рентгенография и ультразвуковое сканирование брюшной полости. При необходимости выполнялись КТ брюшной полости и ВЛС.

Результаты. Всем больным после установления диагноза проводились хирургические вмешательства в экстренном (112) и отсроченном порядке (15). При этом в качестве хирургических вмешательств у 78 больных использовалась традиционная лапаротомия. 49 больных нами были подвергнуты эндовизуальным вмешательствам в виде видеолапароскопии (ВЛС) из которых 12 были конверсированы в традиционные операции. В зависимости от интраоперационной находки 84 больным были выполнены паллятивные вмешательства в виде ушивания поврежденных стенок желудка (12), тонкой кишки (48), толстой кишки (10), мочевого пузыря (14). У остальных 43 больных нами выполнялись радикальные операции в виде резекции кишечника с наложением энтероэнтероанастомоза (31), правосторонней гемиколэктомии с наложением концевой илеостомы (4) или илеотрансверзоанастомоза (2), левосторонней колэктомии с наложением трансверзостомы (7). В послеоперационном периоде у 17 больных наблюдались послеоперационные осложнения в виде нагноения раны, у 7

послеоперационной бронхопневмонии и у 12 несостоятельности швов анастомоза с перитонитом. Всего умерло 12 больных, что составило 9,4 %.

Выводы и заключения. Таким образом, лечение закрытых повреждений полых органов при травмах живота является достаточно сложной задачей. Основными методами лечения подобных больных должны считаться традиционные и эндовизуальные хирургические вмешательства паллиативного и радикального характера. Улучшение результатов лечения подобных больных связано с совершенствованием диагностики и тактики хирургического лечения с широким внедрением малоинвазивных эндовизуальных вмешательств.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛОПЛАСТИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЕТКИ С КОМПОЗИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ

Носиров М.М., Бабаджанов А.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова, г.Ташкент, Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Цель. Изучить процессы взаимодействия новой отечественной сетки с композитным покрытием с биологическими тканями при аллопластике экспериментальной грыжи.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены в лаборатории экспериментальной хирургии с виварием ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова». Были использованы 28 беспородные белые крысы обоего пола, весом $228 \pm 2,7$ гр. (основная группа). Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей. При моделировании экспериментальной послеоперационной вентральной грыжи у крыс применили методику DuBay D.A. (2005). Аллопластику передней брюшной стенки выполнили с использованием разработанного нами новой отечественной сетки с композитным покрытием в позиции Onlay путем фиксации к передней поверхности апоневроза прямых мышц отдельными узловыми швами нитью пролен 4/0. После фиксации сетки к передней брюшной стенке обрабатывали поверхность имплантата лазером в диапазоне 620-660 нм с плотностью мощности 50-100мВт/см². Время облучения составило 2-3 минуты. Животные выводились из эксперимента путем передозировки наркотических препаратов в установленные сроки: 7, 14, 21 и 30 суток после операции. Были проведены макроскопические и морфологические исследования.

Результаты. При эвтаназии на 7 сутки было установлено, что сетка достаточно плотно спаяна с окружающими тканями, признаков воспаления и скопления жидкости не выявлено. Сетка рыхлыми спайками фиксирована к подкожной клетчатке и окружающим тканям. При вскрытии брюшной полости окаймляющим полулунным разрезом установлено, что спаечный процесс минимален, расхождения краев брюшины нет. Органы брюшной полости без патологии, выпота нет. При гистологическом исследовании выявлена незначительная нейтрофильная инфильтрация. В гистологических слоях раны выявляется слабый отек.

На 14-е сутки после аллопластики композитной сеткой признаков инфицирования нет. Сетка покрыта рыхлой соединительной тканью. В брюшной полости единичная спайка с сальником. В зоне имплантации композитной сетки (КС) определялась реакция на инородную ткань, представленная клеточным инфильтратом, состоящим из

лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов и тучных клеток. Волокна соединительной ткани выглядели оформленными, рыхлыми, с отеком и сохранившимися новообразованными сосудами. Отмечено присутствие гигантских клеток инородных тел, других воспалительных клеток и фиброза, однако их число было значительно меньше, чем при использовании стандартной сетки. В образцах с КС было значительно меньше гистиоцитов и эозинофилов. Отсутствие реактивности подтвердилось обнаружением того факта, что было обнаружено также значительное уменьшение фиброза при использовании КС в сравнении со стандартными сетками.

На 21-е сутки после аллопластики композитной сеткой признаков инфицирования нет. Кожа передней брюшной стенки отсепарована. Сетка практически с полным вживлением в окружающие ткани и передней брюшной стенке. Узлы и нити сетки не просматриваются. Брюшина чистая, без спаечного процесса. Органы брюшной полости без патологии.

На 30-е сутки после аллопластики композитной сеткой кожа передней брюшной стенки отсепарирована, дефектов нет, спайки не прослеживаются. Сетка просвечивается ввиду удаления кожи в области аллогерниопластики. Сетка с полным приживлением к передней брюшной стенке. Признаков инфицирования нет. Через 30 суток количество гигантских клеток продолжало снижаться при использовании КС. Эозинофилы и гистиоциты были значительно уменьшены и меньше фиброза вокруг КС. При использовании композитных сеток отмечено меньшее повреждение тканей, в то же время большая степень неоваскуляризации. Это положительный показатель роста здоровой ткани.

Выводы. Таким образом, новая отечественная сетка с композитным покрытием демонстрируют значительное снижение воспалительной реакции по сравнению с непокрытым полипропиленом, что демонстрирует эффективность аллопластики.

ПРОБЛЕМА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

О.С.Файзижоджаев., Х.Ю.Эшбадалов., З.Т.Насретдинов.
Андижанский государственный медицинский институт

Травмы мягких тканей лица и костей лицевого скелета составляет по данным различных авторов от 9 до 15% по отношению к другим повреждениям костной системы и от 25 до 32,6% от числа всех повреждений лица у детей. Как и при травмах туловища и конечностей, оказание помощи детям с повреждениями челюстно-лицевой области тесно связаны с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. При этом хирург-стоматолог всегда должен помнить и учитывать особенности дальнейшего развития ребенка, его зубочелюстной системы. Наряду с этим нужно учитывать особенности детского организма, т.е. его реактивность, склонность коры головного мозга к генерализованным реакциям торможения и раздражения, что в свою очередь проявляется однотипностью клинических проявлений на различные патологические процессы, и том числе и при травмах. Необходимо помнить о своеобразии течения у детей процессов солевого, белкового и йодного обмена, которые характеризуются высокой интенсивностью и неустойчивостью. Единичными являются работы по анализу исследований травматизма и обработке ран мягких тканей лица (дан анализ травматизма челюстно-лицевой области у детей в условиях сельскохозяйственной местности). В единичном случае проанализированы сроки оказания помощи детям с травмой лица; согласно которым по г. Андижан в первый день специализированная стоматологическая помощь оказывается только в 59,4% случаев. Все это свидетельствует о том, что проблеме

травматологии детского возраста в стоматологии уделяли мало внимания. Поэтому до настоящего времени нет единой общепринятой классификации и соответствующих методик лечения. Имеются единичные специализированные детские стационары, нет специализированных стоматологических детских травматологических пунктов, и поэтому дети с травмой лица обращаются в травматологическое отделение общего профиля, где им в большинстве случаев не могут оказать правильную высококвалифицированную специализированную помощь. Это в такой же степени касается специализированной помощи детям с ожогами, отморожениями и электротравмой лица. По этим разделам травмы лица также не имеется достаточной, специальной литературы.

Областного Многопрофильного Детского центра города Андижан проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с углубленным изучением патологической физиологии травм челюстно-лицевой области.

До настоящего времени в отечественной литературе очень мало внимания уделялось вопросам травмы в стоматологии детского возраста. Специализированная помощь, в частности хирургическое лечение этих повреждений, проводится в единичных отделениях челюстно-лицевых клиник. Еще хуже обстоит дело с изучением влияния травмы челюстно-лицевой области на организм в целом. В литературе хирургической стоматологии научно-исследовательских работ посвященных комплексному подходу изучения данной патологии на сегодняшний день не имеются, хотя известно, что травмы вызывают значительные изменения в организме, почти одинаково реагируя на все виды травматических раздражителей за исключением ионизирующего излучения. Поэтому можно рассматривать все после травматические метаболические расстройства вместе, не индивидуализируя их. Однако реакция на травму в детском возрасте совершенно иная, чем у взрослого, особенно с учетом того, что при тяжелой травме на первый план выступает расстройство кровообращения, появляется аноксия, которую дети переносят очень плохо. Наступает нарушение функции желез внутренней секреции, что очень опасно для организма ребенка, вследствие значительного нарушения нейро-эндокринной регуляции, водно-солевого обмена, что сказывается на питании ребенка, а учитывая, что при повреждениях челюстно-лицевой области нарушается нормальный прием пищи, то особенно быстро наступают нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Таким образом, наносится серьезный ущерб растущему организму. Отставание в росте нижней челюсти и неполноценное выполнение функции жевания являются причинами развития вторичных деформаций костей лицевого скелета.

Все это ставит хирурга-стоматолога подчас в более тяжелые условия, особенно с учетом того, что переломы костей лицевого скелета в детском возрасте часто сочетаются с черепно-мозговыми травмами.

ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

О.С.Файзиходжаев., М.Г.Тешабоев.,З.Т.Насретдинов.

Андижанский государственный медицинский институт институт

В вопросах медицинского обслуживания детей существенное значение имеет изучение заболеваемости госпитализированных.

Рассматриваемые ниже материалы представляют анализ результатов специальной разработки данных стоматологических больных детей, собранных нами из отделений детской хирургической стоматологии ТГСИ и челюстно-лицевой хирургии Областного Многопрофильного Детского центра города Андижан, выполненных в период 2016-2018 гг.

Уровень госпитализации детей в возрасте до 18 лет с заболеваниями челюстно-лицевой области составляет «на 100 тысяч» детского населения в среднем по области 40,4%. В возрасте до 1 года он был максимальным (55,1%).

Наиболее частыми причинами госпитализации (у 73,4% больных детей) были воспалительные заболевания мягких тканей (в основном флегмоны и абсцессы), врожденные пороки развития челюстно-лицевой области, остеомиелиты челюстей, анкилозы височно-челюстных суставов и новообразования. Мальчики чаще госпитализировались со стоматологическими заболеваниями, чем девочки (в 1,3 раза). Причем у мальчиков всех возрастов преобладали заболевания, требующие экстренной хирургической помощи.

Наиболее часто подвергались различным хирургическим вмешательствам больные дети с новообразованиями (79%), это объясняется необходимостью радикального лечения данной патологии; с врожденными пороками развития (84%); третье место занимают больные дети, нуждающиеся в устранении рубцовых изменений (49%), четвертое – больные дети с одонтогенными и неодонтогенными воспалительными заболеваниями (90%) случаев. Оперативные вмешательства, проведенные при данных нозологиях, определяют объем оказания основной работы хирургических стоматологических стационаров и поэтому требуют к себе особого внимания.

Для разных возрастных групп характерны различные оперативные вмешательства. В раннем возрасте (до 1 года) почти половину всех оперативных вмешательств составляли: хейлопластика (39%) случаев. На втором и третьем году жизни тенденция оперативных вмешательств (хейлопластика) значительно уменьшалась и составила (30%) случаев. На 4-5-м году жизни основным оперативным вмешательством составило периостотомия и вскрытие абсцессов и флегмон (42%), удаление доброкачественных опухолей (7%) и хейлопластика (2%) случаев. В возрастной группе дошкольников (5-6 лет) среди операций наряду с периостотомией и вскрытием абсцессов и флегмон, удалением причинных зубов и корней, значительно увеличивается удельный вес уранопластики (17%) случаев. У школьников 7-12 лет, так же как и в предыдущей возрастной группе, ведущее место занимало периостотомия и вскрытие флегмон и абсцессов (29,5%), однако значительным был и удельный вес удалений доброкачественных опухолей (5,0%), уранопластики (2%) и хейлопластики (1%) случаев. Однако по статистике в возрастной группе 13-18 лет наблюдалось увеличение оперативных вмешательств и удельный вес составлял по поводу периостотомии, вскрытия флегмон и абсцессов (22%) и удаления зубов и корней (21%), больных детей оперированных по поводу доброкачественных опухолей (19%), врожденных расщелин неба (3%) случаев.

ЧАСТОТА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.

**Ортиков А.Б., Махмудов Н.И., Имамов Ф.А.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Ферганский филиал РНЦЭМП.**

Проведена оценка вероятности ятрогенного повреждения холедоха при лапароскопической и традиционной холецистэктомии у больных с деструктивным холециститом.

Изучены результаты хирургического лечения 173 больных острым холециститом, находившихся на лечении в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Деструктивные формы холецистита (флегмонозный,

гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат и или абсцесс). интраоперационно диагностированы у 130 (75.1%) пациентов. Возраст больных варьировал от 23 до 76 лет. (59.2±12.5 года). 80% пациентов были старше 40 лет. Женщин было-105 (80.8%, мужчин 25(19.2%).

Все больные с деструктивными формами холецистита были разделены на две группы. Основную группу составил 51(39.2%) пациент, подвергнутый лапароскопической холецистэктомии, контрольную группу 79(60.8%) больных, которым выполнена традиционная холецистэктомия.

При лапароскопии у 34(66.7%), больных выявлен флегмонозный холецистит или эмпиема желчного пузыря, у 17 (33.3%) гангренозный холецистит. У 9 (17.6%) больных они были осложнены формированием паравезикального инфильтрата или абсцесса.

Конверсия на традиционный доступ при деструктивном холецистите составила 3.9%(2 б-м). Причиной ее у 1 больного явилось кровотечение из пузырного протока. У пациентки со сроком приступов более 6 суток-повреждение холедоха на фоне выраженного спаечного процесса.

Характер и количество осложнений при лапароскопической и традиционной холецист-эктомии достоверно не различались. В группе пациентов с широкой лапаротомией также имел место один случай ятрогенного повреждения холедоха и еще один случай десерозивания тонкой кишки. Количество интра операционных осложнений в основной группе (3.9%) было несколько больше, чем контрольной (2.5%), что еще раз указывает на необходимость дальнейшего совершенствования методов дооперационного прогноза «трудных лапароскопических холецистэктомий» и уточнения критериев своевременной конверсии.

Вопреки мнению об опасности эндоскопического пособия при деструктивных и осложненных формах холециститов, расширение показаний к лапароскопической холецистэктомии при соблюдении определенных условий не приводит к ухудшению результатов.

К тому же послеоперационные осложнения лапароскопической холецистэктомии, как правило, можно современно диагностировать и устранить эндоскопическим способом. Так, в 1 больному с послеоперационного желчеистечением из ложа удаленного желчного пузыря релапароскопия, клипирование дополнительного желчного протока ложа желчного протока ложа желчного пузыря, санирование и дренирование брюшной полости. Еще у одного больного желчеистечение по дренажу, самостоятельно прекратилось на 5-ое сутки. Еще одному больному потребовалась релапароскопия по поводу подпеченочной гематомы больших размеров и из-за неэффективности консервативного лечения.

В основной группе после операции умерла 1 (2.0%), больная от Т.Э.Л.А. При аутопсии осложнений со стороны органов брюшной полости не выявлено. В контрольной группе летальность составила 2.5%. Скрупулезное соблюдение технико-тактического регламента использования энхирургической техники при деструктивном холецистите обеспечивает статистически достоверное сокращение времени оперативного вмешательства а и некоторые снижение послеоперационной летальности. Малая инвазивность операции, в частности минимальная травматизация брюшной стенки и органов брюшной полости, способствует более быстрой послеоперационной реабилитации больных, сопровождающейся сокращением периода пребывания пациентов в стационаре в 2 раза и сроков временной нетрудоспособности в 1.5 раза.

Выводы.: Лапароскопическая холецистэктомия при остром деструктивном холецистите является относительно безопасным эндохирургическим вмешательством. Наряду мало- инвазивностью, метод отличается также меньшей продолжительностью оперативного вмешательства, способствует сокращению сроков стационарного лечения и

периода временной нетрудоспособности. При деструктивных формах острого холецистита лапароскопическую холецистэктомию необходимо обязательно завершать дренированием подпеченочного пространства, которое обеспечивает раннюю диагностику осложнений и выбор рациональной тактики их лечения.

РАННЯЯ ТРАХЕОСТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА БОРЬБЫ С ПНЕВМОНИЕЙ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

**Отабаев И.И., Солижанов Ш.Ш., Бокиев А.М., Рахманов Н.А., Шарифбаев С.А.,
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Как известно у больных находящихся в реанимационном отделении пневмония считается одним из часто встречающихся осложнений. По литературным данным при коматозных нарушениях этот осложнение диагностируется у 80 % больных находящихся в стационаре.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением за 2019- 2022 года находились всего 1645 больных, из них 412(25,04%) с ЧМТ, 253(15,3%) с сочетанными травмами, 226 (13,7%) геморрагическим инсультом, 486 (29,5%) ишемическим инсультом, 195 (11,8%) эпилептическим статусом, 33(2%) опухолью головного мозга, 40 (2,4%) менингоэнцефалитом. У больных с различной степенью нарушения сознания развивалась пневмония. Для идентификации диагноза была проведена рентгенография грудной клетки, МСКТ обследования органов грудной клетки а так же фибробронхоскопическое исследования. Среднее пребывание больных в нейрореанимации составило 15 койка дней. У больных с глубокой степени комы в первые дни появились признаки дыхательной недостаточности снижением оксигенации, как центрального так периферического генеза.

По ходу лечебных мероприятий направленных на устранения дыхательной недостаточности больные по показаниям переведены на аппаратное вентилирование (ИВЛ). У 109(6,6%) больных учитывая, обструктивный синдром произведено наложения трахеостомической трубки. Установка трахеостомической трубки дала возможность проведения пролонгированной ИВЛ и проведения санационной фибробронхоскопии. У 81 (74,3%) больных установка трахеостомии произведена на 3 сутки ИВЛ, у 28 (25,6%) больных на 5 и 6 сутки ИВЛ. Мы отмечали быстрое регрессирование симптомов дыхательной недостаточности улучшение показателей газового состава крови, повышение сатурации кислорода, улучшения рентгенологической картины у больных с пневмонией проведенных трахеостомию в ранних периодах ИВЛ.

Выводы: Таким образом, наложение ранней трахеостомии у больных с тяжелой ЧМТ с явлениями дыхательной недостаточности, является эффективным методом борьбы с пневмонией у нейрореанимационных больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСМЕТОМИДИНА ДЛЯ СЕДАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОДЛЕННОЙ ИВЛ В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ

**Отабаев И.И., Бокиев А.М., Солижанов Ш.Ш., Валижанов А.Х., Рахимов Н.Н.,
Рузматов Ж.И., Рахманов Н.А., Атамирзаев Д.Б.,
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Актуальность проблемы: Обеспечения эффективной и безопасной седации и анальгезии у больных, находящихся в отделениях нейрореанимации, отражена во многих

многоцентровых международных исследованиях. Протоколы седации, их эффективность и целесообразность применения представлены в рандомизированных контролируемых исследованиях и научных обзорах, а результаты таких исследований послужили основой разработки международных и национальных руководств по обеспечению седации больных ОРИТ. Проведение седации является одним из важных принципов интенсивной терапии и реанимации. Седация и анальгезия применяются при клинических состояниях, сопровождающихся дисфункцией жизненно важных систем организма: ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Расширение показаний к хирургическому лечению и увеличение объема оперативного вмешательства нередко обуславливают необходимость проведения продленной ИВЛ в условиях седации и анальгезии в послеоперационном периоде. Частота применения седации у больных, которым проводится принудительная или вспомогательная ИВЛ, достигает 68–85%. В рамках этой проблемы обсуждаются вопросы эффективной и безопасной седации с применением соответствующих протоколов, внедрения современных методов и технологий оценки глубины седации, выбор лекарственных средств, обладающих седативным действием.

Материалы и методы: В многоцентровом проспективном исследовании изучена эффективность и безопасность применения дексмететомидина у 103 больных находящихся в отделении нейрореанимации Наманганского филиала РНЦЭМП с 2021 по 2023 года. Протокол седации включал внутривенную инфузию дексмететомидина до 1,4 мкг/кг/ч и введение обезболивающих препаратов, а при необходимости-седативные лекарственные средства (пропофол, мидазолам). В 1-й группе были 69 больных, у которых седацию дексмететомидином осуществляли для обеспечения пролонгированной ИВЛ. 2-ю группу составили 34 больных, у которых дексмететомидин применяли в связи с развитием делириозного состояния. Дексмететомидин применяли в виде инфузии со скоростью 0,7 мкг/кг в течение 1-го часа с дальнейшей коррекцией дозировки. Регистрировали уровень седации по RASS, необходимость назначения других препаратов с седативным действием, длительность ИВЛ, длительность в ОРИТ. Инфузия препарата позволяет обеспечивать целевой уровень седации по RASS от 0 до -3 у 80–90% больных нейрохирургического и неврологического профиля, которым проводилась пролонгированная ИВЛ. Частота нежелательных явлений обусловлена развитием брадикардии, гипотензии. При назначении дексмететомидина следует избегать болюсного введения препарата.

Заключение: 1. Внутривенное введение дексмететомидина с целью седации больных, которым проводится ИВЛ, характеризуется развитием необходимого уровня седации у 80–90% пациентов, что подтверждает его хорошую эффективность в обеспечении от легкого до умеренного уровня седации. Важным аспектом седации на основе дексмететомидина является тот факт, что глубина снотворного эффекта остается на поверхностном или среднем уровне, что позволяет медицинскому персоналу контактировать с больным в случае необходимости.

2. Протокол на основе инфузии дексмететомидина с начальной скоростью 0,7 мкг/кг в час позволяет существенно сократить необходимость в дополнительном введении препаратов, дающих седативный эффект (пропофол, мидазолам, опиоиды), и сопровождается хорошей переносимостью. Дозирование препарата необходимо осуществлять согласно протоколу в диапазоне скорости инфузии от 0,2 до 1,4 мкг/кг/ч. Именно такая скорость инфузии у большинства больных позволяет достигнуть дозозависимого действия.

3. Значимой особенностью применения дексмететомидина является возможность его использования как для короткой, так и для длительной седации, а также у пациентов с делирием. В данном исследовании его инфузия в течение 6 сут не сопровождается кумулятивным эффектом. 4. Инфузия дексмететомидина должна осуществляться в отделениях реанимации и интенсивной терапии у больных, находящихся под наблюдением за жизненно важными функциями организма (ЭКГ-контроль, ЧСС, АД

неинвазивное, пульсоксиметрия, ЧД). К наиболее часто возникающим побочным реакциям относятся гипотензия и брадикардия, которые зависели от скорости инфузии и регистрировались у 18 и 20% больных соответственно.

БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИ ДАВОЛАШДА TUBULARIZED INCISED PLATE (TIP) УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Отамурадов Ф.А.¹, Нурмаматов Д.С.²

¹Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали,

²Қашқадарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Долзарблиги. Гипоспадия – болаларда сийдик-таносил тизими ва жинсий олатнинг энг кенг тарқалган туғма нуқсонларидан ҳисобланади. Сўнгги ўн йилликларда гипоспадия билан туғилган ўғил болалар сони сезиларли даражада кўпайди. Агар 1960-70-йилларда ушбу ривожланиш нуқсонининг учраш салмоғи янги туғилган чақалоқларда 1:300-500 нисбатни ташкил этган бўлса, ҳозирги вақтда гипоспадиянинг турли шакллари билан болаларнинг туғилиш частотаси ортиб, турли муаллифларнинг тадқиқотларига кўра 1:125-150 нисбатни ташкил этмоқда. Гипоспадияни Tubularized incised plate (TIP) жарроҳлик усули билан даволаш бўйича кўп марказли тадқиқот натижалари илк мартаба 1998 йилда нашр этилган. Ушбу тадқиқот натижалари нашр этилганидан кейин Warren Snodgrass сўнгги 16 йил давомида ўзининг жарроҳлик даво натижалари ҳақида мунтазам нашрларда баён этиб, уларни бажариш услубига киритган ўзгартиришларни ҳам батафсил ёритиб келди. Бизнинг тадқиқотимиз болаларда гипоспадияни W.Snodgrass нинг TIP жарроҳлик усули билан даволаш бўйича изчил тавсияларини қўллаш орқали олинган натижаларнинг таҳлилига бағишланган.

Тадқиқот мақсади – болаларда гипоспадияни Tubularized incised plate (TIP) жарроҳлик усулида даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва услублари. Қашқадарё вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази урогинекология бўлимида 2016 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда гипоспадия билан касалланган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 168 нафар бемор назоратимизда бўлди. Амалга оширилган жарроҳлик аралашувининг усулига кўра беморлар 2 гуруҳга бўлинди: I-гуруҳ – босқичма-босқич жарроҳлик аралашуви ва II-гуруҳ – бир босқичли TIP жарроҳлик даволаш усулини ўтказилган беморлар. Гипоспадияни босқичма-босқич бартараф этиш 77 (45,8%) нафар беморда, TIP усулида бир босқичли жарроҳлик усули 91 (54,2%) нафар беморда амалга оширилди.

Гипоспадиянинг шаклига қараб гуруҳлар қуйидагичани ташкил этди: бошча шакли – I-гуруҳ – 0, II-гуруҳ – 28 бемор; тожсимон эгатча шакли – I-гуруҳ – 23, II-гуруҳ – 11 бемор; юқори тана шакли – I-гуруҳ – 54, II-гуруҳ – 48 бемор; "гипоспадиясиз гипоспадия" анатомик шакли – I-гуруҳ – 0, II-гуруҳ – 4 бемор.

Беморлар қуйидаги текширувлардан ўтказилди: умумий сийдик таҳлили, умумий қон таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, чаноқ аъзолари сонографияси, (кўрсатмага биноан – компьютер томографияси, микцион цистография, урофлоуметрия). I-гуруҳдаги беморларга Duplay жарроҳлик даволаш усули қўлланилди (жами 77 нафар бемор), II-гуруҳдаги беморларга бир босқичли TIP жарроҳлик усули қўлланилди (жами 91 бемор).

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Гипоспадияни босқичма-босқич бартараф этилиши билан (I-гуруҳ) даволашнинг биринчи босқичининг (ғоваксиман танани тўғирлаш) асосий асоратларидан кўчирилган уретра тешиги меатостенози – 3 (3,9%), жинсий олатнинг чандикли деформацияси – 1 (1,3%) нафар беморда кузатилди. Гипоспадияни жарроҳлик йўли билан даволашнинг иккинчи босқичи уретропластика бўлиб, унинг энг кўп учрайдиган ва типик асоратлари 23 (29,9%) беморда неоуретра

окмаларининг шаклланиши, 2 (2,6%) беморда неоуретра стеноз, жарроҳлик яраси кирғокларининг очилиши 3 (3,9%) беморда, жинсий олатнинг чандикли деформацияси 1 (1,3%) беморда қайд этилган. I-гурухдаги беморларнинг жами 37,7 % да турли хил асоратлар қайд этилди.

ТІР усули (II-гурух) бўйича гипоспадияларни бир босқичли жарроҳлик даволаш амалга оширилган беморларнинг 11 (12,1%) нафарида жарроҳликдан кейинги эрта даврда уртера окмаси кузатилди. 3 (3,3%) ҳолатда, сийдик йўли катетери олиб ташланганидан сўнг, турли вақтларда неомеатус ва неуретранинг торайиши қайд этилган. II-гурухда беморларнинг жами 15,3 % да турли хил асоратлар қайд этилди.

Хулосалар. Гипоспадияни жарроҳлик даволаш натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, гипоспадияни босқичма-босқич жарроҳлик даволашдан сўнг 37,7% ҳолларда турли хил асоратлар қайд этилган бўлса, ТІР усулида бир босқичли жарроҳлик усулини қўллаш эса 84,7% беморларда яхши анатомио-функционал натижалар билан биргаликда яхши косметик натижаларга эришишга имкон берди.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ С ТРАВМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ИННОВАЦИОННОЙ ТАКТИКЕ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Пулатова Ш.К.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Существует постоянная потребность в разработке и усовершенствовании методов лечения травматических повреждений, особенно в области челюстно-лицевой хирургии. Лечение переломов нижней челюсти (НЧ) относится к наиболее актуальным задачам специалистов челюстно-лицевой травматологии всего мира, поскольку НЧ в силу анатомических и функциональных особенностей, таких, в частности, как расположение и подвижность, травмируется наиболее часто: доля переломов НЧ в общей структуре переломов костей лицевого скелета достигает 85%.

Травмы данной локализации являются серьезным медицинским состоянием, требующим комплексного подхода к лечению. Внедрение новых и современных методов лечения переломов нижней челюсти, которые помогут оказать положительное влияние на процесс заживления переломов, ускорить регенерацию тканей и избежать развитие воспалительных процессов является важной задачей современной медицины.

Цель исследования заключается в изучении и оценке эффективности внедрения инфракрасного излучения в сочетании с мазью «Траумель - С» и использованием кортикальных винтов для фиксации отломков в структуру комплексной терапии переломов нижней челюсти.

Материалы и методы. Клинические исследования были осуществлены на базе отделения челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Наблюдения были основаны на клинико-лабораторном исследовании 157 пациентов с диагнозом перелома нижней челюсти (одиночный, двойной и множественный; односторонний и двусторонний), из них мужчин – 121 (77.07%) и женщин – 36 (22.93%) в возрасте от 18 до 75 лет. В контрольную группу включены 30 условно здоровых лиц.

Первостепенно, с учётом характера перелома НЧ и течения посттравматического периода всем больным назначалось комплексное лечение, медикаментозный компонент которого заключался в терапии антибактериальными препаратами широкого спектра действия с последующим избирательным назначением антибиотиков с учетом состава и чувствительности микрофлоры, детоксикационная терапия назначалась для профилактики осложнений воспалительной этиологии и ускорения процесса регенерации костной ткани

и включала в себя коллоидные и кристаллические растворы (раствор глюкозы 5%, солевые растворы – 0,9% хлорида натрия, гемодез, реополиглюкин, метрогил-100), десенсибилизирующая терапия была рекомендована для снижения аллергических реакций, которые могут сопровождать травматические состояния, и включала антигистаминные препараты, такие как димедрол, супрастин, тавегил, диазолин и др. В некоторых случаях для повышения общего и местного иммунитета использовали витаминотерапию. Симптоматическое лечение включало анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты для уменьшения болевых ощущений, а также другие необходимые средства в зависимости от клиники заболевания.

Исходя из задач проводимого исследования в зависимости от вида проводимой местной терапии, 157 больных с переломами нижней челюсти были разделены на 3 группы методом случайной выборки:

1-ю – (контрольную) группу составили 46 больных, у которых местное лечение заключалось в бимаксиллярном шинировании челюстей шинами Тигерштедта и полосканий полости рта раствором антисептика фурацилина в разведении 1:5000. С профилактической целью назначалась антибактериальная терапия в виде внутримышечных инъекций антибиотиков ряда цефалоспоринов. В случаях наличия гематом и выраженного отека регионарных мягких тканей использовали внутривенные инфузии Метрогила (метронидазол, обладающий антибактериальным и антипротозойным действием). С целью общеукрепляющей терапии и предупреждения развития дисбактериоза назначалась витаминотерапия в виде парентерального введения витаминных препаратов.

2-ю группу составили 54 пострадавших, которым в состав вышеуказанного местного традиционного лечебного комплекса были добавлены аппликации мазью «Траумель-С»;

3-ю (основную) группу составили 57 пациентов, которым в комплексную местную терапию после репозиции и фиксации костных фрагментов НЧ с помощью кортикальных винтов, были включены ежедневные процедуры терапии инфракрасным излучением и аппликации мазью «Траумель-С», содержащей активные компоненты растительного и минерального происхождения, в виде нанесения на нее на область повреждения и массажа до полного её впитывания. Общее количество больных составляет 157.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты исследования в различных группах пациентов представлены следующим образом:

После осуществления 2-3 сеансов терапии инфракрасным излучением у больных основной группы наблюдалось уменьшение отечности, инфильтрации и гиперемии мягких тканей, прилегающих к зоне травматического повреждения челюсти, а также значительное снижение интенсивности болевых ощущений при пальпации. На фоне осуществленной первой процедуры терапии инфракрасным излучением при лечении переломов НЧ наблюдался ряд положительных эффектов, включающих уменьшение отека путем улучшения микроциркуляции и лимфатического дренажа, снижение интенсивности боли в области перелома и окружающих тканей, стимуляцию клеточного метаболизма и синтеза коллагена, улучшение кровоснабжения и доставку питательных веществ к поврежденным тканям, а также сокращение времени консолидации переломов НЧ. Благодаря вышеперечисленным положительным свойствам инфракрасных лучей более или менее полный регресс локальных признаков травмы НЧ (кроме определения наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании) определялся на 4-5 сеансы проведенной физиотерапии, дополняющей комплексное лечение, а на 5-6 сутки с момента начала терапии при лучевом обследовании отмечались признаки образования соединительнотканной мозоли в области повреждения целостности нижнечелюстной кости (что примерно на сутки опережает сроки формирования таковой у пациентов

контрольной группы). Повторные сеансы инфракрасного лазерного излучения привели к дальнейшему сокращению сроков образования остеоидной мозоли в зоне локализации линии перелома. Улучшенная микроциркуляция и лимфатический дренаж, способствовали более эффективному удалению лишней жидкости и снижению объема посттравматического отека мягких тканей. Рекомендованное лечение способствовало уменьшению боли, отека и восстановлению нормальной структуры костных фрагментов. Повышенный синтез коллагена и активация клеточного метаболизма способствовали более быстрой регенерации поврежденных тканей и формированию костной структуры.

Вышеуказанные процессы у пациентов, входящих в первую и вторую группы, определялись позже, а именно на 9-10 сутки проведенной терапии. Была проведена также оценка средней продолжительности пребывания больных с переломами нижней челюсти в отделении ЧЛХ: больные, которым в схему лечения была включена мазь «Траумель-С» и сеансы инфракрасного излучения оставались в стационаре 4-5 дней, что на 2-3 дня меньше по сравнению с группой больных, получавших традиционное лечение.

Выводы. Таким образом, местное использование инфракрасного излучения, мази "Траумель-С" и иммобилизация челюстей посредством кортикальных винтов в комплексном лечении переломов нижней челюсти является эффективным подходом, способствующим быстрому выздоровлению и восстановлению функций челюсти. Эти методы могут быть рекомендованы в качестве оптимальной терапии для пациентов с травмами нижнечелюстной кости, при условии соответствующей оценки и назначения со стороны квалифицированного специалиста.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ

Пулатова Ш.Х., Бабаева М.М., Хасанова З.К.
РНЦЭМП Бухарский филиал. Узбекистан.

Цель. Изучить ангиографических особенностей поражения ствола левой коронарной артерии (СЛКА).

Материал и методы. В нашем клиническом исследовании было включено 66 больных которые получали лечение в РНЦЭМП Бухарском филиале в «Кардиотерапевтической отделении» в период с 01.01.2023 г. по 31.07.2023 г. с поражением СЛКА. Из них 40 (60,6%) мужчин и 26 (39,4%) женщин. Средний возраст составил $65,8 \pm 5,3$ лет. Средний койка дней составил $9,4 \pm 2,5$ дней. У 33 больных отмечено сахарный диабет.

Результаты. Было обнаружено поражение СЛКА имело место лишь у 2 (5,5 %) больного; 2-сосудистые поражения отмечались в 7 (10,6%) случаях; 3-сосудистые – в 22 (33,3 %) случаях. У остальных 22 (33,3%) пациентов были зарегистрированы многососудистые поражения, у 15 больных были сосуды чистые. По классификации «А, В, С» для поражений СЛКА наиболее свойственными оказались типы «А» и «С» – (15 (22,7%) и 19 (28,8%) больных, соответственно при этом в случае многососудистого повреждения преобладал тип «С» ($p < 0,05$). В основном случае характерными категориями поражений СЛКА по классификации МЕДИНА оказались категории 1,1,1 и 1,1,0, при этом существенных возрастно-гендерных различий в рассматриваемых категориях выявлено не было.

Заключение. Поражения СЛКА в большинстве случаев носят многососудистый характер, локализуются чаще всего в дистальном сегменте и относятся к категории сложных сосудистых поражений.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО И ОТСРОЧЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Пулатова Ш.Х., Алиев Ж.С., Алиев С.Н., Амедов Н.И.
РНЦЭМП Бухарского филиала, Узбекистан.

Введение. Европейское Общество Кардиологов и Американская ассоциация сердца рекомендуют проведение ранней чрескожной ангиопластики у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST). Однако на сегодняшний день влияние данной лечебной тактики на отдаленные осложнения у пациентов, относящихся к разным группам риска, изучено не достаточно.

Цель работы. Изучение особенности экстренного (в течение 24 часов) и отсроченного (интервал от 24 до 72 часов) ЧКВ на прогноз отдаленных осложнений у пациентов с ОКСбпST в группах с высоким и низким риском.

Материал и методы. В нашем клиническом исследовании были включены 70 пациентов с клиническим установленным диагнозом ОКСбпST, поступившие в Республиканский научно-исследовательский центр экстренной медицинской помощи Бухарского филиала. Среди них 16 пациентам было проведено ЧКВ в экстренном порядке и 24 – отсроченное. 30 больным не было проведено данное исследование, и они были включены как контрольная группа. Было проведено сравнительная оценка на основании стратификации риска ОКС по шкале GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events). С целью изучения оценивалось эффективность данное исследование на частота госпитализации и повторного ОКС в течение последующих 6 месяцев.

Результаты. В группе пациентов с высоким риском (более 140 баллов по шкале GRACE) частота госпитализаций в течение 6 месяцев была намного ниже, которым было проведено ЧКВ в экстренном порядке по сравнению с группой, которым было сделано отсроченное вмешательство ($p < 0,05$). А у группе с низким риском данный показатель (менее 140 баллов по шкале GRACE) был противоположен, частота госпитализаций в течение 6 месяцев среди больных, которым было проведено отсроченное ЧКВ, была намного ниже (3,75 и 9,4 %) ($p < 0,05$). Наблюдалось большее снижение частоты повторного ОКС в течение 6 месяцев в группе больных с высоким риском, которым было проведено раннее ЧКВ, по сравнению с группой, подвергшейся отсроченному ЧКВ. В группе с низким риском частота повторного ОКС была одинакова среди лиц, подвергшихся раннему и позднему ЧКВ (в контрольной группе 10 %, в группе с ранним ЧКВ – 6 %, с отсроченным ЧКВ – 6 %) ($p < 0,05$).

Заключение. Исходя из вышеизложенных результатов было сформировано: больные с ОКСбпST которым было проведено чрез кожное вмешательство в экстренном порядке, относящимся к группе высокого риска, снижает частоту возникновения повторного ОКС и частоту госпитализации, по сравнению с отсроченным ЧКВ. Но, в группе с низким риском раннее и отсроченное ЧКВ способствуют одинаковому снижению возникновения повторного ОКС и в меньшей степени снижению частоты госпитализации. Учитывая это, раннее ЧКВ среди лиц с высоким риском является наиболее эффективным.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЪЯЗЫЧНО-ГОРТАННОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ

Расулова М. Р., Рустамова Д.С.

Самаркандский государственный медицинский университет

Гортань по своему строению и расположению является достаточно защищенным органом от различных воздействий окружающей среды. Несмотря на это, повреждения гортани встречаются нередко, и они сопровождаются опасными для жизни повреждениями. Механизм формирования и характер повреждений подъязычно-гортанного комплекса весьма разнообразны при различных внешних воздействиях.

Цель исследования: Изучение особенности повреждений подъязычно-гортанного комплекса при ударном воздействии тупого предмета по шее.

Результаты исследования: Проанализированы 79 случаев судебно-медицинской экспертизы трупов лиц, погибших от тупой травмы в результате удара по шее. Во всех наблюдениях были выявлены выраженные темно-красные кровоизлияния в мягких тканях в области подъязычно-гортанного комплекса и других отделов шеи. Из них в 34 случаях были отмечены переломы подъязычно-гортанного комплекса. При распределении повреждений подъязычно-гортанного комплекса по полу в возрастном аспекте выявлено, что повреждения чаще отмечаются у лиц мужского пола (68,2%), относительно реже у лиц женского пола (31,8%) в молодом, трудоспособном возрасте (16-45 лет) составляя 47% исследований.

Повреждения подъязычно-гортанного комплекса при ударе по шее носили множественный характер, при котором чаще были отмечены сочетанные переломы подъязычной кости, щитовидного хряща и перстневидного хрящей.

При ударах по шее спереди и сбоку формировались несимметричные двусторонние переломы больших рожков, с признаками растяжения и элементами сжатия на внутренней стороне, а на наружной стороне признаками сжатия. При этом в большинстве случаев на стороне воздействия перелом располагался ближе к телу подъязычной кости, имея на внутренней поверхности «разгибательный» характер разрыва ткани и долом - на наружной противоположной стороне - перелом рожка вблизи концевой отдела. Таким образом, при ударных воздействиях в область шеи спереди и сбоку отмечены повреждения, возникшие в результате деформации тела подъязычной кости с признаками растяжения костной ткани на внутренней поверхности и сжатия на наружной. Такой механизм изгиба обычно возникает в результате ударного воздействия спереди назад и справа налево, а также слева направо.

Ударное воздействие тупого предмета на гортань в диагональном направлении спереди назад, справа налево (или слева направо) приводит к смещению гортани назад с прижатием к позвоночнику. От упора задних краев пластинок щитовидного хряща происходит сгибание заднего отдела пластинки и ее перелом, при продолжающемся травмирующем воздействии наступает дальнейшая деформация комплекса, в результате чего образуются повреждения пластинок рожков щитовидного хряща и дуги перстневидного хряща. При данном виде травмы гортани на щитовидного хряща отмечали продольный перелом области угла с признаками сжатия на наружной стороне и растяжения с элементами сжатия на внутренней стороне. Кроме того, наблюдались переломы нижних рожков с переломом пластины и признаками сжатия на внутренней стороне, а также неполный перелом на внутренней стороне пластины с признаками растяжения.

На перстневидном хряще отмечены повреждения в виде: перелома пластины справа с неровными краями и гофрированными отвесными стенками структуры хрящевой ткани с

кровоизлияниями. Также обнаружен перелом дуги слева с неровными краями, расположенными ступеневидно, бугристыми поверхностями излома, образовавшиеся по механизму ударного воздействия тупого твёрдого предмета с направлением его действия спереди назад и несколько слева направо.

Выводы: Повреждения подъязычно-гортанного комплекса при тупой травме отмечаются чаще у лиц мужского пола, чем у лиц женского пола, в молодом трудоспособном возрасте. При тупой травме в результате удара по шее выявляются сочетанные и множественные повреждения подъязычно-гортанного комплекса.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ СЛУХА ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

М.Р. Расулова, Ж.Х.Шодиев, Саъдуллаев М.М.

**Самаркандский государственный медицинский университет
Кафедра судебной медицины**

Повреждения органов слуха составляет 5,7% среди всех травм ЛОР органов. Судебно-медицинские аспекты повреждений органов слуха изучены недостаточно.

Цель работы. Изучение характера и оценка степени тяжести механических повреждений органов слуха.

Результаты исследования. Проанализировано 92 случаев механических повреждений органов слуха подвергнутых судебно-медицинской экспертизе. Установлено, что от воздействия тупых твердых предметов в основном повреждалась наружное и среднее ухо. Во всех случаях повреждения были односторонними. В 17 случаях отмечены ссадины, в 30- кровоподтеки, в 10- с ушибами мягких тканей, в 24- раны в области ушной раковины и наружного слухового прохода. В 8 (8,7%) случаях, наряду с повреждениями мягких тканей, травма уха сопровождалась разрывом барабанной перепонки. Повреждения внутреннего уха (лабиринта) и пирамиды височной кости наблюдались только при тяжелых, сочетанных черепно-мозговых травмах (3 случая).

Для оценки механизма травм барабанной перепонки учитывали локализацию повреждений в её квадрантах. Выявлено, что 6 случаев травматических повреждений барабанной перепонки определялись в задне - нижнем квадранте, что объясняется анатомическими особенностями слухового прохода. Повреждения барабанной перепонки в переднее - верхнем и переднее - нижнем квадранте наблюдались только в 2 случаях. Форма перфорации травмированной барабанной перепонки имела округлую, треугольную или щелевидную форму с ровными или фестончатыми краями. При определении площади повреждения барабанной перепонки использовали расчет по квадрантам: общая площадь барабанной перепонки была принята за 100%, каждый квадрант составлял 25%. У большинства пострадавших площадь поражения барабанной перепонки составила до 50% (6), и только у 2 более 50%. Отмечено, что перфорация барабанной перепонки занимавшее менее 25% (2) площади восстанавливалась через 7-10 суток. Восстановление субтотальных перфораций, которые занимали от 25 до 50% площади(4) составлял 10-14 дней, перфораций, занимающих более 50% площади барабанной перепонки (2) составил 21 дней. Разрыв барабанной перепонки от воздействия тупого предмета оценивался по критерию длительности расстройства здоровья и утраты общей трудоспособности как повреждения легкой степени, вызвавшее расстройство здоровья на срок от 6 до 21 дня. У всех пострадавших с перфорацией барабанной перепонки отмечено снижение слуха от 1000Гц до 40Дб и оценены по критерию утраты общей трудоспособности на 5%, как легкие телесные повреждения, повлекшее за собой кратковременное расстройства здоровья.

Таким образом, при механической травме часто повреждаются наружное и среднее. Локализация повреждений барабанной перепонки зависят от механизма травмы. Критериями оценки степени тяжести повреждений наружного уха являются длительность расстройства здоровья, а среднего уха – объем стойкой утраты общей трудоспособности и длительность расстройства здоровья.

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ КОМПЛЕКСА ГОРТАНИ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ АСФИКСИЯХ

М.Р. Расулова, А.А.Акбаров, Ф.М.Тоштемирова
Самаркандский государственный медицинский университет
Кафедра судебной медицины

Повреждения комплекса гортани наиболее часто наблюдаются при странгуляционной механической асфиксии. Несмотря на это до настоящего времени судебно-медицинская диагностика этих повреждений остаётся достаточно сложной.

Цель работы. Исследование характера повреждений комплекса гортани при сдавлении органов шеи петлей и руками.

Результаты исследования. Исследованы 49 случаев повреждений комплекса гортани, связанных с повешением и 3 случаев сдавлением руками.

Установлено, что при повешении во всех случаях отмечены выраженная странгуляционная борозда на коже с кровоизлияниями в мягкие ткани шеи. При этом преобладали изолированные переломы перстневидной кости или щитовидного хряща, повреждения перстневидного хряща отмечены редко. Выявлено, что при повешении в результате давящего воздействия в направлении спереди назад происходит сдавление органов шеи, смещение перстневидной кости кзади и вверх, упор больших рожков в позвоночный столб, и их расхождение. При этом отмечается деформация изгиба перстневидной кости с признаками растяжения на внутренней и признаками сжатия на наружной поверхности и выявляются повреждения больших рожков, в виде односторонних переломов.

Косой перелом большого рожка перстневидной кости, образовавшиеся по механизму изгиба, отмечался в единичных случаях. На щитовидном хряще при повешении часто отмечались переломы верхних рожков с признаками растяжения на наружной поверхности, образовавшиеся по механизму изгиба.

При удавлении руками в области шеи выявлены ссадины, кровоподтеки, раны и кровоизлияния в мягкие ткани. При этом повреждения перстневидной кости в большинстве случаев локализовались в области больших рожков и часто отмечались двухсторонние переломы, в области сочленения больших рожков (правого, левого) с телом с признаками растяжения на внутренней поверхности, (левого, правого) большого рожка у конца и признаками сжатия на наружной поверхности. При асимметричном воздействии удавления, когда с одной стороны место приложения силы располагалось ближе к концу большого рожка (сгибание), с другой – ближе к его основанию (разгибание), образовались односторонние переломы перстневидной кости «сгибательного» и «разгибательного» характера.

При удавлении в результате сдавливания щитовидного хряща с боков возникали переломы по углу хряща. При воздействии на щитовидный хрящ спереди назад отмечались переломы у основания верхних рожков с признаками растяжения на задне-наружной поверхности и сжатия на передне-внутренней по механизму изгиба.

Таким образом, изолированные повреждения перстневидной кости и щитовидного хряща чаще наблюдаются при повешении. При удавлении руками наблюдаются сочетанные и множественные повреждения перстневидной кости и щитовидного хряща.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Раупова К.М., Насретдинова М.Т., Саломов А.А
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Кафедра оториноларингологии №2

Проблема диагностики головокружений в современном мире не теряет своей актуальности. Развитие современных методов исследования позволяет с большей точностью выявлять причину кохлеовестибулярных нарушений. В настоящее время доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) считается наиболее частой причиной головокружения, и составляет по данным различных авторов от 17 до 35% всех периферических вестибулярных головокружений

Цель исследования: определить диагностическую значимость комплексного обследования больных, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями.

Материалы и методы: Нами проведено комплексное обследование больных с жалобами на приступы системного головокружения, шум в ушах и снижение слуха. Всем больным проводилось общеклиническое и комплексное отоневрологическое исследование с применением аудиометрических, вестибулометрических и дегидратационных тестов (ДТ), экстратимпанальной электрокохлеографией (ЭКоГ). Для выявления ДППГ выполняли пробу Дикса-Холпайка.

Результаты исследования: Проведено обследование 65 больных в возрасте от 26 до 63 лет с периферическим кохлеовестибулярным синдромом. Гидропс лабиринта по данным оценки ЭКоГ и ДТ выявлен у 53 больных. Левосторонний – 28 больных, правосторонний – 19 больных, двусторонний – 6 больных. Из них ДППГ диагностировано у 15 больных. При обследовании и проведении тестов для выявления локализации перемещающихся частиц в полукружных каналах обнаружен каналолитиаз левого заднего полукружного канала у 8 пациентов, правого заднего полукружного канала – у 5 пациентов, левого горизонтального канала – у 2 пациента.

На первом этапе всем больным проводился реабилитационный маневр для позиционирования частиц, приводящих к ДППГ. Терапия гидропса включала соблюдение диеты, дегидратацию и использование Бетасерка в дозе 24 мг два раза в день и Танакана в дозе 40 мг три раза в день. Длительность терапии подбиралась индивидуально. Дополнительно проводилась терапия сопряженных заболеваний. При необходимости реабилитационный маневр выполнялся повторно на фоне продолжающейся терапии. У всех пациентов удалось добиться улучшения состояния с купированием вестибулярных симптомов.

Выводы: Таким образом, комплексное обследование больных, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями, позволяет выявлять сочетанные поражения внутреннего уха.

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК УШНОГО ШУМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА

Раупова К.М., Насретдинова М.Т., Сатторов Б.У.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
кафедра оториноларингологии №2

Ушной шум является сложной, недостаточно изученной мультидисциплинарной проблемой. С жалобами на шум в ушах пациенты обращаются к разным специалистам, но чаще всего к оториноларингологу т.к. шум в ушах при патологии звукового анализатора встречается в 70% случаев. Ушной шум, не являясь самостоятельным заболеванием, будучи симптомом различных патологических состояний, приносит значительные страдания человеку, приводит к соматическим и психическим расстройствам, значительно снижает качество жизни. Причиной субъективного шума может быть патологическое состояние наружного, среднего или внутреннего уха, изменения в различных отделах вегетативной нервной системы и другие заболевания.

Целью работы явилось изучение характеристик ушного шума и его особенностей при различных заболеваниях уха.

Материал и методы исследования: Обследовано 80 пациентов с ушным шумом, обусловленным различной патологией уха: 10 — отосклероз, 20 — адгезивный отит, 25 — перфорация барабанной перепонки, 15 — острые и хронические сенсоневральные нарушения слуха на уровне улитки, 10 — болезнь Меньера. Среди обследованных было 66 % женщин и 34 % мужчин в возрасте от 15 до 68 лет. Всем пациентам проводили обследование по общепринятой методике (анализ жалоб и анамнестических данных, объективный осмотр и общеклинические исследования), аудиологическое исследование.

Результаты исследования: В 63 % случаях шум предшествовал тугоухости, у 54 пациентов появился одновременно с ней и в 37 % случаях шум появился после развития тугоухости. У всех пациентов шум носил субъективный характер. У 71 % пациентов он был постоянным, у 29 % — периодическим. Последовательность появления шума и снижения слуха зависела от характера заболевания. Большинство больных (74 %) беспокоил шум II и III степеней переносимости, что нарушало качество их жизни и снижало трудоспособность. Громкость шума у большинства пациентов (78%) не превышала 10 дБ. Установлено, что при заболеваниях среднего уха ушной шум в большинстве случаев 88,9 % носил низкочастотный характер с диапазоном частот до 2000 Гц и соответствовал кондуктивному характеру тугоухости, при сенсоневральных нарушениях шум в этом частотном диапазоне встречался только в 18,6 % случаев. Появление высокочастотного шума свидетельствовало о возникновении сенсоневральных нарушений и соответствовало тугоухости смешанного характера. При острых и хронических сенсоневральных нарушениях слуховой функции основные частотные характеристики шума находились в диапазоне 4000–6000 Гц ($62,4 \pm 5,3$ % случаев), громкость шума в большинстве случаев (62,3 %) превышала 10 дБ. При отосклерозе шум носил узкополосный характер с преимуществом частот 6000–8000 Гц (70 % случаев), имел постоянный характер, не превышал 10 дБ и I степень переносимости.

Выводы: Таким образом, шум в ушах следует рассматривать как наиболее ранний симптом патологии органа слуха и проводить соответствующие мероприятия для ее выявления. Характеристика шума при различной патологии уха имеет свои отличительные особенности, что делает целесообразным использование аудиометрии в качестве метода дифференциальной диагностики.

КОРРЕКЦИЯ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Рахимов А.Ш., Хамдамов Б.З., Хамдамов И.Б., Дадабаев О.Т.
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 сопровождалась 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 внутриартериальных вливаний L-аргинина в течении 24-48 часов с помощью дозатора “aitecs® 2016”.

Результаты и их обсуждение: Применении в комплексном лечении длительных внутриартериальных 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 внутриартериальной 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.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Рахимов О.У, Абдуллакулов У.М., Газарян Э.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Увеличение количества оперативных вмешательств по поводу холецистита и его осложнений, привело к существенному росту частоты послеоперационных осложнений. Одним из таких осложнений является послеоперационное внутрибрюшное кровотечение, в структуре послеоперационных осложнений составляют около 4%.

В настоящее время существуют разные методы остановки кровотечений из ложа желчного пузыря (механические, биологические, физические, химические). Несмотря на разнообразие методик, и методов, вопрос гемостаза при кровотечениях из ложа желчного пузыря сохраняет свою актуальность и требует новых, инновационных решений, особенно при лапароскопической холецистэктомии.

Цель исследования. Совершенствование лечения больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями путем разработки современных подходов к профилактике кровотечений из ложа желчного пузыря после холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты наблюдения за 93 больными, оперированными по поводу острого холецистита в возрасте от 19 - лет до – 76 лет.

Наибольшее количество больных (41%) находилось в возрасте от 41 до 60 лет. Средний возраст больных составил $53,4 \pm 4,5$ лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3,8 (мужчин – 19, женщин – 74).

Контрольную группу составили 56 пациентов с ЖКБ, у которых ЛХЭК осуществляли, используя высокочастотную электрокоагуляцию для обработки ложа желчного пузыря. Основная группа включала 37 пациентов, у которых ЛХЭК завершали гемостазом ложа желчного пузыря, используя препарат гемобен.

Мы в своей работе использовали новый отечественный гемостатический имплантат на основе карбоксиметилцеллюлозы гемобен с ионами кальция, который производится в ООО «TURONSILKPHARM». Гемобен относится мукоадгезивным средствам гемостаза и обладает сильной адгезией к тканям и механически герметизирует кровоточащую рану.

Адгезия гемостатического имплантата к раневой поверхности обеспечивает механическое закрытие просвета сосудов, что значительно повышает эффективность остановки кровотечения. Полный гемостаз достигался в среднем в течение $5,3 \pm 3,1$ секунд. Имплантат имеет существенные отличия от известных гемостатических средств качественным и количественным составом из производных целлюлозы и включает натриевую соль карбоксиметилцеллюлозы с ионами кальция во взаимодействии с окисленной целлюлозой и наноцеллюлозой.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе выполнение ЛХЭК осложнялось «пригоранием» коагулированных тканей к рабочей поверхности электрохирургического инструмента, приводившим к падению мощности коагулятора, что снижало эффективность воздействия и сопровождалось с последующим отрывом коагуляционного струпа и возобновлением кровотечения. Указанные моменты требовали при остановке операции извлечения инструмента из брюшной полости и его очистку, что вело к увеличению длительности операции.

Применение с целью остановки кровотечения из ложа желчного пузыря гемобен позволял эффективно решить эту проблему ЛХЭК. Продолжительность операции с использованием высокочастотной энергии в среднем была равна $52,4 \pm 10,2$ мин, а с

использованием гемобен - $46,8 \pm 8,2$ мин. Электрохирургическое воздействие характеризуется большой задымленностью, значительно ухудшающей визуальный контроль области операции. При использовании высокочастотной электроэнергии было также сложно контролировать глубину электрохирургического воздействия, что в 7 случаях (12,5%) привело к перфорации стенки желчного пузыря и кровотечению, а в 3 наблюдениях (5,3%) – ожогам ложа желчного пузыря. В основной группе отмеченных выше интраоперационных осложнений мы не наблюдали по известной причине, а именно в связи с использованием для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря гемобен, а также отсутствием термического поражения окружающих тканей. При обработке ложа желчного пузыря гемостатический эффект гемобен значительно выше, чем при электрокоагуляции, благодаря этому не было необходимости в повторной обработке ложа. Следует отметить, что в основной группе при наличии активного кровотечения из мелких артериол в 5 (13,5%) случаях мы были вынуждены применить локальную термокоагуляцию.

Разработанная методика остановки кровотечения позволили в 3 раза снизить количество интраоперационных осложнений, обусловленных качеством обработки ложа желчного пузыря. Наш опыт свидетельствует, что гемобен позволяет избежать специфических опасностей и осложнений электрохирургических методов остановки кровотечения из ложа желчного пузыря.

Выводы: Таким образом, применение гемобен в ходе ЛХЭК обладает рядом преимуществ перед применением высокочастотной электроэнергии: высокой степенью адгезии гемобен к ложу желчного пузыря, мгновенной остановкой кровотечения, полным отсутствием повреждений тканей, исключением повреждений глублежащих сосудов и желчных протоков. Указанные преимущества позволили снизить количество интраоперационных осложнений и избежать развития послеоперационных осложнений.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ

**Рахманова Р.С., Исхаков Б.Р., Бузурханова Р., Исхаков Н.Б., Жаббаров Б.Р.,
Кулдашев Д.Т., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Нами в течение последних 20 лет в отделении экстренной гинекологии Наманганского филиала РНЦЭМП были, выполнены 6411 оперативные вмешательства по поводу осложненных кист яичников. Возраст пациентов колебалось от 10 до 50 лет.

При наличии рубцов на передней брюшной стенке после лапаротомических операций, у больных осложненными кистами яичников и с признаками массивного внутрибрюшного кровотечения в брюшную полость выбрали традиционный способ операции у 3590 (56,0%) больных, лапароскопический способ - у 2821 (44,0%).

Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz”. Первый 10мм. троакар для лапароскопа вводили супраумбиликально. Второй 10 мм. троакар вводили по точке Мак-Бурнея справа. Третий 5мм. троакар для манипулятора вводили пункцией левой подвздошной области. При эндохирургическом лечении осложненных кист с гемоперитонеумом осуществлялась в основном эвакуация крови с последующей санацией брюшной полости растворами антисептиков с применением ирригоаспиратора «БРИОСАН»,

По поводу осложнений, кисты разрывом с гемоперитонеумом до 500 мл– лапароскопическая кистэктомия (перицистэктомия, вылуцивание слизистой оболочкой кисты - энуклеация) была выполнена у 2099 (74,4%) больных.

При многокамерных кистах яичников осложненных, разрывом 245 (8,7%;) была выполнена кистовариоэктомия.

Симультанная двухсторонняя кистэктомия из яичников была выполнена у 104 (3,7%) пациенток.

При нагноившихся дермоидных кистах яичников у 94 (3,3%) женщин во избежание разрыва и инфицирования брюшной полости выполняли кистэктомия – лапароскопически ассистированный способом или использовали контейнеры для безопасного извлечения.

При перекрути ножки придатков матки с некрозом последних 79 (2,8%) пациентам была выполнена лапароскопическая аднексэктомия.

При эндометриoidных кистах яичников с кровоизлияниями в брюшную полость 28 (1,0%) пациентам кистэктомия сочетались с диатемокоагуляцией эндометриoidных очагов.

Симультанная лапароскопическая кистэктомия яичников с со стерилизацией маточных труб выполнена у 172 (6,1%) женщин.

Массивные спайки в малом тазе, большой гемоперитонеум объемом более 500 мл, большие размеры кисты яичников более 15 см являлись показанием конверсии у 68 больных.

Ввиду возможности рецидива кисты на другом яичнике, мы по возможности стремимся, сохранить даже минимальные участки ткани оперируемого органа. Перед тем как извлечь удаленную кисту из брюшной полости, мы погружаем ее в латексный или резиновый мешок соответствующего объема. Края мешки выводятся через прокол 10-и мм троакара тем самым ограничивая брюшную полость и ткани передней брюшной стенки от контакта с содержимом (нагноившихся) дермоидной кисты. Для уменьшения размеров кисты мы производили вскрытие капсулы непосредственно в полости мешка.

Максимальный размер удаленный нами кисты составлял 15 см в диаметре.

Ретенция промывной жидкости (7) и внутрибрюшное кровотечение (3) ранняя спаечная непроходимость (4) у больных после лапаротомических операций явились показанием к реоперации - лапароскопической санации брюшной полости, разъединением спаек с повторным дренированием полости малого таза (0,4%).

Осложнения, связанные с применением лапароскопической техники не наблюдали.

Осложнений нагноением и инфильтратом лапаротомической раны наблюдали у 14 больных. Средний койко-день составил – 3,4 дня у больных оперированных лапароскопическим способом и 6,5 дня у больных перенесших лапаротомический доступ операции.

Таким образом, лапароскопический способ оперативного вмешательства по поводу осложненных кист яичников являются более бережным, щадящим по сравнению с лапаротомическим доступом.

Пациентки после лапароскопических операций активны, не испытывают болевых ощущений.

Лапароскопический способ операции способствует значительному снижению количества послеоперационных осложнений. У такого контингента женщин наступает ранняя трудоспособность и социальная реабилитация.

ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Рахманова Р.С., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Бузурханова Р., Исхаков Н.Б., Жаббаров Б.Р., Кулдашев Д.Т., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Преимущества внутриматочной контрацепции наряду с другими методами (барьерная, гормональная, химическая и др.) очевидны. Но при введении внутриматочной спирали (ВМС) могут наблюдаться осложнения, такие как эндометрит, гиперполименорея. Одним из серьезных осложнений является перфорация матки с выходом спирали за ее пределы. Данное тяжелое последствие наблюдается у 0,003–0,8 % пациенток, что по данным ВОЗ соответствует одному случаю на 150–9000 введений.

Частота развития перфорации матки зависит от множества факторов: материала, из которого изготовлено ВМС, формы, индивидуальных анатомических особенностей матки каждой пациентки, соблюдения техники и оптимальных сроков введения внутриматочного устройства. Типичным местом перфорации является дно матки, стенка шейки и угол между шейкой и телом матки. (Купина А.Д. –2019).

Целью исследования являются улучшение результатов лечения больных с экспульсией ВМС в брюшную полость путем использования эндовидеотехники.

Материал и методы. За последние 20 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 54 женщины с экспульсией ВМС в брюшную полость.

По возрастному фактору пострадавшие распределены следующим образом: до 19 лет 11 (20,4%), от 19 до 44 лет –32 (59,2%), от 45 до 59 лет 11 (20,4%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 79,3%.

Введение ВМС производилось в различных медицинских учреждениях и удалений которых не было. Больные были направлены к нам из поликлиники и РМО в связи болями внизу живота, кровотечением, аномальными выделениями из влагалища, лихорадкой.

Больные поступили в сроке от 10 дней до 3-х месяцев с момента установления ВМС.

При поступлении больным проводили комплексные обследования: рентгеноскопия и УЗИ органов малого таза, общеклинические и биохимические анализы крови, ПТИ, свертываемости крови и т.д.

Для операции использовали лапароскопическая стойка фирмы «Karl Storz». В большинстве случаев для удаления ВМС из брюшной полости использовали один 5мм. троакар через прокол левой подвздошной области. У больных с абсцессами, инфильтратами малого таза дополнительно применяли второй 10мм. троакар проколом правой подвздошной области. После удаления инородного тела (ВМС) по показаниям санировали полости малого таза и дренировали последнего силиконовой трубкой.

На диагностическом этапе лапароскопии были выявлены: перфорация дна матки у 6 (11,1%) (поступивших в сроке до 5-7 суток с момента установления ВМС), тубоовариальный абсцесс у 18 (33,3%), абсцесс большого сальника 5 (9,3%), инфильтрат Дугласово пространство у 20 (37%), пельвиоперитонит и свободное нахождение ВМС в малом тазу – у 4 (7,4%) больных.

У 1 (1,9%) пациентки ВМС в брюшной полости не был найден. При интраоперационной рентгеноскопии инородное тело (ВМС) оказалась в мочевом пузыре, который удален цистоскопически.

Осложнений связанные с лапароскопией и удалением ВМС не наблюдали. Больным назначили анальгетики на 1 суток, по показаниям антибиотики в таблетках до 5 дней. Дренажные трубки удаляли на 2-3 сутки после УЗИ.

Средний койко-день составил – 1,5 суток.

Заключение. Внутриматочные устройства являются одними из самых популярных и эффективных способов контрацепции. Однако при использовании ВМС повышается риск развития инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза и в редких случаях возможна перфорация матки с миграцией ВМС в малый таз, свободную брюшную полость, мочевого пузыря с образованием утеровезикальных свищей.

Таким образом, несмотря на достаточно редкие случаи развития перфорации матки, транслокации внутриматочного устройства, гнойных тубоовариальных псевдоопухолей, пельвиоперитонита и других инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза, врачу акушеру-гинекологу необходимо помнить о возможности возникновения данных негативных последствий использования ВМС.

ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Рахманова Р.С., Исхаков Б.Р., Бузурханова Р., Исхаков Н.Б., Жаббаров Б.Р.,
Кулдашев Д.Т., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Частота внематочной беременности имеет стойкую тенденцию к росту во многих странах мира, в Российской Федерации она составляет от 1,3 до 6,0% от общего числа больных в гинекологических стационарах, а в структуре причин материнской смертности занимает 7,4% (Шаршова О.А., 2012г.).

С 2010 по 2000 г.г. в Наманганском филиале РНЦЭМП с подозрением на внематочную беременность на стационарном лечении находились 2214 больных.

Традиционным способом - лапаротомным доступом в экстренном порядке оперированы 1649 (74,4%) больных. Показанием к экстренной операции были: постгеморрагический шок, перенесенные операции на брюшной полости.

У 565 (25,6%) больных была выполнена диагностическая лапароскопия.

На диагностическом этапе лапароскопии, эктопическая беременность исключена у 48 (8,4%) больных (выявлены: острый аппендицит, сальпингиты, склерокистоз яичников, разрыв кисты яичника, эндометриоз яичника).

Выявленные при лапароскопии: брюшная беременность (4), при локализации трубной беременности на интерсициальной части (5), прорвавшейся трубная беременность с гемоперитонеумом более 700 мл (32), выраженный спаечный процесс малого таза из-за перенесенных воспалительных заболеваний придатков матки (12) являлись показанием к переходу лапаротомии.

При прогрессирующей трубной беременности по типу трубного аборта с гемоперитонеумом до 500мл была выполнена лапароскопическая тубэктомия у 186 (33,0%) больных.

У 78 (13,8%) больных была выявлена прогрессирующая трубная беременность без гемоперитонеума и выполнена лапароскопическая тубэктомия.

Польный трубный аборт с гемоперитонеумом диагностирован у 27 (4,8%) женщин. Этим пациентам была выполнена лапароскопическая ревизия маточно-прямокишечного пространства, удаление плодного яйца в виде темно-вишневого кусочка ткани, санация и дренирование полости малого таза.

Малый гемоперитонеум (до 500 мл) у 46 (8,2%) больных с прорвавшейся трубной беременностью не являлись к лапароскопической тубэктомии.

Лапароскопическая тубэктомия была выполнена у 91 (16,1%) женщин с застарелой внематочной беременностью.

Симультанные лапароскопические операции тубэктомия сочетались с кистэктомией (16), сальпингостомией, сальпингонеостомией (16) у 32 (5,6%) женщин.

Мы выполняли у 4 (0,7%) больных органосохраняющего хирургического лечения трубной беременности (лапароскопическая туботомия, выдавливание плодного яйца («Милкинг») с наложением атравматического шва на раны).

В послеоперационном периоде у всех больных проводилась антибактериальная терапия. Осложнений связанные с использованием лапароскопической техники не наблюдали. Койко-дни у женщин перенесших лапароскопические операции не превышали 3-4 дня.

Таким образом, выбором метода хирургической коррекции внематочной беременности должна быть оперативная лапароскопия.

Современное развитие малоинвазивной хирургии позволяет все операции на маточных трубах производить во время лапароскопии.

По данным литературы и наших клинических наблюдений при трубной беременности возможно выполнение органосохраняющих операций с сохранением репродуктивной функции.

ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ

**Рахманова Р.С., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Бузурханова Р. Жаббаров Б.Р.
Наманганский филиал РНЦЭМП.**

Воспалительные заболевания придатков матки занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и являются одной из главных причин снижения трудоспособности женщин.

В последние годы все шире используется лапароскопия при хирургическом лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, особенно актуален эндохирургический подход у женщин детородного возраста.

За последние 20 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП с гнойным пельвиоперитонитом на стационарном лечении находились 2967 больных. Пациентки в фертильном возрасте были 2947 (99,3%), в детском и подростковом возрасте -20 (0,7%).

Больные поступили скорой помощью - 673 (22,7%), направлением поликлиники - 312 (10,5%) и самотеком - 1982 (66,8%).

Больные с момента поступления в стационар были оперированы в сроке до 6 часов 964, до 12 -24часов -278, в сроке более 24 ч - 22.

Консервативное лечение получали 1703 (57,4%) больных. Оперативному лечению подвергались 1264 (42,6%) больных.

Лапароскопический способ операции применен у 1028 (84,7%), лапаротомный - 42 (%), пункционный (катетеризация малого таза через пункции заднего свода с применением антисептиков, антибактериальной терапией) - 192 (%), релапароскопия -2 (%).

Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы “Karl Storz”. Первый 10мм. троакар для лапароскопа вводили супраумбликально. Второй 10 мм. троакар вводили по точке Мак-Бурнея справа. Третий 5мм. троакар для манипулятора вводили пункцией левой подвздошной области. При эндохирургическом лечении

пельвиоперитонитов осуществлялась в основном эвакуация патологического выпота с последующей санацией брюшной полости растворами антисептиков с применением ирригоаспиратора «БРЮСАН», тубэктомия выполнена у 32 пациенток старшего репродуктивного возраста при наличии пиосальпинксов. Двухсторонняя тубэктомия была выполнена у 7 пациентов, имеющих 3 и более детей, согласием родственников.

Полость малого таза дренировали при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар справа. Продолжительность операции составило от 15 минут до 45.

Повторное поступление больных перенесших лапароскопическую санацию брюшной полости по поводу пельвиоперитонита в течение года были 21, при лапароскопии отмечен пиосальпинкс пиоовар, им была выполнена лапароскопическая аднексэктомия (12). В 10 случаях выполнены органосохраняющие вмешательства с сохранением труб и по возможности тканей яичников.

Осложнения в виде продолжающего перитонита наблюдали у одной пациентки, прооперированной пельвиоперитонитом лапаротомным доступом. Реоперация - лапароскопическая санация, повторным дренированием малого таза, последующей антибактериальной терапией была достаточной для выздоровления больной.

В послеоперационном периоде у всех больных проводилась антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Средний койко-день составил – 3,1 дня у больных оперированных лапароскопическим способом и 5,7 дня у больных перенесших лапаротомный доступ операции.

Таким образом, использование эндовизуальных технологий в лечении пельвиоперитонита у женщин детородного возраста позволяет адекватно корригировать имеющуюся патологию, способствует значительному снижению количества послеоперационных осложнений и уменьшению продолжительности временной нетрудоспособности. Дает хороший фармакоэкономический и косметический эффект.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Рузматов А. Э., Ваккасов М.Х., Мамадумаров Т.С., Исхаков Б. Р., Исхаков Н. Б.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность: Доступным в настоящее время методом диагностики и динамического контроля острого панкреатита (ОП) является ультразвуковое исследование. Для более детальной оценки изменений в паренхимы поджелудочной железы и определения дальнейшей тактики лечения широко используется компьютерная рентгенодиагностика (МСКТ).

Цель: улучшить результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита.

Материал и методы исследования: В Наманганском филиале РНЦЭМП у 119 больных с деструктивными формами болезни проводили МСКТ, с помощью которой определили объем, локализацию деструктивных изменений в поджелудочной железе и их распространение по окружающим областям. Учитывая выше указанных данных, появляются возможность определить дальнейшую тактику и объем проводимых оперативных вмешательств.

Результаты исследования: Степень тяжести острого панкреатита определяли с использованием томографического индекса Balthazar (CT Severity Index - CTSI). Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной железе прибавляют баллы, соответствующие объему некроза ткани поджелудочной железы: 2

балла - при некрозе менее 1/3 объема паренхимы, 4 балла - при некрозе более 1/3, но менее 1/2 объема, 6 баллов - при некрозе более 1/2 объема. Счет баллов производится от 1 до 10. Распределение больных острым панкреатитом в соответствии с индексом CTSI представлено в табл.

Балльная система Balthazar (1985 г)

Некроз ПЖ	Балл	(100%)
А) Отсутствие некроза	0	-
Б) Некроз одной трети поджелудочной железы	2	50,7%
В) Некроз половины поджелудочной железы	4	23,3%
Г) Некроз более половины ПЖ	6	26,0%

У 119 больных проведено МСКТ. По результатам исследования у 31 больных (26,1%) выявлено было поражение более 50% паренхимы ПЖЖ, у 26 (21,8%) - от 30 до 50% паренхимы, у 62 (52,1%) - менее 30%. У 51 (42,8%) больных на фоне изменений структуры поджелудочной железы выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

Отсутствие некроза (0 балл) в нашем наблюдении не отмечалось, некроз одной трети поджелудочной железы – (2 бала) выявлено у 51,7% больных, некроз половины поджелудочной железы (4 балл) - у 22,6% больных, некроз более половины ПЖ (6 балл) у 25,7% больных. (Балльная система Balthazar 1985 г)

Ежедневная оценка тяжести состояния больного по балльную систему Balthazar и УЗИ мониторинг не только имеют высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к оперативному вмешательству и дифференцированного подхода при выборе режимов комплексного лечения.

Сроки оперативного вмешательства зависело от общего состояния больного, клинического течения болезни, степени нарастания симптомов интоксикации (тяжести гемодинамических нарушений и степени панкреатогенного шока), функциональной недостаточности паренхиматозных органов, постнекротических осложнений, а также результатов инструментальных исследований.

Заключение: Применение компьютерных методов диагностики позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий, а также сроков операции и вида оперативных вмешательств.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ.

С.М.Ахмадалиев, Х.Т.Мусашайхов, Х.М.Мамадиев, Ф.Д.Икрамова
Андижанский Государственный медицинский институт

У женщин детородного возраста варикозная болезнь вен нижних конечностей является самой распространенной патологией периферических сосудов. Различные формы этого заболевания встречаются у 26-38 %. Тромбофлебит является одним из самых тяжелых осложнений варикоза у беременных. Тромбофлебит приводит также к легкому инфицированию и образованию язв.

Учитывая ограниченный набор методов лечения, которые можно применять при беременности зачастую врачи ограничиваются лишь консервативными и профилактическими методами лечения, которые улучшают отток крови из вен ног. В этом случае ноги перебинтовывают эластическими бинтами, носят поддерживающие чулки, а

также проводят щадящую лечебную физкультуру. Применение сосудорасширяющих средств нецелесообразно так как не изучено их влияние на плод. В подобных ситуациях, когда медикаменты принимать невозможно ношение компрессионного трикотажа является одним из единственных методов профилактики варикоза. Компрессионные чулки следует носить в течении всей беременности, а также два месяца после родов. Кроме того, рекомендуется использовать чулки защищающие от образования тромбов. При постоянно развивавшемся во время беременности варикозе необходимо использовать эластичные бинты даже во время родов. Обязательно наблюдается – у врача флеболога в течение всего периода беременности и после родов.

В большинстве случаев варикоз проходит спустя несколько месяцев после родов и вены приходят в норму. Если болезнь сильно прогрессирует и приводит к выраженному тромбофлебиту и трофическим язвам – беременной может потребоваться оперативное вмешательство, которое по особым показаниям разрешается проводить первые шесть месяцев. При возникновении тромботических осложнений варикозной болезни, особенно при восходящем тромбофлебите показано радикальная флебэктомия тромбированных участков. При разрыве варикозно-расширенного узла нужно производит ушивание кровоточащего сосуда, а через 2-3 месяца после родов в обязательном порядке радикальное оперативное лечение.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАТРУДНЕННОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЖОГОВЫМИ КОНТРАКТУРАМИ ЛИЦА И ШЕИ

Садикова М.А

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. У пациентов с ожоговыми контрактурами лица, шеи и груди предоперационное прогнозирование трудных дыхательных путей является первостепенной задачей. Трудные ларингоскопия и интубация трахеи в большинстве случаев являются результатом неадекватной предоперационной оценки проходимости верхних дыхательных путей. Алгоритмы действий при ТДП отличаются в разных странах. Единая оценка риска развития феномена «трудных дыхательных путей» на этапах хирургического лечения последствий тяжелой ожоговой травмы лица, шеи, груди в мировой анестезиологической практике не разработана.

Стандартные методы оценки проходимости дыхательных путей, которые входят в международные рекомендации, не могут быть применимы у пациентов с послеожоговыми контрактурами лица, шеи, груди. Все стандартные шкалы объединяют одинаковые параметры, такие как открытие рта, разгибания и сгибания шеи, удачная или неудачная интубация в прошлом, выдвижение нижней челюсти, которые зачастую невыполнимы у пациентов с тяжелыми контрактурами лица, шеи, груди.

С учётом анатомо-функциональных изменений в верхних дыхательных путях (ВДП), подходы к прогнозированию ТДП, выбор оптимального метода интубации трахеи, анестезии при интубации, поддержания проходимости ВДП во время реконструктивно-пластической операции у подобного контингента больных требуют дальнейшего изучения. 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 надежных тестовых параметров у подобного контингента больных, которые требуют дальнейшего изучения. С этой целью

мы предположили, что оценка вышеуказанных параметров может быть дополнена УЗИ тканей шеи.

Цель исследования: Определить прогностическую ценность измерений толщины мягких тканей шеи путем ультрасонографии для диагностики возможной трудной интубации трахеи;

Материал и методы исследования:

В исследование включены данные УЗИ исследований мягких тканей передней поверхности шеи 78 больных, оперированных в клинике ММЦ Андижанского вилоята. Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю (основную) группу вошли 56 пациентов с тяжелыми контрактурами лица, шеи и груди, в возрасте от 16 до 50 лет (мужчин – 13 (23,2%), женщин – 43 (76,8%)). 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. (мужчин - 8 (37,7%), женщин – 14 (63,3%)).

Средний возраст пациентов обеих групп был $31,5 \pm 8,7$ и $32,2 \pm 10,6$, женщин было больше, чем мужчин – 76,8% и 63,3%. Причинами рубцовых деформаций и дефектов мягких тканей лица, шеи и груди были ожоги пламенем, горячими жидкостями, кислотой, электричеством. 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.

Тироментальное расстояние (ТМР) измеряли от подбородочного выступа до щитовидного хряща при полностью вытянутой шее пациента. Грудино-ментальное расстояние (ГМР) измеряется от надгрудинной вырезки до подбородка при полностью вытянутой шее. Окружность шеи (ОШ) измеряли по щитовидному хрящу. Межрезцовый промежуток (МРП) измеряли от верхних центральных резцов до нижних центральных резцов при полностью открытом рте пациента. Был проведен тест прикуса верхней губы (ТПВГ), когда пациенту было предложено прикусить верхнюю губу.

Ультразвуковые измерения проведены аппаратом Fujifilm Sonosite EdgeInc. – USA) линейным датчиком 8-13 Гц. по следующей методике: Больного укладывают 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: над подъязычной костью, щитоподъязычной мембране и передней спайке. 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. На рисунке представлены собственные данные.

Для получения средненормативных значений указанных величин, исследовали область шеи у 22 пациентов с абдоминальной патологией без деформаций кожных покровов.

Результаты и их обсуждение. При проведении УЗ исследования тканей верхних дыхательных путей по всем изучаемым показателям отмечена достоверная разница между пациентами 1 и 2 групп. Так, тироментальное 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, что совпадает с мнением ряда исследователей.

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.

Результаты нашего исследования показывают, что толщина мягких тканей передней части шеи на уровне подъязычной кости, щитовидно-подъязычной мембраны и передней спайки больше в основной группе. Значения трех параметров (основная группа против контрольной): подъязычная (1,30 см ± 0,20 против 0,82 см ± 0,13 см), щитоподъязычная мембрана (1,49 см ± 0,11 см против 1,14 см ± 0,14) и передняя спайка (1,92 см ± 0,14). 0,15 см против 1,43 см ± 0,10 см), могут иметь важное значение в диагностике сложной интубации трахеи. Мы полностью согласны с мнением некоторых авторов, которые указывают на то, что эти три параметра являются независимыми предикторами трудной ларингоскопии.

Выводы:

Таким образом, тест Маллампати – хороший прогностический тест в диагностике ТДП, но при передних грубых келлоидных рубцах лица, шеи и груди из-за ограничения открытия рта, резкого сгибания головы, связанных с контрактурами, этот метод не отличается достоверностью. Таким образом можно сделать вывод, что ультразвуковое измерение толщины мягких тканей подъязычной кости, щитовидно-подъязычной мембраны и передней спайки голосовой связки являются хорошими независимыми предикторами трудной ларингоскопии. Отдельные параметры показали ограниченную достоверность. В сочетании с традиционными скрининговыми тестами они улучшают возможность прогнозирования сложной ларингоскопии.

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

**Сафаров С.С., Хамдамов Б.З., Хамдамов А.Б.
Бухарский государственный медицинский институт**

Актуальность. Развитие гнойно-септических осложнений эхинококкоза и эхинококкэктомии приводят к значительному увеличению продолжительности лечения, росту частоты инвалидности и летальности, которая в среднем варьирует в пределах 7,2-10,8%. В этой связи прогнозирование и профилактика осложнений в хирургии эхинококкоза легких и печени все еще остается далеко не решенной и актуальной.

Известно, что эхинококк, развиваясь в организме человека, который выступает в роли промежуточного хозяина, существенно влияет на перестройку иммунной системы. Механизм этих изменений на сегодняшний день изучены недостаточно. Многие сведения относительно иммунной ответной реакции организма на инвазию эхинококка разнонаправленные, порой даже противоречивейшие друг-другу. Существует мнение о том, что, попадая в организм эхинококк стимулирует иммунную систему хозяина. Это проявляется развитием ряда клеточных и гуморальных реакций. Наравне с этим имеются сведения относительно угнетения иммунитета. Сторонники данной теории утверждают, что подавление защитных механизмов хозяина как против их собственных антигенов (гомологичная иммунодепрессия), так и антигенов других инфицирующих организмов агентов (гетерологичная иммунодепрессия).

В литературе нет данных о влиянии исходных изменений иммунологического статуса больных эхинококкозом на частоту и тяжесть развития гнойно-септических осложнений и динамики изменения иммунологических показателей в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Обследовано 65 больных с эхинококкозом печени, которые были оперированы в клинической базе кафедры хирургических болезней с курсом урологии Бухарского государственного медицинского института с 2012 по 2022 годы. Основной целью исследования была оценка клинико-иммунологических изменений и выявление их роли в развитии послеоперационных гнойно-септических осложнений.

Средний возраст больных составил $52,3 \pm 12,5$ лет. Среди больных преобладали пациенты женского пола в соотношении 1:1,52. В большей части (73,8%) пациенты были трудоспособного возраста, работавшие в условиях сельской местности.

У 84,6% больных был выявлен первичный эхинококкоз печени, при этом у 54 больных (83,1%) он носил солитарный характер. Множественные эхинококковые кисты печени встречали у больных с рецидивной формой заболевания. При этом резидуальные формы поражения печени эхинококком характеризовались как одиночными, так и множественными кистами, которые были распределены в равной пропорции.

Методы исследования включали в себя комплекс клинических, лабораторных и специальных иммунологических методов, которые позволяли более детально оценить функциональные состояние организма и печени. В обязательном порядке использовались пробы Кацони, латекс агглютинации и непрямой гемагглютинации методом иммуноферментного анализа.

Объем исследования иммунологического спектра крови включал в себя определение относительного и абсолютного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, тимусзависимых Т-лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов в до и в динамике послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение. У 22 (33,8%) больных нами были отмечены послеоперационные осложнения различного характера. При этом у 5 (7,7%) больных послеоперационные осложнения носили не воспалительный характер (печеночная недостаточность, острая сердечно-сердечная недостаточность, кровотечение, желтуха). В 26,1% случаев послеоперационные осложнения носили гнойно-воспалительный характер, что свидетельствует о важности оценки иммунологического статуса у данной категории больных.

Исследование состояния клеточного иммунитета у больных с эхинококкозом печени позволило выявить наличие существенных изменений. При этом выявленные изменения в дооперационном периоде были однотипными как среди больных, у которых в послеоперационном развилось осложнение, так и среди больных, у которых послеоперационный период протекает без каких-либо осложнений. Однако сепарирование каждого исследуемого показателя, позволило выявить отличительные стороны, которые характеризовались более достоверным ($p < 0,001$) снижением фагоцитарного числа нейтрофилов именно у тех больных, у которых в послеоперационном периоде развились гнойно-воспалительные осложнения. Мы целенаправленно констатируем данный факт, так как после стимуляции иммунитета, показатель фагоцитарного резерва периферической крови достоверно снижался ($p < 0,05$) у всех больных.

Исследование содержания Т-лимфоцитов у больных с эхинококкозом печени до операции и в динамике послеоперационного периода показала разницу между больными с нормальным течением послеоперационного периода, и с послеоперационными осложнениями. Так, у больных с нормальными послеоперационным течением, исходное значение содержания тимусзависимых Т-лимфоцитов до операции был достоверно снижен лишь в процентном соотношении ($p < 0,05$). В то же время, у больных с гнойно-воспалительными осложнениями в послеоперационном периоде, исходное значение данного показателя было снижено как в процентном ($p < 0,01$), то есть в относительном, соотношении, так и в абсолютном ($p < 0,05$). Интересным является тот факт, что выявление подобного характера изменения содержания тимусзависимых Т-лимфоцитов в периферической крови характеризовала идентичную тенденцию, то есть снижение как относительного ($p < 0,01$), так и абсолютного значения ($p < 0,01$), среди больных с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями, в зависимости от тяжести их развития.

Известно, что оценка соотношения теофилинрезистентных и теофилинчувствительных лимфоцитов позволяет оценить уровень нарастающей супрессорной активности Т-лимфоцитов. В наших исследованиях было выявлено достоверное ($p < 0,05$) нарастание данного соотношения по мере увеличения количества больных с гнойно-воспалительными осложнениями в послеоперационном периоде.

Так же были отмечены изменения в субпопуляционном составе Т-лимфоцитов, которая имела тенденцию к уменьшению как относительного, так и абсолютного содержания CD4+ Т-лимфоцитов у больных с послеоперационными гнойно-септическими осложнениями. Данный характер изменений можно трактовать как уменьшение соотношения хелперов/индукторов. Они были более выражены, по сравнению с больными, у которых послеоперационный период протекал без осложнений ($p < 0,01$).

Уровень относительного содержания CD8+ Т-лимфоцитов характеризовался тенденцией к повышению как среди больных с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями, так и среди больных с нормальным послеоперационным течением.

Заключение. Таким образом, у больных с эхинококкозом печени имеется снижение уровня Т-лимфоцитов (тимусзависимые Т-лимфоциты), дисбаланс субпопуляции иммунорегуляторных клеток, свидетельствующие о прогрессирующей Т-клеточной недостаточности, снижении хелперной и росте супрессорной активности Т-лимфоцитов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Сахобиддин Камариддинович АБДУЛСАИДОВ., Янгиев Бахтиёр Ахмедович.
Врач ординатор Самаркандский филиал РНЦЭМП Республика Узбекистан,

Цель. исследование послужило изучению результатов видеолaparоскопических вмешательств при панкреонекрозе.

Материалы и методы. Нами обследовано и оперировано 22 больных со стерильным панкреонекрозом. Все больные поступили с клиникой деструктивного панкреатита по экстренным показаниям. Женщин было 8 (36,3%), мужчин – 14 (63,7%). Возраст больных варьировал от 28 до 75 лет. У всех пациентов имела место яркая клиническая картина острого панкреатита, во всех случаях был выявлен алиментарный генез поражения поджелудочной железы. У 10 (45,5%) пациентов диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 8 (36,4%) смешанный, а у 4 (18,1%) – жировой. У 12 (54,5%) имелись признаки ферментативного перитонита, в 15 (68,2%) случаях зарегистрирована ферментативная парапанкреатическая флегмона.

Результаты. Видеолaparоскопические операции включали дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 5 (22,7%) больных, абдоминализацию поджелудочной железы с дренированием парапанкреатической клетчатки у 17 (77,3%). Хорошие результаты достигнуты у 10 (45,4%) пациентов с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе, в то же время, несмотря на проведенную абдоминализацию и интенсивную антибактериальную терапию деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 (31,8%) больных, что явилось показанием для проведения лапаротомии и широкого дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна больная (5,5%) несмотря на проведенную интенсивную терапию и санационные релапаротомии умерла на 21 сутки лечения от сепсиса. В 4 (18,2%) случаях у больных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псевдокисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований.

Выводы. Применение ранних видеолапароскопических вмешательств в комплексном лечении больных со стерильным панкреонекрозом позволяет в ряде случаев достигнуть abortивного течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. В тоже время видеолапароскопическая абдоминализация поджелудочной железы, к сожалению, далеко не всегда предотвращает инфицирование и прогрессирование панкреонекроза и зачастую является последующего более радикального лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ

Собиров Э.К., Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан.
Медицинский госпиталь ALMOZM (Директор госпиталя Dr Ali Alejenef), Арабская Республика Ливия.

Не смотря на развитие и достижения операций с использованием эндовидеолапароскопической техники, проблема хирургического лечения острого аппендицита, остается актуальной, и требует дополнительных изысканий в этом направлении. Данный факт связан с высоким уровнем заболеваемости – 4-6%, из всех оперированных urgentных пациентов аппендэктомии составляют около 40%, и диагностическими ошибками в пределах 12% - 31%. При этом, летальность при данной патологии составляет 0,1-0,2% при выполнении оперативных вмешательств, а при отказе от операции данный показатель возрастает до 10%. Кроме того, по данным ряда авторов гистологически неизменный отросток удаляется в пределах от 47% - 59% случаев.

В 1983 году генеколог Semm (Кильский университет, Германия) впервые выполнил лапароскопическую аппендэктомию, но до сих пор внедрение данной операции имеет свои сложности и проблемы, со временем появились сторонники данной операции ратующие за активное внедрение лапароскопической аппендэктомии в клиническую практику, но необходимо отметить есть и противники. Таким образом, лапароскопическая аппендэктомия не стала «золотым стандартом» в хирургическом лечении острого аппендицита. Такое положение связано с нерешенными вопросами как технического, так и тактического плана, нельзя исключать из внимания еще и административную сторону данной проблемы. Кроме того нет единых стандартов диагностики и лечения острого аппендицита с использованием возможностей современной эндовидеолапароскопической техники.

За период с 2019 по 2022 годы в отделение хирургии Медицинского госпиталя ALMOZM лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 128 пациентов. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 64 лет. Мужчин – 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). Всем пациентам производили комплексное обследование, при этом базовыми являлись тщательный сбор анамнеза, клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование брюшной полости, диагностическая лапароскопия. Ультразвуковое исследование брюшной полости производили с помощью сканера SonoScare – P20, производства Германия. Диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства производили эндовидеолапароскопическим комплексом фирмы COMEG, производства Япония, и набором инструментов фирмы Karl Storz производства Германия. Диагноз острого аппендицита выставлялся на основании комплекса полученных данных.

Из 128 пациентов с острым аппендицитом у 22 (17,2%) диагностирована катаральная форма, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалось флегмонозная форма, и у 17 (13,3%) – гангренозная форма. Пациенты оперированы в течение 3-4 часов с момента поступления

после кратковременной интенсивной подготовки с учетом общего состояния. Лейкоцитоз у оперированных больных варьировал от 9,7 до 19,4 тыс/мкл. Необходимо отметить, что чувствительность ультразвукового исследования при остром аппендиците составило 87,6%. Относительно большой процент деструктивных форм острого аппендицита, а именно 106 или 82,8%, связано с поздней госпитализацией, отдаленностью проживания пациентов и местными социально-бытовыми условиями.

Начальным этапом оперативного вмешательства являлась обзорная диагностическая лапароскопия, которая производилась через 11 – миллиметровый троакар, установленный в верхней точке Калька, при этом поэтапно осматривалась против часовой стрелки, гастродуоденальная зона, район печени, ободочную кишку, ее восходящий отдел, зона слепой кишки и конкретно червеобразный отросток. По ходу визуального исследования зон интереса оценивалась наличие и характер имеющейся жидкости. После оценки состояния червеобразного отростка завершали осмотр тонкой и толстой кишки, а у пациентов женского пола – матку и ее придатки. После верификации диагноза острого аппендицита, всесторонней оценки операционной ситуации дополнительно устанавливали два отдельных порта – 10 мм в правой подвздошной области и 5 мм по средней линии на 3-4 см ниже пупка в зависимости от ситуации. Таким образом, использовался трех троакарный доступ. Расположение троакаров не являлась стандартной, каждый вариант – в зависимости от операционной находки. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась антеградным и ретроградным способами.

Мобилизацию червеобразного отростка из спаечного процесса выполняли эндокручком под прикрытием монополярной коагуляции, при обработке брыжейки отростка использовали клипирование или узел Roeder, в зависимости от состояния брыжейки. Культю отростка легировали дважды. В некоторых случаях, если состояние основания отростка позволяло, производили клипирование, также дважды. Третья клипса - на уходящую часть червеобразного отростка. При обработке культи отростка использовалась точечная дозированная монополярная коагуляция. После лигирования культи отростка и брыжейки червеобразный отросток удалялся через 10-миллиметровый троакар. При деструктивных формах острого аппендицита операция завершалась санацией и обязательным дренированием брюшной полости, а именно зоны оперативного вмешательства.

Особо хотелось бы отметить группу пациентов с деструктивными формами острого аппендицита -106 (82,8%). В 7 случаях морфологические изменения купола слепой кишки и основания червеобразного отростка вынудили выполнить аппендэктомию экстракорпоральным путем, что составило 6,6%, но необходимо отметить, что санацию и дренирование выполнено лапароскопическим доступом. К этому моменту необходимо отметить, что у 43 (40,6%) больных с распространенным (в пределах двух анатомических зон брюшной полости) и локальным перитонитом санацию и дренирование брюшной полости выполнено лапароскопическим доступом. Данное обстоятельство потребовала установки дополнительных 5 – миллиметровых троакаров для выполнения качественной и надежной санации зоны интереса и установки дополнительных дренажей, что позволило избежать широкой лапаротомии. Таким образом, эти случаи внесены в разряд видеоассистированных оперативных вмешательств. В связи с этим, хотелось бы отметить, что нужно всегда помнить о своевременном переходе на классические варианты оперирования.

В послеоперационном периоде пациенты в течение 1-2 суток получали ненаркотические анальгетики, антибиотикотерапию, ранняя активация, выписывались на 4-5-6 сутки в зависимости от общего состояния. В раннем послеоперационном периоде имело место нагноение в точке введения умбиликарного троакара у 6 (4,7%) пациентов.

Таким образом, аппендэктомия с использованием эндовидеолапароскопической техники является эффективным методом лечения, должна выполняться строго по показаниям. Возможности современной эндовидеолапароскопической техники позволяют пересмотреть вопросы диагностики, тактики, показаний и противопоказаний и техники выполнения операций при остром аппендиците.

К ПРОБЛЕМЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.

**Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан.
Медицинский госпиталь ALMOZM (Директор госпиталя Dr Ali Alejenef), Арабская
Республика Ливия.**

На сегодняшний день нет сомнения, что тяжесть течения послеоперационного периода при вмешательствах на органах брюшной полости, во многом связана не с объемом хирургического пособия непосредственно на внутренних органах, а степенью травматизации оперативного доступа. Широкое внедрение малоинвазивных технологий оперирования объясняется тем, что при радикальности и эффективности они являются малотравматичными вмешательствами, обеспечивают хороший косметический эффект, и при соблюдении всех требований такого рода к операциям сопровождаются относительно редким возникновением тяжелых осложнений. К сожалению, не смотря на достижения операций с использованием эндовидеолапароскопической техники, проблема хирургического лечения острого аппендицита, остается актуальной, и требует дополнительных исследований в этом направлении. Это связано с высоким уровнем заболеваемости – 4-6%, из всех оперированных urgentных пациентов аппендэктомии составляют около 40%, и диагностическими ошибками в пределах 12% - 31%. При этом, летальность при данной патологии составляет 0,1-0,2% при выполнении оперативных вмешательств. Кроме того, по данным ряда авторов, гистологически неизменный отросток удаляется в пределах от 47% - 59% случаев.

Изучая проблему острого аппендицита по данным литературы, вопросы диагностики данной патологии на наш взгляд, следует рассматривать отдельно. Имея на вооружении массу клинических симптомов, лабораторных методов диагностики, применение современных инструментальных диагностических методов данная проблема и на сегодняшний день остается актуальной. Особенно трудна диагностика острого аппендицита при атипичных и редких формах. Ряд исследователей в диагностике острого аппендицита отдают предпочтение неинвазивным методам диагностики как ультразвуковое исследование, которое утвердило себя в качестве эффективного метода в диагностике данной патологии. При позитивном заключении ультразвукового исследования частота удаления неизменных червеобразных отростков составляет 5,4-6,7%, а при традиционном подходе к диагностике она доходит до 40%, а ложноотрицательный результат наблюдается в пределах 17,4% случаев. По данным В.П. Кочукова с соавт., на основании обследования 87 больных перенесших лапароскопическую аппендэктомию, чувствительность ультразвукового исследования брюшной полости при остром аппендиците составила 76,5%.

Что же касается лапароскопии в периодической литературе приводятся противоречивые данные о показаниях и противопоказаниях к диагностической и лечебной лапароскопии при остром аппендиците. На сегодняшний день нет единых стандартов диагностики и лечения острого аппендицита с применением лапароскопии. При возникновении дифференциально-диагностических трудностей в настоящее время проводится диагностическая лапароскопия. По данным ряда исследователей,

использование современного оборудования квалифицированным специалистом приближает диагностическую ценность лапароскопии к 100%. А.Г.Кригер с соавт., отмечают, вероятность ошибки при лапароскопической диагностике острого аппендицита составляет 1,7%, если червеобразный отросток доступен осмотру, и 8,5%, когда диагноз базируется на косвенных признаках, причем к ошибкам авторы относили неверное определение формы воспаления. В этом отношении интересно мнение В.П.Кочукова с соавт.: «Наиболее достоверным инвазивным способом диагностики острого аппендицита является мониторная лапароскопия. Далее... Именно мониторная лапароскопия под наркозом при наличии признаков острого аппендицита позволяет перейти к лапароскопической аппендэктомии». Весьма актуальным является такое специфическое только для лапароскопической хирургии понятие, как конверсия – переход от видеолапароскопического метода выполнения операции к традиционному открытому методу с целью ликвидации ошибок или осложнений, допущенных во время выполнения операции с использованием эндовидеолапароскопического доступа. Важным аспектом, было определение противопоказаний к выполнению лапароскопической аппендэктомии и показаний к конверсии. Данная проблема активно дискутируется в открытой печати и в настоящее время.

Заслуживают внимание публикации раскрывающие возможности видеоассистированной аппендэктомии в оперативном лечении острого аппендицита. Данное направление совмещает в себе комбинированный оперативный доступ в рамках принципа малоинвазивности, и совершенствование которого нуждается в дополнительных разработках и исследованиях. Особенно видеоассистированные оперативные вмешательства на наш взгляд перспективны при осложненных формах острого аппендицита, при различных атипичных вариантах его расположения, при деструкциях отростка с явлениями различной по распространенности перитонитах, особенно если имеются воспалительные изменения купола слепой кишки и основания червеобразного отростка. В этих случаях лапароскопия несет в себе не только диагностический характер, но и позволяет внести позитивный эффект на некоторых этапах операции. В частности визуальная оценка операционной находки, определение характера и распространенности патологического процесса, при решении использования открытого метода операции то есть конверсии, видеолапароскопия дает возможность выбора и маркировки (точной локализации и объёма) открытого доступа.

В конце XX – начале XXI века был проведен ряд рандомизированных исследований, показавших преимущество лапароскопической аппендэктомии перед традиционной в различных аспектах. В некоторых клиниках России и Европы лапароскопическая аппендэктомия практически вытеснила “открытую”. Более того, некоторые авторы выступают за предоставления данного метода статуса «золотого стандарта» оперативного лечения острого аппендицита, основываясь на большом клиническом материале. Однако, есть мнения, что, несмотря на бурное развитие и достижения лапароскопической хирургии, аппендэктомия с использованием видеоэндоскопической техники не стала «золотым стандартом». И, наконец, некоторые хирурги не видят преимуществ аппендэктомии лапароскопическим доступом по сравнению с “открытой” аппендэктомией, к тому же экономическая целесообразность выполнения аппендэктомии лапароскопическим доступом также является неразрешенным вопросом и носит дискуссионный характер.

Таким образом, операции с использованием в качестве оперативного доступа один из методов малоинвазивной хирургии или их комбинации, то есть оперативный доступ в рамках принципа малоинвазивности, в хирургическом лечении острого аппендицита и его осложнений, является перспективным направлением современной абдоминальной хирургии. Учитывая многогранность клинико-морфологических осложнений острого

аппендицита, данное направление требует дополнительных изысканий в плане разработки алгоритмов диагностики, изучения геометрии и возможностей комбинации различных методик оперативных доступов или их сочетаний, техники исполнения операции, оценки ближайших и отдаленных результатов. Это создаст условия для выявления общих закономерностей и создания в дальнейшем целостной картины данной проблемы.

ПРОФИЛАТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА.

Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан.
Медицинский госпиталь ALMOZM (Директор госпиталя Dr Ali Alejenef), Арабская Республика Ливия.

Актуальность темы. Развитие осложнений гнойно-воспалительного характера приводит к значительному увеличению длительности стационарного лечения, удорожанию стоимости лечения и в ряде случаев представляет реальную угрозу для жизни больного. Исходя из этого, оперативные вмешательства по поводу осложненных форм острого аппендицита требуют разработки новых методологических и технических подходов к вопросам профилактики и борьбы с послеоперационными осложнениями, даже если они носят вспомогательный характер.

Цель исследования. Выявить эффективность методики однократной превентивной антибиотикотерапии для профилактики гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы исследования. За период с 2019 по 2022 годы в отделение хирургии Медицинского госпиталя ALMOZM лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 128 пациентов. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 64 лет. Мужчин – 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). Всем пациентам производили комплексное обследование, при этом базовыми являлись тщательный сбор анамнеза, клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование брюшной полости, диагностическая лапароскопия. Ультразвуковое исследование брюшной полости производили с помощью сканера SonoScape – P20, производства Германия. Диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства производили эндовидеолапароскопическим комплексом фирмы COMEG, производства Япония, и набором инструментов фирмы Karl Storz производства Германия. Диагноз острого аппендицита выставлялся на основании комплекса полученных данных.

Из 128 пациентов с острым аппендицитом у 22 (17,2%) диагностирована катаральная форма, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалось флегмонозная форма, и у 17 (13,3%) – гангренозная форма. Пациенты оперированы в течение 3-4 часов с момента поступления после кратковременной интенсивной подготовки с учетом общего состояния. Лейкоцитоз у оперированных больных варьировал от 9,7 до 19,4 тыс/мкл. Необходимо отметить, что чувствительность ультразвукового исследования при остром аппендиците составило 87,6%. Относительно большой процент деструктивных форм острого аппендицита, а именно 106 или 82,8%, связано с поздней госпитализацией, отдаленностью проживания пациентов и местными социально-бытовыми условиями.

Методика однократной превентивной антибиотикотерапии: после определения индивидуальной чувствительности для каждого больного в отдельности, антибиотик (1 г. цефтриаксона) вводится однократно внутривенно за 30 минут до операции. Если

оперативное вмешательство проводилось более 2 часов, во время операции дополнительно вводится $\frac{1}{2}$ часть этого же антибиотика. Важно, чтобы предоперационная доза вводилась непосредственно перед операцией (за 30 мин.) так, чтобы во время первого введения троакара в сыровотке и тканях имелся достаточный уровень антибиотика. Если воздействие инфицирующих организмов вероятно (деструктивные формы аппендицита), то антибиотик дополнительно вводится с соответствующими интервалами во время операции, чтобы при необходимости был обеспечен достаточный уровень антибиотика. Учитывая высокие концентрации цефтриаксона в тканях после внутривенного введения, через 30 минут после внутривенного введения C_{max} составляет 100-150 мг/л, нами для превентивной антибиотикотерапии был выбран именно этот антибиотик.

Все больные в зависимости от применявшейся методики антибиотикотерапии разделены на две сравниваемые группы:

- I группа (контроль) – 49 больных (46,2%), применялась традиционная антибиотикотерапия с интервалом 6 часов в течении 6-7 дней;
- II группа (основная) – 57 больных (53,8%), применялась разработанная методика однократной превентивной антибиотикотерапии.

Сравнительную оценку течения послеоперационного периода проводили по следующим критериям: частота пульса, температура тела, уровень лейкоцитов в периферической крови, УЗС брюшной полости в динамике, при необходимости рентгеноскопия грудной клетки, динамический контроль состояния пункционных каналов.

Результаты исследования. При анализе динамики пульса до операции и в течение послеоперационного периода отмечалось учащение пульса в первые сутки у больных обеих групп. В первые сутки после операции температура тела была повышенной у больных I группы у 82,5%, во II группе – у 54,7%. На третьи сутки в основной группе у всех больных температура тела нормализовалась, тогда как, в контрольной у 35,1% больных была повышенной и сохранялась таковой на четвертые сутки у 21,1% больных.

Изучение динамики количества лейкоцитов в периферической крови показало следующие результаты: лейкоцитоз наблюдался в первые сутки у 85,3% больных I группы и у 62,5% больных II группы. На третьи сутки послеоперационного периода лейкоцитоз отмечен у 47,1% больных контрольной группы и у 14,6% основной. На четвертые сутки уровень лейкоцитов у 8,8% больных I группы был повышен, тогда как во II группе отмечали нормальные показатели лейкоцитов в периферической крови.

Послеоперационные осложнения в виде нагноения области «умбиликального» прокола диагностированы у 5 (4,7%) больных, подкожная эмфизема – у 4 (3,8%), бронхолегочные осложнения наблюдались у 7 (6,6%) пациентов. Во второй группе на 57 больных диагностировано 4 (7,0%) случая подкожной эмфиземы в месте прокола брюшной стенки троакаром. Указанные были скорректированы консервативными мероприятиями.

Вывод. Применение методики однократной превентивной антибиотикотерапии при лапароскопической аппендэктомии характеризуется практически отсутствием болевого синдрома в послеоперационном периоде, нормализацией температуры тела и картины крови на четвертые сутки после операции. У половины больных в послеоперационном периоде вообще не отмечается повышения температуры тела. Указанные обстоятельства доказывают преимущества методики однократной превентивной антибиотикотерапии перед традиционными способами профилактики гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопической аппендэктомии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЧАСТИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН

Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Таджибоев Ш.А., Абдурашидов Ф.Н.
Андижанский государственный медицинский институт.

Введения. Раневой процесс представляет собой сложный комплекс реакций, развивающихся в организме в ответ на повреждение тканей. С точки зрения общей патологии, заживление любой раны есть воспаление, которое последовательно проходит стадии альтерации (повреждения), экссудации (выхода жидкой части крови и клеток воспаления за пределы сосудистого русла) и пролиферации (восстановления утраченных тканей путем образования рубца).

За последние годы под влиянием различных факторов, в первую очередь мощного селективного действия антибиотиков, произошли значительные изменения этиологии раневых инфекций. Отчетливо прослеживается зависимость микрофлоры ран от их происхождения. Так, например, если при острых гнойных заболеваниях стафилококк в монокультуре выявляется в 69,5% случаев, то при посттравматических гнойных ранах, хронических гнойных заболеваниях кожи и мягких тканей, а также при гнойных ранах и развившемся сепсисе высевается сразу несколько патогенных микроорганизмов в 31,5, 48,8, 55,6% случаев соответственно. Остальную часть составляют представители семейства Enterobacteriaceae в монокультуре.

Для гнойных ран различного генеза характерно, что в них среди представителей раневой микрофлоры на всех этапах обследования больных, по данным разных авторов, преобладают стафилококки, которые выделяются как в монокультуре, так и в различных ассоциациях. По данным большинства источников литературы, наблюдается довольно высокий процент выделения грамотрицательных микроорганизмов, особенно синегнойной палочки, частота обнаружения которой значительно возрастает во время пребывания больных в стационаре.

Цель исследования. Обосновать возможность применения иммобилизированной формы бензалкония хлорида и метронидазола в лечении экспериментальной гнойной раны.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящего изыскания явилась иммобилизированная форма бензалкония хлорида, изготовленная на кафедре общей хирургии АГМИ следующего состава (в %): бензалкония хлорид – 0,02; метронидазол – 1,0; полиэтиленоксид М.м. 400 – 80,0; полиэтиленоксид М.м. 1500 – 20,0.

Результаты исследования. При сравнении контрольной и опытной групп с интактной по критерию Даннета статистически существенные отличия встречались по всем показателям на всех сроках. Изменения площади и процента уменьшения площади ран указывает на более эффективное течение процесса заживления в опытной группе по сравнению с контрольной начиная с 5 суток наблюдения (данное различие статистически достоверно, $p \leq 0,05$).

В интактной группе СЗ устойчиво слабая на протяжении всего срока наблюдения. В контрольной и опытной группах наибольшие значения приходились на срок 3-5 сутки, однако при этом СЗ в опытной группе была выше в 1,63 раза (статистически значимое отличие, $p \leq 0,05$), что указывает на высокую активность в предлагаемом нами лекарственном комплексе в первую фазу раневого процесса.

При микроскопии гистопрепаратов ран во всех группах животных к первым суткам после моделирования гнойно-воспалительного процесса вся раневая поверхность была покрыта сплошным слоем фибринозно-гнойных масс, в которых обнаруживалось

значительное количество погибших лейкоцитов. Отмечалась дилатация лимфатических и кровеносных сосудов. Отек клетчатки и тканей, залегающих глубже, и инфильтрат в сочетании с диапедезным пропитыванием, который расходился за границы изначально нанесенного дефекта на всю глубину не только дермы, но и на гиподерму. Подлежащие ткани резко отечны и пропитаны полиморфно-ядерными лейкоцитами (ПЯЛ) и макрофагами на разных ступенях дифференцировки, очаги инфильтрата разделяли разрыхленные коллагеновые волокна друг от друга.

Вывод. Таким образом, результаты планиметрических и гистологических наблюдений свидетельствуют о явном положительном влиянии на заживление раны иммобилизированной формы бензалкония хлорида и метронидазола. Так же благодаря применению гелевой основы происходит пролонгация действия препарата в ране и обеспечивается хороший ее дренаж.

РОЛЬ И МЕСТО ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН

Д.Т. Азизов, К.К. Мирзаев, Ш.А. Тожибоев, Ф.Н. Абдурашидов.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Помимо клинических признаков инфекции (например, воспаления, гнойности и боли), для определения раневой инфекции исторически использовалось количество микроорганизмов. Однако все чаще признается, что не только высокий уровень бионагрузки вреден для заживления ран, но и вирулентность вторгающегося микроорганизма и иммунный статус хозяина могут повлиять на клинические исходы. Бактерии, такие как синегнойная палочка, золотистый стафилококк и эпидермальный стафилококк, разработали ряд факторов вирулентности, которые помогают им преодолевать защиту хозяина и размножаться в подлежащих мягких тканях. Более конкретно, бактериальные протеазы являются одним из таких факторов вирулентности, которые участвуют в стимулировании инвазии и разрушения ткани хозяина. Из-за сложности микроорганизмов протеазы могут негативно влиять на раневую среду, что приводит к замедленному заживлению ран.

Цель исследования. Изучить особенности изменения содержания протеаз и ингибиторов протеаз в хронических гнойных ранах.

Материал и методы исследования. В работе были обследованы в первой группе 12 больных с послеоперационными ранами (контроль) и во второй группе 15 больных с гнойными ранами (опыт). У всех больных в диагнозе отсутствовали сердечнососудистые заболевания, диабет и метаболические изменения. Материал для исследования получали путем сбора смывов стерильным физиологическим раствором с поверхности послеоперационных и гнойных ран. Общую протеолитическую активность в составе смывов определяли казеинолитическим методом по учету продуктов гидролиза казеина в единицах активности (Ед) по тирозину. Ингибиторную (анти-протеолитическую) активность полученных смывов определяли казеинолитическим тестом, по способности убывания активности 0,01% трипсина и 0,01% папаина, при инкубации их с исследуемыми образцами смывов по сравнению с образцами смывов с трипсином или папаином без инкубации. Ингибиторную активность выражали в ингибиторных единицах (ИЕд).

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показали (Рис.), что у пациентов с послеоперационными ранами средний показатель ОПА в составе смывов составлял $31,7 \pm 2,8$ Ед/мл. В тоже время у больных с гнойными ранами этот показатель был достоверно выше, по сравнению с аналогичными результатами послеоперационных

ран, и составлял $52,4 \pm 4,8$ Ед/мл ($P < 0,01$). При этом показатель антипротеолитической активности по трипсину в составе смывов послеоперационных ран составлял $28,9 \pm 2,5$ ИЕд/мл, что было не существенно ниже ОПА в смывах послеоперационных ран, а индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину был также не существенно выше и равен $1,1 \pm 0,1$. У больных с гнойными ранами показатель антипротеолитической активности по трипсину был достоверно ниже по сравнению с аналогичными результатами больных с послеоперационными ранами и составлял $21,2 \pm 1,9$ ИЕд/мл ($P < 0,05$), а также значительно ниже ОПА смывов гнойных ран. С учетом этих данных индекс протеолиза ОПА/АПА по трипсину находился на уровне $2,5 \pm 0,22$, что было значительно выше такого же показателя в составе смывов послеоперационных ран. Результат антипротеолитической активности по папаину в составе смывов послеоперационных ран составлял $19,1 \pm 1,5$ ИЕд/мл, этот показатель был значительно меньше антипротеолитической активности по трипсину, в связи с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. По этой же причине увеличивался индекс протеолиза ОПА/АПА по папаину и был равен $2,7 \pm 0,24$. В тоже время у больных с гнойными ранами антипротеолитическая активность по папаину была также значительно ниже антипротеолитической активности по трипсину и составляла $11,6 \pm 0,9$ ИЕд/мл ($P < 0,05$), также это проявляется с более низким содержанием ингибиторов протеаз связывающихся с папаином. При этом индекс протеолиза ОПА/АПА при исследовании гнойных ран по папаину был равен $4,5$, что было выше индекса протеолиза послеоперационных ран.

Исходя из этого, полученные нами данные антипротеолитической активности по папаину и трипсину можно интерпретировать, следующим образом. В послеоперационных ранах, без выраженных проявлений воспаления, имеется равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, которое регулируется в большей степени местными механизмами. В тоже время в хронических гнойных ранах с выраженным воспалительным процессом, нарушено равновесие между протеазами и ингибиторами протеаз, за счет нарушения местных и системных механизмов.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что протеазы могут играть важную роль в раневых инфекциях, способствовать развитию воспалительной реакции и препятствовать заживлению ран.

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ.

Солижанов Ш.Ш., Отабаев И.И., Бокиев А.М., Рахимов Н.Н., Рузматов Ж.И.,
Рахманов Н.А., Валижанов А.Х., Атамирзаев Д.Б.,
Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Современные респираторные методы терапии острого респираторного дистресс-синдрома не всегда приносят желаемый результат в силу развивающихся у пациентов тяжелой гипоксии и органной дисфункции. Клиническими выражениями негомогенного повреждения легких становятся нарушение вентиляционно-перфузионных отношений, нарастание легочного шунта и гипоксической вазоконстрикции, увеличение работы дыхания и сопротивления дыхательных путей, нарушение механики легких.

Основная задача должна быть направлена на вовлечение в газообмен максимального

количества дыхательных единиц и улучшение показателей газового состава крови. Для улучшения газообмена и биомеханических свойств легких нами предложена стратегия многоуровневой искусственной вентиляции.

Цель работы. Улучшить результаты лечения у пациентов с ОРДС, возникшим в результате тяжелой сочетанной травмы, деструктивного панкреатита, пневмонии, путем повышения эффективности респираторной поддержки.

Материалы и методы: Многоуровневая вентиляция (MLV) вентилятором Hamelton C3 проводилась 45 пациентам с ОРДС (I группа), находившимся на лечении в нейрореанимации РНЦЭМП Нф с 2022 по 2023 гг.. Параметры вентиляции при поступлении – P_{rc} 18-20 смH₂O, PEEP 8-10 смH₂O, F 14-18 в мин, дополнительный уровень PEEP_{high} 6-7 смH₂O, F (PEEP_{high}) – 7-9 в мин, FiO₂ ≤ 0,5-0,6. Во II группе (n=45) проводилась ИВЛ в режимах PCV (P_{rc} 24-26 смH₂O, F 18-22 в мин, PEEP 12-16 смH₂O, FiO₂ – 0,6-0,7), PSIMV+, CMV:(V_t 0,55-0,65 л, F18-22 в мин, FiO₂-0,6-0,7). В обеих группах при поступлении выраженные изменения показателей газового состава крови: тяжелая гипоксия и гиперкапния, значительное повышением альвеола-артериального градиента кислорода и фракции внутрилегочного шунтирования. Коррекция параметров вентиляции производилась под непрерывным контролем механических свойств легких, дважды в сутки контролировался газовый состав крови.

Результаты и обсуждения: В результате применения MLV было достигнуто стойкое улучшение артериальной оксигенации. В течение первых двух суток от начала респираторной поддержки в I группе отмечался рост PaO₂, повышение индекса оксигенации, улучшились показатели механики легких. При применении MLV снизился уровень шунта вдвое уже к началу 3-х суток респираторной поддержки, к 4-5 суткам более 75% пациентов I группы имели уровень шунтирования, близкий к физиологическим значениям (4-8%). У пациентов II группы показатель существенно не изменялся, в основном составляя 15-20%. Получены достоверные статистические данные о положительной динамике показателей газового состава крови уже к концу 2 суток применения MLV: рост PaO₂, концентрации кислорода, снижение показателей AaDO₂, респираторного индекса (RI), нормализация pCO₂. Изменения механических свойств легких характеризовались повышением торакопульмонального комплайенса и снижением резистентности дыхательных путей. Состояние пациентов с MLV достоверно улучшалось, что подтверждается положительной динамикой оценок по международным шкалам (SOFA, LIS).

Летальность в I группе (MLV) составила 23,5%, во II группе – 55%

Заключение. У пациентов с тяжелым негетерогенным повреждением легких применение респираторной поддержки с использованием многоуровневой вентиляции приводит к существенному улучшению газового состава крови, к снижению фракции внутрилегочного шунтирования. Использование MLV позволяет сократить длительность вентиляционной поддержки и пребывания в ОРИТ, повысить выживаемость пациентов.

СТАЦИОНАРГАЧА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ ИНСУЛЬТ КАСАЛЛИГИ ПРОГНОЗИГА ИЖОБИЙ ТАЪСИРИ.

Солижанов Ш.Ш., Отабоев И.И., Бокиев А.М., Рахимов Н.Н
РШТЎИМ Наманган филиали.

Кириш: Инсулт касаллиги хозирда касалланиш даражаси леталлик бўйича юрак қон-томир, онкологик касалликлардан кейинги ўринда турибди. Инсулт касаллиги узининг тўсатдан бошланиши ва огир кечиши ва асоратлар қолдириши билан алоҳида ахамиятга эга.

Республика бўйича йилига 1,6 та инсулт ҳар 1000 кишига ёки 3,8 та ходиса ҳар 1000 катта ёшдаги аҳолига тўғри келади. Инсулт касаллигининг илк даврида кўрсатиладиган тиббий ёрдам касалликнинг прогнозида катта аҳамиятга эга. Беморларда хушнинг бузилиши турли даражада бўлиб кома 2-3 даражасида булиши респиратор, гемодинамик кескин етишмовчилиги ҳамда нафас, юрак қон томир, қусиш марказлари таъсирланишига олиб келиб аспирацион синдром ривожланади. Реанимацион бригадалар замонавий реанимобиллар билан таъминланиши, зарур тиббий техника, диагностик аппаратлар, сунъий нафас аппаратлари, трахея интубациясига керакли анжомлар билан таъминланиши кўп ҳолларда бош мия иккиламчи зарарланишини олдини олади.

Материал ва методлар: РШТЎИМ Наманган филиали нейрореанимация булимида 2022 йилда жамми 456 нафар инсулт касаллиги билан беморлар даволанишга ётқизилган. Шундан 205(44.9%) нафари геморрагик типда, 251(55.1%) нафари ишемик типда инсултларни ташкил қилади. Шундан аёллар 186та(40.8%), эркеклар 270 (59,2%) тани ташкил қилади. 342(75%) нафари тез тиббий ёрдам машинасида келтирилган, 114(25%) нафари йуловчи машинада келтирилган. Бемор яқинлари томонидан шахсий машиналарда келтирилган контингентларда тез ёрдам бригадаси томонидан келтирилган беморларга қараганда юқорида кўрсатилган асорат ва респиратор гемодинамик қупол ўзгаришлари кўпроқ кузатилди. Бу гуруҳдаги беморларда кўнгил айниб қусиш ва ошқозон ажралмаси қуски массалар нафас йўлларида аспирация бўлиши асоратлари бемор ҳолатини стационаргача бўлган даврда янада оғирлашишига олиб келади. Филиалда тез тиббий ёрдам маркази таркибида махсус реанимацион бригадалар ташкил қилинган бўлиб замонавий автотранспорт, барча диагностик ЭКГ, электр сурғич, электродефибриллятор, оксигенация назорати мониторлари, трахея интубацияси учун анжомлар ва портатив сунъий нафас олдириш аппаратлари билан таъминланган. Бригадада олий тоифадаги врач реаниматолог, ўрта махсус тиббиёт ходимлари малакали стационаргача ёрдам курсатади. Реаниматолог томонидан бемор ҳолати тўғри баҳоланиб гипоксияга олиб келувчи омилларни бартараф қилиб, албатта ошқозонни зондлаб декомпрессия қилиш алоҳида аҳамиятга эга.

Нафас бузилишлари кузатилганда патологик типдаги нафас юзага келганда трахея интубацияси амалга ошириш сунъий нафас олдиришни йўлга қўйиш беморда кузатилиши мумкин бўлган бош мия иккиламчи зарарланишини олдини олишда асосий омиллардан хисобланади.

Реанимацион бригада томонидан 2022 йилда 342 нафар инсулт касаллиги билан беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатилган. Шундан 54 (11,8%) нафар беморларга стационаргача трахея интубацияси ва СНО ўтказиб транспортировка қилинган. Юқоридаги муолажалар ўтказиб стационарга ётқизилган беморларда инсулт касаллиги кечишида асоратларнинг камайиши ишемик зонани кенгаймаганлиги ва аспирацион синдром ривожланиши камайганлиги кузатилди. Бу маълумотлар стационарда компьютер томография ва кўкрак кафасини рентгенологик динамик текширувида кузатиб борилган.

Хулоса: Тез тиббий ёрдам таркибида махсус реанимацион бригадалар замонавий диагностик ва организм ҳаётий курсаткичлари мониторингини олиб борувчи тиббий анжомлар билан таъминланиши реаниматолог томонидан бемор ҳолатини тўғри баҳолашига ва респиратор гемодинамик кўрсаткичларни узлуксиз кузатувини таъминлайди. Инсулт касаллигида кома ҳолатларида стационаргача даврда ошқозонни зондлаш ва декомпрессия қилиш, хушни сопор ва кома даражасигача бузилиши (ШКГ буйича 12дан кам) ва нафас бузилишлари кузатилганда трахея интубациясини бажариш, сунъий нафас олдириш давомида транспортировка қилиш инсулт касаллигини кечишини енгиллаштиради ва асоратларни олдини олиш оқибатида инсулт касаллигини даволанишида ижобий натижага олиб келади.

ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛНЫХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ С ОСЛОЖНЕННЫМ ПНЕВМОНИЕЙ.

Солижанов Ш.Ш, Отабоев И. И., Атамирзаев Д. Б., Рахимов Н. Н., Рахманов Н. А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение: Находящейся в нейрореанимационном отделении пневмония считается одним из часто встречающихся осложнений. По литературным данным при коматозных нарушениях это осложнение диагностируется у 80% больных находящихся в стационаре. Под нашим наблюдением находились за 2022 году всего 879 больных, из них 84 с ЧМТ, 56 с сочетанными травмами, 163 геморрагическим инсультом, 231 ишемическим инсультом, 96 эпилептическим статусом, 13 опухолью головного мозга, 9 менингоэнцефалитом. У больных с различной степенью нарушения сознания развивалась пневмония. Для идентификации диагноза была проведена Рентгенография грудной клетки, МСКТ обследования органов грудной клетки а так же Фибробронхоскопическое исследования. Определении степени насыщении кислородом аппаратом оксигеометр. Среднее пребывание больных в стационаре составило 4,4 койко дней. Нами проведены антибактериальная терапия с применением антибиотиков учитывая данных бактериологических обследования, муколитиков и регулярным применением небулайзер терапии аппаратом <<ULAZER>> фирмы ЮРИЯ ФАРМ Украина.

Нами использованы наряду антибиотиками, ферменты и препаратами антисептический средства Декосан небул 2,0мл. В результате комплексной терапии с включением небулайзерной терапии программированной санационной фибробронхоскопии у больных клинко-рентгенологическая картина улучшилось.

Результаты: Мы наблюдали улучшение состояние больных, улучшилось реология мокроты, облекчилось эвакуация мокроты, восстановилась дренажная функция бронхов и респираторный показатели. Эти изменение привели к быстрому восстановлению неврологического дефицита и укорочению пребывания больных в стационаре.

Вывод: Использование атисептического препарата Декосан небул в виде аэрозоля небулайзрным аппаратом у больных нейрореанимационного профиля приводит кулучшению реологию мокроты тем самым облегчает эвакуацию мокроты, нормализация уровня оксигенации мозга благотворно влияет течению и прогнозу заболеваний и укорачивает срок пребывания в реанимационном отделении.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Солижонов С.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По данным VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов, 10% населения земного шара страдает ЖКБ. Диагностические ошибки, допускаемые в 12-38% наблюдений, сопровождаются стабильно высокой частотой летальности (2,5%), а при нарастании печеночной недостаточности, развитии тяжелых осложнений и при наличии сердечно-сосудистых заболеваний - от 14-27% до 40% случаев.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при хроническом калькулезном холецистите.

Материал и методы. Предметом настоящего исследования явились 1929 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), которые согласно цели исследования условно разделены на 2 группы.

- группа сравнения: 776 (40,3%) больных оперированных за период с 2016 по 2018 годы, которые подлежали ретроспективному анализу.

- основная группа: 1153 (59,7%) больных оперированных за период с 2019 по 2021 годы, которым применены усовершенствованные методики и технические приемы операций и оптимизированная хирургическая тактика.

При диагностике использовались общеклинические методы исследований (жалобы, анамнез, объективный осмотр), в сочетании рентгеноскопия, УЗИ, а в сомнительных случаях МСКТ.

Результаты и их обсуждение. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) и их анализ привел нас к разработке действий в плане диагностики и выбора способа операции, которые способствовали оптимизации хирургической тактики (DGU 2023 1254 – от 24.02.2023).

Согласно предлагаемому алгоритму при поступлении больных в приемное отделение Клиники всем больным проводили определение клинично-anamnestических данных (жалобы, анамнез заболевания и жизни). При этом особое внимание уделяли на ранее перенесенные операции (особенно в верхнем этаже брюшной полости), наличие сочетанной хирургической патологии (эхиноккоз печени, селезенки, грыжи белой линии или послеоперационные грыжи).

После приступали к клинично-лабораторным исследованиям – общий анализ крови и мочи, биохимические анализы, в последнее время тесты на Covid – 19; ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ; Затем определяли наличие и степень выраженности сопутствующей терапевтической патологии. При диагностировании компенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и так далее (в зависимости от характера патологии).

При диагностировании субкомпенсированных форм сопутствующей терапевтической патологии, лечение с коррекцией проводили в специализированных отделениях под контролем соответствующих специалистов - терапевты, кардиологи, эндокринологи и так далее (в зависимости от характера патологии). После проведенного лечения определяли показания к оперативному лечению.

Хотя при ХКХ известны и применяются множество методов исследования, среди всех диагностическая программа должна начинаться с УЗИ, которая на сегодняшний день наряду с общедоступностью и малоинвазивностью обладает высокой эффективностью в связи с совершенствованием самой аппаратуры и возможностью проведения исследования на уровне 3Д и 4Д.

При проведении УЗИ, определение конкрементов в ЖП является прямым показанием к госпитализации в хирургическое отделение, где следующим этапом определяются показания к операции и к проведению предоперационной подготовки. У данных больных нет необходимости в проведении дополнительных исследований, так как УЗИ позволяет в точности определить размер, форму, расположение, стенки ЖП, а также особенности пузырного и общего ЖПр (диаметр, размер и форму). Важным в этот период является проведение мероприятий, позволяющих снизить интрапанкреатическое давление (контрикал, соматостатин), аспирация желудочного содержимого, подавление желудочной секреции назначением антисекреторных препаратов и H₂ блокаторов (омепразол, квамател); проведение антибактериальной терапии (левофлоксацин – 500-750мг в/в, в сочетании с цефтриаксоном 1-2г в/в или же метронидазол – 500мг в/в, в сочетании с цефтриаксоном – 1-2г в/в); анальгетики и спазмолитики.

В некоторых случаях при проведении УЗИ некоторые параметры желчного пузыря (размеры, диаметр, ширина стенок) четко не визуализируются или же определяется слабая

акустическая тень. У этих больных следующим этапом для уточненной диагностики проводится МСКТ.

Данное исследование (МСКТ) в таких случаях хотя сопровождается выраженной лучевой нагрузкой, однако позволяет в точности определить необходимые характеристики желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. В случае подтверждения диагноза ЖКБ без холедохолитиаза операцией выбора является ХЭ из мини-доступа и лапароскопическая ХЭК.

При проведении УЗИ диагностирование сморщенного желчного пузыря и его внутрипеченочном расположении возникает необходимость проведения УЗИ с компьютерной поддержкой или же МСКТ. При уточнении данных о наличии сморщенного желчного пузыря (склероз) и его внутрипеченочного расположения, операцией выбора является ХЭ из мини-доступа, хотя возможно выполнение ХЭ из традиционного доступа длиной разреза не более 10 см с сохранением целостности правой прямой мышцы живота. В случае определения синдрома Мирицци, предпочтительна традиционная ХЭ длиной разреза не более 10 см и сохранением целостности правой прямой мышцы живота.

Предоперационная подготовка наряду с общеизвестными, включало в себя профилактику тромбоэмболических осложнений и гнойно-септических осложнений со стороны операционной раны. Продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки пациентов с ХКХ зависела от возраста, сроков от начала болезни до поступления в стационар, исходного состояния больного, а также наличия сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии. Только комплексная подготовка больных, хотя и в сжатые сроки может создать условия для успешного выполнения операции и более гладкому течению послеоперационного периода.

Заключение. В результате проведенного исследования, в основной группе частота ятрогенных повреждений по отношению к группе сравнения уменьшилось с 14,7 до 3,9%, послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством уменьшились с 14,7 до 2,6% и раневые (гнойно-септические) осложнения – с 10,7 до 2,6%, что также позволило увеличить долю больных с отсутствием послеоперационных осложнений - с 14,9 до 1,5%, снизить частоту летальности с 1,2 до 0,2% и конверсий после ЛХЭ с 1,8 до 0,1%, а также устранить число релапаротомий с 8,5 до 0%.

ВАЖНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОРАЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАМЕР В КЛИНИЧЕСКОЙ И УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.

Т. А. Абакаров, М.Г. Будайчиев, К.А. Азизов
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
МЗ РФ г. Махачкала (Россия). Кафедра ортопедической стоматологии

Современные медицинские клиники обладают сегодня целым спектром различных систем визуализации, однако, такие важные инструменты в стоматологии, как внутриворотные камеры, или как их еще называют - интраоральные камеры имеет не каждый стоматолог. Интраоральные камеры позволяют осуществлять съемку в полости рта пациента и получать не только снимки высокого разрешения, но и видеосъемку высокого качества. Миниатюрная камера предназначена для визуализации и увеличения до 100 раз поверхности зубов и слизистой оболочки полости рта, предоставляет помощь в постановке правильного диагноза.

Первая и самая значимая цель применения стоматологических интраоральных камер – это повышение мотивации к лечению у пациента, и осознанности выбираемого плана лечения. Использование в процессе объяснения и обсуждения плана лечения

внутриротовой камеры не только позволит пациенту самому четко представить планируемое врачебное вмешательство, но и поднимет в его глазах как имидж врача, наглядно и доступно аргументирующего свои слова, так и клиники в целом, использующей в работе самые современные технологии.

Наиболее важным становится применение стоматологических видеосистем такими специалистами, как врач-гигиенист. Демонстрация, например, зубных отложений оральной стороны, может поднять мотивацию пациента к гигиене полости рта. Обсуждение плана лечения и осмысленный его выбор пациентом имеют огромное значение в практике врача-ортопеда, особенно в случаях с широким выбором возможных вариантов протезирования. Особое значение получает в работе ортопеда повышение мотивации пациента к лечению, когда оно на прямую ведет к увеличению кооперации в работе врача и пациента, а следовательно, улучшению качества лечения, уменьшению его продолжительности. Кроме того, повышать мотивацию к лечению необходимо у детей и подростков, когда осознание необходимости и важности стоматологического лечения еще недостаточно.

Одна из важных дополнительных функций – это сохранение изображения в цифровом формате, хранение фотографий в памяти камеры с возможностью последующей передачи их в память компьютера. Получение изображения из труднодоступных мест, например с дистальных поверхностей боковых зубов и т.д. Постоянная визуальная оценка врачом получаемых снимков помогает ему сохранять в памяти только качественные изображения, сразу же переснимая неудачные.

Хранение архива цифровых фотографий стоматологических работ до и после лечения позволит не только проводить контроль его качества врачом, но и позволит более аргументировано общаться с пациентом или страховой компанией, при возникновении каких-либо спорных ситуаций.

Интересные перспективы открываются при применении стоматологических видеосистем в учебном процессе. В этом случае, возможность сохранять изображения из полости рта, позволяют готовить лекции и доклады по неограниченному числу тематик. При проведении практических занятий, непосредственное выведение изображения, получаемого камерой в полости рта, на большой экран позволяют наблюдать работу лектора большому числу слушателей. Возможность дистанционной передачи сигнала с камеры позволяет проводить клиническую работу в кабинете один на один с пациентом, но демонстрировать ее на неограниченную аудиторию. Так же важна в образовательном процессе и функция хранения изображений, позволяющая собирать коллекции клинических случаев, являющихся иллюстрационным материалом.

В зарубежной медицинской литературе публикуется большое количество статей, проводящих сравнение различных стоматологических видеосистем и оценивающих эффективность их применения в плане маркетинга. Но иногда можно найти и публикации, описывающие новые интересные и актуальные аспекты применения внутриротовых камер. Например, фотография зуба до его обработки под протезирование и фотография зуба с противоположной стороны челюсти, при передаче ее в зуботехническую лабораторию, помогут зубному технику точнее воспроизвести цвет зуба и его анатомическую форму. Это актуально для клиник, не имеющих в своем составе зуботехнической лаборатории.

В заключение хотелось бы обратить внимание на концепцию сотрудничества врача и пациента, которая была выработана на международной конференции «Европейский пациент будущего», прошедшей в Брюсселе в мае 2017 года. Проблема недостаточной информированности населения чрезвычайно актуальна для медицины во всем мире. Особую важность знания больных о своей болезни приобретают именно сейчас – на фоне четкой тенденции к более активному участию пациента в лечебном процессе.

Если сейчас врачи сами решают, как лечить пациента, то в ближайшем будущем ситуация должна существенно измениться. Ведущие специалисты в сфере организации здравоохранения развитых стран все настойчивее рекомендуют властям увеличить степень участия, а, следовательно, и степень ответственности больных в лечебном процессе. Для достижения наилучших результатов врач и пациент должны сотрудничать.

Более активное участие больных неминуемо влечет за собой конфликтные ситуации, когда пациенты будут злоупотреблять своими полномочиями, уменьшая эффективность лечебного процесса или даже принося вред своему здоровью. Для того чтобы избежать подобных проблем, нужно предоставлять пациентам не только полномочия, но и адекватную информацию.

Вывод один: нужно четко понимать, что знания пациентов могут сыграть решающую роль во внедрении новой системы оказания медицинской помощи.

В нашей стране происходят аналогичные процессы: возрастает заинтересованность пациентов в процессе и результате лечения при такой же низкой информированности о его составляющих. Подтверждение этому служат договора об оказании медицинских услуг, в которых прописывается степень участия и ответственности пациента в лечебном процессе. В этой связи врачу необходимо искать новые подходы к пациенту для увеличения взаимопонимания. Этому и призвано содействовать внедрение компьютерных технологий в лечебный процесс стоматологических поликлиник.

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ.

**Ташланов Ф.Н., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Р.,
Исаков К.Б., Иброхимов М.М.**

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

Актуальность: По данным отечественных и зарубежных авторов лечение больных с повреждениями позвоночника остается актуальной проблемой современной нейрохирургии до настоящего времени.

Цель исследования: выявление признаков нестабильности поврежденного сегмента позвоночника, выбор оптимального способа стабилизации.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в отделении нейрохирургии АФ РНЦЭМП с 2015 по 2022 год находились 114 больных с травмами различной степени тяжести грудного и поясничного отделов позвоночника. Возраст больных от 18 до 60 лет.

Обследование больных проводилось согласно утвержденному протоколу. Среди обследованных больных с осложненными травмами позвоночника были 40 (35,1 %) больных и с неосложненными повреждениями 74 (64,9 %) больных. Из общего количества обследованных больных 53 (46,5 %) больным было проведено консервативное и 61 (53,5 %) больным оперативное лечение.

Результаты: Во время проведения оперативных вмешательств у 9 (7,9 %) больных был обнаружен полный анатомический перерыв спинного мозга, в 27 (23,6 %) случаях картина гематомииелии и ушиба спинного мозга на уровне повреждения. У остальных 25 (21,9 %) больных видимых изменений спинного мозга во время операции не выявлено.

Выводы: Таким образом, на основании анализа результатов хирургического лечения больных с травмами позвоночника можно сделать вывод, при выявлении признаков нестабильности поврежденного сегмента позвоночника и спинного мозга

показана стабилизация позвоночника. Наиболее надежная фиксация достигается при использовании конструкции для ТПФ.

СИГМАСМОН ИЧАК БУРАЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Темиров Р.И., Абдуллаев У.У., Исламов Д.

Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Наманган филиали

Ишнинг мақсади: Сигмасимон ичак буралиши диагнози билан операция қилинган беморларда радикал оператив давои афзалликларини кўрсатиш.

Материал ва услублар. РШТЎИМ Наманган филиали хирургия бўлимларида 2017-2022 йиллар давомида 31 та беморда сигмасимон ичак буралиши диагнози билан даволанган. Булардан эркаклар 28 та (90.3%)- аёллар 3 та(9.7%) ни ташкил этади. Беморлар 18-44 ёшгача 8(25.8%) та 45 ёшдан 59 ёшгача 17(54.8%) та 60 ёшдан 74 ёшгача 5 та(16.1%) 75 ёшдан юқориси 1 (3.3%) та. Беморнинг асосий қисми 17 таси (54.8%) 18 ёшдан -49 ёшгачани ташкил қилди. Ушбу ёшдаги беморлар меҳнатга лаёқатли ёшдагилар ҳисобланади. Беморларнинг 26(83.8%) тасига беморнинг шикоят, касаллик анамнези, касалликнинг маҳаллий кўриниши, қорин бўшлиги УТТ, қорин бўшлиги обзор рентгеноскопиясига асосланиб диагноз қўйилган. 5 (16.2%) та беморда «Шимана» ва «Обухов шифохонаси» симптомлари шубҳали бўлганлиги сабабли юқоридагиларга қўшимча барий контрастли ирригоскопия текшируви ўтказилиб диагнозга аниқлик киритилган. Беморларнинг 6(19.3%) таси сигмасимон ичакни қайта буралиши билан тушган. Беморларнинг анамнези кўриб чиқилганда барчаси охириги 2 йил ичида Гаген-Торн бўйича мезосигмапликация операцияси ўтказганлиги аниқланди. Беморларнинг 8 (25.8%) тасида операция вақтида сигмасимон ичак некрози аниқланди.

Натижалар. РШТЎИМ Наманган филиалига келган 31 та бемордан 5 (16.1%) тасида беморнинг аҳволи оғирлиги ва хамроҳ касалликларини ҳисобга олиб, Гаген-Торн бўйича мезосигмапликация операцияси ўтказдик. Беморларнинг 26 (82.9%) тасида сигмасимон ичак резекцияси *dessenda-recto* анастамоз қўйиш, йугон ичак ретроград интубацияси операциясини ўтказдик. Операциядан сўнг 2-кундан бошлаб ретроград интубация қилинган трубка орқали ёғли микро клизма қилинди. Операциядан сўнг 5 кунда ретроград интубация қилинган трубка олиб ташланди.

Сигмасимон ичакни резекция қилиб анастамоз қўйган 26 (82.9%) беморларнинг 1(3.2%) тасида операциядан сўнг 7 кунда анастамоз чоклари етишмовчилиги белгиси пайдо бўлди. Анастамоз остига қўйилган дренаждан йиринг аралаш ичак суюқлиги ажралиши кузатилди. УТТ текширувида қорин бўшлигида озод суюқлик аниқланмаганлиги, бемор перитониал белгилар бўлмаганлиги сабабли антибактериал, инфузион даво давом эттирилди. Операциядан сўнг 12 кунда қорин бўшлигига қўйилган дренаждан ажралма чиқиши тўхтади. УТТ текширувида озод суюқлик аниқланмади қорин бўшлиги қўйилган дренаж олиб ташланди.

Мезосигмапексия операция ўтказилган 5 та беморларнинг 1(20.0%) да сигмасимон ичакнинг қайта буралиши диагнози билан қайта муружаат қилди.

Хулоса. Сигмасимон ичак буралиши диагнози билан операцияга олинган беморларда перитонитни характери, беморнинг ҳаёт учун муҳим аъзоларидаги хамроҳ касалликларини ҳисобга олган ҳолда радикал операция қилишни таклиф этамиз.

Сигмасимон ичак резекцияси ўтказилган беморларнинг барчасида йугон ичак ретроград интубацияси қилиш, операциядан сўнг 2 кундан бошлаб ёғли микроклизма қилишни зарур бўлади.

Операциядан сунг 2 кунида бошлаб мироклизмани йўлга қўйиш ретроград интубация қилинган трубка тешиқларни ахлат массаси билан тулиб қолишини олдини олиб, трубка утказувчанлигини доимийлигини таминлаб беради.

ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДА НАЗОИНТЕСТИНАЛ ИНТУБАЦИЯНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ.

Р.И. Темиров., У.Р. Бозорбоев Ш.Р Ибрагимов.

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали

Ишнинг мақсади: Ингичка ичак тутилиши диагнози билан операция ўтказилган беморларда назоинтестинал интубациясини ўрни ва афзалликларини кўрсатиш.

Материал ва услублар: РШТЎИМ Наманган филиалида 2017-2022-йил давомида ингичка ичак тутилиши диагнози билан 419 та бемор даволанган. Булардан 175(41.7%) та беморда ўткир странгуляцияон ингичка ичак тутилиши диагнози билан оператив даво ўтказилган. 9(2.1%) та беморда ўлим ҳолати кузатилган.

Вафот этган беморларнинг 3 (33.3%) тасида анастамоз чоклари етишмовчилиги натижасида ривожланган давом этувчи перитонит. 2(22.2) та беморда упка артериясининг тромбоземболияси 2(22.2%)та бош мия кон айланишни уткир бузилиши 2(22.2%)та бошқа ҳаёт муҳим аъзолар хамроҳ касалликларнинг асорати юзага келган.

Беморларнинг барчасида беморнинг шикоят, касаллик анамнези, касалликнинг маҳаллий кўриниши, қорин бушлиги УТТ, қорин бўшлиги обзор рентгеноскопиясига асосланиб диагноз қўйилган.

Натижа:Операция қилинган 175 та беморларнинг 132(75,5%) таси 6 соат . 36(20.5%) таси 6-12 соат 4(2.3%) таси 12-24 соат 3(1.7%) тасида 24 соат сунг оператив даво ўтказилган.

Беморларда инструментал яни ультратовуш текшируви ва қорин бушлиги обзор рентгеноскопия текширишларида ичак тутилиши ҳос кўриниш булиб, беморни маҳаллий ўткир ичак тутилишига ҳос кўриниш кузатилмаган ҳолатда ошқозон ичак тизими барий пасажини кўриш ва актив динамик кузатув утказиш тавсия қилинган. Барий ичирилгандан сунг 2-6 соатдан сунг қорин бушлиги рентгеноскопия ўтказилган. 6 соатдан сўнг кўрилганда барий массасини йўгон ичакка ўтиши кузатилмаса, қорин бўшлиги рентгенологик картинасида ичак тутилиши ҳос кўриниш сақланиб турган бўлса оператив даво ўтказиш тавсия қилинган.

Шошилич равишда операция ўтказилган беморларнинг 12 (9.1%) таси ингичка ичак некрози аниқланган 1 (8.3%)тасида беморнинг аҳволи оғирлигини ҳисобга олган ҳолда илеостомат қўйилган. Ингичка некрози ичак аниқланган беморларнинг 11(91.7%) тасида ингичка резекцияси қилиниб ёнма-ён анастамоз қуйилган.

Ичак резекцияси ўтказилиб анастамоз қўйилган беморларнинг барчасини, битишмаларни ажратиш странгуляцияон халқани кесиш билан яқунланган операцияларда эса ичакнинг олиб келувчи қисмини ҳолатига қараб барчасида ингичка ичак назоинтестинал интубацияси бажарилган.

Хулоса: Беморда рентгенологик текширишда ичак тутилиши ҳос кўриниш кузатилган бўлса ҳам, маҳаллий кўрилганда ичак тутилиши ҳос кўриниш гумонли булганда ошқозон ичак системасини барий пассажли рентгеноскопияси ўтказиб актив динамик кузатув қилиш мақсадга мувофиқдир.

Ингичка ичак назоинтестинал интубация қилиш ва зонд орқали доимий аспирация қилиб ичак ичидаги токсинлар титрини қамайтиради. Абдоминал компакт синдромни келтириб чиқармайди. Ичак резекцияси ўтказилган беморларда чоклар етишмовчилигини олдини олади.

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Темиров Р.И., Фахридинов Я.А., Усманов Б.А.
РНЦЭМП Наманганский филиал.

Перекрут яичка – это поворот тестикула вместе с семенным канатиком вокруг вертикальной оси.

Перекрут яичка встречается с частотой 1 на 500 больных в урологических клиниках. В первые 10 лет жизни перекрут яичка отмечают в 20% случаев, а после 10 лет и до полового созревания – в 50%. Таким образом, основное место в этиопатогенезе острых заболеваний яичек у детей занимают механические факторы, такие как перекрут яичка.

Различают – вневлагалищное, или надоболочечное и внутривлагалищный, или надоболочечное, перекрут яичка происходит вместе его оболочками.

Внутривлагалищный, или надоболочечное, перекрут яичка (интравагинальная форма) происходит в полости собственной влагалищной оболочки.

Для диагностики перекрута мошонки необходимо тщательно собрать анамнез болезни. Особое внимание следует уделять положению поражённого тестикула и его оси, наличию или отсутствию гидроцеле с противоположенной стороны, присутствию индурации или избыточной ткани в тестикуле или его придатке, изменению цвета мошонки.

При доплеровском УЗИ архитектура тестикула и его придатка видна хорошо, опытных врач может получить свидетельство наличия или отсутствия кровотока в тестикуле. С целью определения характера содержимого оболочек (кровь, экссудат) выполняют диафаноскопию и диагностическую пункцию.

Дифференциальная диагностика перекрута яичка проводится с орхитом (воспалением тестикула), осложняющим инфекционный паротит, и аллергическим отёком Квинке, ущемленной грыжей.

Намамангансккй филиал РНЦЭМП в течение с 2020 по 2022 гг госпитализированы 56 больных возрасте 1-14 лет. Поступившие боьные (к нам с синдромами острой мошонки давностью до 6 часов -38 (67,8%) больных, а в течении более 24 ч- 18 (32,2%) больных.

Из поступивших 56 больных оперированы 53 (94,6%), а 3 (5,4%) подвергались к консервативной деторсии. Из 21 оперированных у (37,5%) больных операция закончилась –орхиэктомией —, (некроз яичка) причинами каторого явились поздние обращения родителей за медицинской помощью, у 35 (62,5%) произведена деторсия.

Вывод:

- При синдроме отёчной мошонки необходима срочная операция, поскольку яичка очень чувствительно к ишемии и может быстро возникает некроз яичка (необратимые изменения возникают уже через 6ч).

- После установки диагноза перекрута яичка надо срочно производит операцию, даже при сомнительных случаях, такие как острый эпидидимит, перекрут гидатиды Морганьи, ущемленная грыжа

РОЛЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МСКТ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Темиров Р.И., Фахридинов Я.А., Усмонов Б.А.
РНЦЭМП Наманганский Филиал

Острый пиелонефрит – острая бактериальная инфекция, проявляющаяся воспалением лоханки и паренхимы почки. При несвоевременной лечении и диагностики воспалительный процесс переходит в гнойно-деструктивный необратимый процесс. Трудности клинической диагностики острого пиелонефрита обусловлены отсутствием

четких диагностических критериев перехода острого серозного воспаления почки в гнойное, недостаточной выраженностью симптомов заболевания, особенно у пациентов со сниженным иммунитетом.

Традиционные рентгенологические методики не всегда эффективны в выявлении и оценке распространенности даже выраженных гнойно-деструктивных процессов в почке. Ультразвуковое исследование самостоятельно не решает проблему ранней диагностики гнойного пиелонефрита. Эхографическая картина гнойного пиелонефрита описывается в основном качественными характеристиками, что ведет в зависимости от опыта специалиста и класса аппарата. Спиральная компьютерная томография с контрастным усилением изображения и многофазным исследованием в настоящее время является эффективным методом, применяющимся на различных этапах диагностики и лечении гнойно – деструктивных форм острого пиелонефрита.

Провели ретроспективный анализ результатов лечения 42 детей с острым пиелонефритом в Наманганского Филиала РНЦЭМП в период с 2020 по 2022 г.г. Возраст больных колеблется 1-14 г. Мальчиков было 16 (38,%), девочек -26 (62,0%). 23 (54.7%) поступили на 2 – 5-е сутки после начала гипертермии и потрясающего озноба, а остальные 19 (55,3%) пациента в первые сутки.

В ходе проведенных клинических и лабораторных обследований у всех больных были выявлены признаки острого односторонне пиелонефрита. Нами были пациенты по стандарту больных. Все больные проходили УЗИ, у 24 (57,1%) больных определено деструктивные изменения паренхимы почек, которые явилось показаниям для выполнения МСКТ почек в контрастном усилении. 11 (26,1%) были выявлены гиповаскулярные очаги утолщенной паренхиме почек, что расценено как формирование карбункулов паренхимы, у 7 (16,6%) больных на томограммах отмечено только утолщение паренхимы с одностороннем васкуляризацией. У 7 (16,6%) пациентов было диагностировано аномалия развития мочеполовой системы, котором с целью восстановления оттока мочи установили катетер в мочеточник с соответствующей стороне воспалительного процесса и после адекватного антибактериальной терапии получен положительный результат (нормализовалась температура тела, исчез болевой синдром и снизился уровень лейкоцитурии). У 7 (16,6%) пациентов было произведено операция декапсуляция почек, вскрытия гнойного очага и дренирования. У 35 (83,3%) больных после проведенной консервативной терапии отмечено выздоровление.

Заключение: острый, обструктивный пиелонефрит остается актуальной проблемой практической урологии.

МСКТ почек с контрастным усилением позволяет диагностировать карбункул и абсцесс больше случаев

Отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии у больных с ОП при отсутствии явных признаков гнойной деструкции в паренхиме почки по данным УЗИ требует выполнения МСКТ с контрастным усилением.

МСКТ позволяет выявить гиповаскулярные очаги в паренхиме почки – признаки острого гнойного пиелонефрита.

УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА И ВЫВОРОТОВ ГУБ.

Тешабоев М.Г., Орипов Д.У.
Андижанский Государственный медицинский институт.
Ферганский филиал РНЦЭМП

У двух трети больных с ожогами лица имеются рубцовые деформации нижней трети лица и выворот губ.

Наиболее близкой к коже лица по цвету, толщине, эластичности и текстуре является кожа шеи. Наличие подкожной мышцы затрудняет перемещение кожно-жирового лоскута шеи на лицо. Учитывая это, нами разработан одномоментный способ пластики лица и нижней губы мобилизованным кожно-жировым слоем подчелюстной области и шеи, состоящий из кожи и тонкого слоя подкожно-жировой клетчатки. Оперировано 33 больных.

На границе рубца и здоровой кожи проводили разрез. На нижние края раны накладывали швы-держалки и мобилизацию кожно-жирового слоя начинали от края нижней челюсти вниз по направлению к ключице и грудице ножницами тупо и остро. С учетом имеющихся запасов тканей иссекаются рубцы в области нижней части щек, края нижней челюсти и нижней губы.

В случае перерастяжения мобилизованных тканей, проявляющееся побледнением кожи, снижением показателей $PtcO_2$, у 5 (6,8%) больных использовали провизорные швы.

Результаты. Указанным способом оперированы 33 больных с рубцовыми деформациями лица. Из них у 17 имелись односторонние поражения щек, губ и подбородка. Из 33 оперированных нами больных у 1 (3%) отмечен поверхностный некроз в зоне выступающей части подбородка.

В отдаленные сроки изучено у 30 (90,9%) из 33 больных. Хорошие результаты достигнуты у 27 больных (90,1%), удовлетворительные у 2х (6,6%). Нижняя треть лица и губ сформирована неповрежденной кожей с хорошими пластическими и функциональными свойствами, которые не отличаются по цвету и текстуре от нормальной кожи лица. Тонкий кожно-жировой слой не деформирует лицо, сохраняется тургор, подвижность и эластичность тканей. Они также сохраняют нормальную чувствительность и растяжимость, поэтому некоторое натяжение тканей к концу первой недели после операции исчезает, восстанавливается шейно-подбородочный угол и не возникает вторичный дефект донорской зоны на шее. Все вышеуказанное позволяет достичь хорошего функционального и косметического эффекта.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Тоиров А. С., Бабажанов А. С., Ахмедов А. И., Султанбаев Ш. А., Отамуродов Д. Ф.
Самаркандский государственный медицинский университет,

Актуальность: Несмотря на значительные достижения в хирургии печени, внедрение новых технических средств при выполнении операций, в ближайшем послеоперационном периоде при ЭП часто (10-24% случаев) имеют место типичные осложнения в виде нагноения остаточной полости (ОП) в печени, формирования наружного гнойного и желчного свищей (2,3,9). В связи с этим совершенствование методов диагностики ЭП и его осложнений, а также технических приемов, способных

снизить частоту специфических осложнений после эхинококкэктомий, имеет важное значение в лечении больных с данной патологией (1,6,8).

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения путём применения лазерной фотодинамической терапии как метода обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии печени.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 124 больных с различными формами эхинококкоза печени. Возрастной диапазон исследованных больных составил от 29 до 75 лет. Основной контингент среди заболевших эхинококкозом печени представляли лица наиболее трудоспособного возраста, от 29 до 60 лет. Паразитарные кисты локализовались преимущественно в правой доле печени, что составляло 81 (65,32%) случай, в левой доле – 27 (21,77%), поражение обеих долей выявлено в 16 (12,90%). Все исследованные больные в зависимости от проведенной интраоперационной обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени, были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольную группу были включены 61 (49,19%) больных, которым после эхинококкэктомии в обработке остаточных полостей был использован традиционный метод обработки 80-100% глицерином.

Основную группу составили 63 (50,81%) пациентов, в обработке остаточных полостей которых был использован метод лазерной фотодинамической терапии с помощью фотосенсибилизатора 0,05% раствора метилен синего.

Основным требованием к применяемому методу обработки остаточной полости было создание необходимой фотохимической реакции влияющего на паразитарный процесс при минимальном повреждающем действии на клеточные мембраны тканевых структур организма, в частности печени.

Нами изучались морфологическое состояние фиброзной оболочки и перикистозной печеночной ткани. При экспериментальных исследованиях был проведен сравнительный анализ применения ряда антипаразитарных препаратов (спиртовой раствор йода, глицерин) и метод фотодинамической терапии раствором метилен сини. В отличие от фотодинамической терапии, другие средства имели те или иные недостатки, о чём свидетельствуют как показатели длительности экспозиции, так и высокий процент рецидивов и нагноений остаточных полостей печени. Фотодинамическая терапия оказалась высокоэффективной с противопаразитарным действием методом, которая уже начиная с 5 минуты её выполнения вызывала гибель протосколексов, а губительное действие на ацефалоцисты наблюдалось через 150-180 секунд (2,5-3 минуты). Гистологические исследования показали что при применении метода фотодинамической терапии в остаточной полости печени обнаруживались лишь погибшие протосколексы, причём структурных изменений вблизи фиброзной капсулы до и после проведения сеанса ФДТ не выявлено.

Результаты и их обсуждение: Анализ результатов лечения больных контрольной группы, которым антипаразитарная обработка остаточных полостей выполнялась по традиционной (общепринятой) методике с использованием для этой цели 80-100% глицерина. При этом у 61 больных контрольной группы поражение правой доли печени отмечено у 42 (68,85%) пациентов, левой у 13 (21,31%) и билобарное поражение у 7 (11,47%).

Неосложненные формы эхинококкоза печени контрольной группы больных выявлены у 39 (63,93%), а осложненные – у 22 (36,07%). Наиболее частыми осложнениями гидатидозного ЭП явились нагноение паразитарных кист, отмечавшихся у 21 (34,42%) больных, перфорация в желчные пути наблюдалась у 1 (1,63%) пациента, у которого наблюдалось явления механической желтухи, выраженные признаки холемии,

интоксикации и печеночной недостаточности, что отражалось на показателях функционального состояния печени.

Из общего числа послеоперационных осложнений специфические - наблюдались у 15 (24,59%) пациентов. После радикальных оперативных вмешательств билиарные осложнения отмечены у 4 (6,55%) пациентов в виде наличия желчных свищей в ОП с желчеистечением, которые во всех наблюдениях ликвидировались самостоятельно без проведения дополнительных лечебных мероприятий, в сроки $-32,5 \pm 5,5$ дней.

Нагноение ОП отмечалось у 11 (18,03%) пациентов. Рецидив заболевания наблюдалось у 7 (11,47%) больных, возникновение рецидивов заболевания, возможно, было обусловлено неадекватной интраоперационной обработкой ОП.

Как было выше указано основную группу составили 63 пациента, у которых в обработке остаточных полостей был использован метод лазерной фотодинамической терапии.

Учитывая запланированные исследования, в настоящую группу включены пациенты исключительно с эхинококкозом печени. С осложненным течением заболевания поступили 23 (36,5%) больных, с неосложненным – 40 (63,49%). Клиническая картина заболевания протекала аналогично контрольной группе. У 54 (85,71%) больных был диагностирован первичный эхинококкоз печени, у 9 (14,29%) - рецидивный.

Наиболее чаще эхинококковые кисты располагались в правой доле печени – 39 (61,9%) больных, поражение левой доли наблюдалось у 14 (22,2%) пациентов, причем у 7 (11,1%) пациентов отмечено поражение обеих долей.

В раннем послеоперационном периоде у больных основной группы осложнения наблюдалось у 6 (9,52%) больных, при этом лишь в 2 (3,17%) случаях она осложнилась нагноением. Желчестаз в ОП отмечен в 4 (6,34%) случаях, который самоликвидировался в течении $11,5 \pm 3,5$ дней.

Таким образом, полученные данные исследований позволили заключить, что применение метода лазерной фотодинамической терапии в обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени выявляет его выраженное губительное действие на все типы зародышевых элементов эхинококка и относительно безвредное воздействие его на макроорганизм при интраоперационном применении обеспечивает возможность широкого использования этого метода в практике хирургии эхинококкоза различной локализации, с целью профилактики послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Выводы:

1. При традиционных методах антипаразитарной обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии печени наблюдается высокий процент 24,59% специфических послеоперационных осложнений, при этом нагноение остаточных полостей составляет 18,03% случаев, а сроки полной ликвидации остаточных полостей $42,5 \pm 15,5$ дней.

2. Применение метода лазерной фотодинамической терапии при интраоперационной обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии привело к резкому снижению специфических осложнений до 9,52% при этом нагноение остаточных полостей снизилось до 3,17% а рецидив заболевания уменьшился с 11,47% до 2,32% случаев соответственно.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Туксанов А.И., Рахматов К.К., Шодиев С.И., Кувонов М.М., Маликов Ю.Р.

Аннотация Был проведен анализ выполненных 470 операций лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и их осложнений. Сделан вывод, что за этот период ЛХЭ стала операцией выбора у больных с доброкачественными заболеваниями желчного пузыря, а залогом успешного выполнения ЛХЭ являются хорошее техническое оснащение операционной, высокопрофессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопические операции, тщательное предоперационное обследование пациентов, неукоснительное соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, а также внимательное послеоперационное наблюдение за больными.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационные и постоперационные осложнения.

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). По данным статистических исследований последних лет ЖКБ страдают практически каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина [1]. За последние 30 лет лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) стали золотым стандартом в лечении калькулезного холецистита. Выполнение операции стало доступным не только в ведущих клиниках, но в городских и районных больницах. В то же самое время растет и число ближайших послеоперационных осложнений после лапароскопических операций. (2,3) Хотя общее количество осложнений и летальность при ЛХЭ значительно меньше, чем при открытой операции (2,3,4). К опасным осложнениям, возникающим непосредственно во время вмешательства, большинство авторов относят ранение внепеченочных желчных протоков, повреждение органов брюшной полости, массивные кровотечения в зоне операции. (12,13)

Цель исследования. Изучить частоту осложнений при ЛХЭ и разработать меры предупреждения возможных ближайших послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы 470 медицинских карт стационарных больных, оперированных по поводу калькулезного холецистита в различных формах его проявления в многопрофильном хирургическом отделении МСО НГМК г. Навои, за период с 2005г. по 2021гг. Среди больных, перенесших ЛХЭ, большинство составили пациенты наиболее работоспособного возраста от 21 до 60 лет - 300 (63,8%) человек, старше 60 лет было 170 (36,2%) человека. Мужчин оперировано - 104 (22,1%) , женщин - 366 (77,9%) человек. В анамнезе у 76 (16,1 %) больных были различные операции на органах брюшной полости и малого таза, а также других частях тела. Болевые приступы накануне или при поступлении были в 56,4% случаев. Средняя продолжительность заболевания составила $5,3 \pm 0,4$ года.

Все операции ЛХЭ выполнены под эндотрахеальным наркозом. Операционная бригада состояла из хирурга, ассистента и операционной сестры. В обязательном порядке вводился в желудок назогастральный зонд, катетер в мочевого пузырь, а нижние конечности бинтовались эластичными бинтами. Операция выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz». ЛХЭ выполнялась по стандартной методике: наложение пневмоперитонеума, введение троакаров, ревизия брюшной полости, холецистэктомия и удаление желчного пузыря из брюшной полости. Практически на всех операциях использовали атравматические зажимы, что позволяло избежать излишней травмы органов и тканей и как их следствие – геморрагий и перфораций. У всех оперированных больных операция заканчивалась дренированием подпечёночного

пространства. Дренаж удаляли на 3-4-е сутки после операции при отсутствии активных выделений (серозная жидкость, желчь) из брюшной полости после предварительной визуализацией аппаратом УЗИ на предмет наличия жидкости в брюшной полости.

Длительность операции ЛХЭ колебалась от 25 до 185 минут в зависимости от характера морфологических изменений органов и тканей, в среднем 40-60 минут.

В работе использовались клинические, лабораторные, аппаратно -инструментальные, статистические методы исследования.

Результаты исследования.

По результатам проведенных исследований у 470 пациентов была выявлена сопутствующая патология, причем: артериальная гипертензия у 154 -32,7%, ишемическая болезнь сердца у 143- 30,4%, ожирение I- IV ст. у 82 -17,4%, язвенная болезнь желудка и 12 п.к. у 41 – 8,7%, цирроз печени у 20- 4,2%, смешанный зуб у 30- 6,3%. Выявленная сопутствующая патология требовала

соответствующей медикаментозной коррекции при подготовке к операции.

ЛХЭ проведено 382 (81,2%) больным с хроническим калькулезным холециститом и 88 (18,8%) больным с острым калькулезным холециститом.

У 461 (98%) пациентов оперативное вмешательство была успешной, а в 9 (1,9 %) случая потребовалась конверсия и переход на традиционную холецистэктомию. Причиной конверсии были: выраженные рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря, аномалии желчных протоков и возникшее интенсивное кровотечение из ложа желчного пузыря. Из 461 больного интраабдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ возникли у 6 (1,3%): у четырех пациентов после операции по дренажной трубке стала активно выделяться желчь. В одном случае потребовалось повторное вмешательство в связи с желчным перитонитом. В 2 х случаях перитонеальные явления отсутствовали, желчеистечение у них прекратилось на 5-6-ые сутки, а дренаж удален на 7-8-ые сутки соответственно. У одного больного сформировался желчный свищ, который через месяц свищ закрылся самостоятельно. У двоих больных после операции развился острый панкреатит, консервативная терапия у них была успешной.

Таким образом, частота ближайших осложнений после лапароскопической ХЭЖ оказалась в пределах 3,3%, причем следует отметить, что в большинстве своем осложнения возникали у больных оперируемых по экстренным показаниям 10 из 15 случаев.

Проведенный нами анализ показал, что частота возникновения интраабдоминальных осложнений **прежде всего связана** с наличием выраженного воспаления, инфильтрации тканей желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, что вызывает технические трудности в дифференцировании пузырного протока и артерии. Немаловажное значение имеет и квалификация оперирующего хирурга и окружающих их помощников. Во всяком случае к лапароскопической холецистэктомии следует относиться чрезвычайно серьезно и как при каждом оперативном вмешательстве надо быть спокойным, внимательным и точным в своих действиях. В 5 случаях возникновения осложнений, это панкреатит и появление желчеистечения из дренажей, мы с какими либо причинами связать их возникновение не смогли.

В связи с незначительностью травмы, наносимой передней брюшной стенке, послеоперационный период у пациентов после ЛХЭ протекал легче, чем после аналогичной традиционной хирургической операции, выполненной посредством лапаротомии. Уже в первые сутки после вмешательства боли беспокоят больных умеренно, что позволяет сократить дозировку наркотических анальгетиков или вообще отказаться от их применения. Использование антибиотиков решалось индивидуально. На вторые сутки больные начинали ходить, функция кишечника восстанавливалась на третьи сутки после операции. Общее состояние больных позволяло выписать их на 4-5 сутки

после ЛХЭ, однако, часто больных выписывали на 6-7-ые сутки, учитывая, что некоторые осложнения могут появиться в более поздний период.

Выводы Таким образом, интраоперационные осложнения ЛХЭ не носят неизбежный характер. Соблюдая технику оперативных вмешательств, большинства из них можно избежать или устранить их, не прибегая к лапаротомии. Мы видим перспективы снижения подобных осложнений в более тщательном предоперационном обследовании больных, особенно пожилого возраста, с длительным анамнезом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями желчнокаменной болезни, а также динамическом контроле в послеоперационном периоде.

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ И ЛЕТАЛЬНОСТИ

Туксанов А.И., Рахматов К.К., Шодиев С.И., Кувонов М.М., Маликов Ю.Р.,
Холиков О.Х.
Республика Узбекистан, г. Навои, МСО НГМК.

Резюме. В этой статье обобщены статистические данные больных госпитализированных за последние 5 лет в МСО НГМК. В МСО НГМК за последние 5 лет было госпитализировано 199 больных с диагнозом цирроз печени, из которых умерло - 18 (4,93%).

Последствием хронического гепатита является цирроз печени. Считают, что цирроз печени встречается редко. Однако, по данным аутопсий цирроз печени обнаруживался в Западной Европе и Америке - от 3% до 8,6%. В Европейских странах, таких как Италия, Франция, Испания и Португалия, где употребляют и производят вино по традиционным методам, заболеваемость циррозом печени также относительно высока. Больные с данным заболеванием находятся на 24 месте по среднему показателю стационарной заболеваемости. В нашей же стране заболеваемость хроническим вирусным гепатитом и циррозом печени встречается достаточно нередко. Особенно смертность наблюдается среди больных с заболеваниями пищеварительного тракта. Проблема продления срока выживаемости больных циррозом печени становится актуальной.

Целью данной работы явилась оценка уровня заболеваемости циррозом печени по стационарной обращаемости и ее причин летальности, а также проведение ретроспективного анализа статистических показателей заболеваемости и летальности данного заболевания за последние 5 лет.

Материалы и методы Уровень заболеваемости и летальности больных циррозом печени изучался по историям болезни за 2018-2022 гг. Кроме того, ретроспективно обрабатывались истории болезни 199 больных циррозом печени, находившихся в эти же годы на стационарном лечении в МСО НГМК, с учетом случаев заболеваемости, возраста, пола, видов осложнений, причин смерти.

Результаты и обсуждение Из всех 47844 больных, зафиксированных с 2018 по 2022 годы с циррозом печени было 199 (0,41%).

Таблица 1.

Количество случаев заболеваний циррозом печени
Частота встречаемости

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



Год	Общая заболеваемость	Цирроз печени		Больные циррозом печени			
		N	%	Мужчины		Женщины	
				n	%	n	%
2018	10489	36	0,51	15	41,67	21	58,33
2019	10708	47	0,36	21	44,68	26	55,32
2020	7260	32	0,38	20	62,5	12	37,5
2021	8946	45	0,41	28	62,2	17	37,78
2021	10441	39	0,54	26	66,67	13	33,33
Итого	47844	199	0,41	110	55,28	89	44,72

Заболеваемость циррозом печени зафиксированная в статистических отчетах (табл.1), показывает, что с какой частотой она была как среди женщины, так и мужчин. По статистическим данным установлено, что всего за 5 лет наблюдалось 365 случаев смерти от разных патологических состояний. При этом число умерших от осложнений цирроза печени составило 18 (4,93%) (табл.2).

Таблица 2.

Число случаев смерти от цирроза печени по данным отчетов МСО НГМК

Год	Общая летальность	От цирроза печени		Частота встречаемости больные циррозом печени			
		n	%	Мужчины		Женщины	
				n	%	n	%
2018	55	4	7,27	2	50	2	50
2019	65	2	3,07	2	100	0	0
2020	93	6	6,45	4	66,67	2	33,33
2021	91	2	2,2	2	100	0	0
2022	61	4	6,56	3	75	1	25
Итого	365	18	4,93	13	72,2	5	27,8

Из 47844 больных, прошедших стационарное лечение в МСО НГМК за последние 5 лет, 199 (0,41%) - были с диагнозом цирроза печени (табл.3).

Из 199 - у 8 (4,02%) наблюдалось кровотечение из расширенных варикозных вен пищевода и желудка.

Из 47844 больных, прошедших стационарное лечение в МСО НГМК за последние 5 лет, умерло 365 (0,76) больных от различной патологии.

Таблица 3.

Количество больных циррозом печени распределенных по стадиям процесса

Год	Частота встречаемости в стадии декомпенсации						Осложнения в стадии компенсации и субкомпенсации		Всего
	Хроническая печеночная недостаточность		Асцит		Кровотечение		муж	жен	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен			
1992									
2018	11	11	17	17	7	9	9	16	97
2019	8	3	14	17	5	2	12	6	67
2020	12	9	14	10	7	12	15	6	85
2021	12	6	26	10	2	10	26	12	104
2022	14	7	21	10	5	3	21	10	91
Итого	57	36	92	64	26	36	83	50	444

За последние 5 лет из числа находившихся на стационарном лечении в МСО НГМК. Итого умерло от цирроза печени 18 больных, что составило 4,93% от всей летальности по МСО НГМК. Летальность от цирроза печени в 2,6 раза среди мужчин была выше - 13 (72,2%), нежели среди женщин - 5 (27,8%).

Таким образом, согласно анализа заболеваемость циррозом печени составила 0,41%, летальность 4,93%. Согласно стационарной обращаемости в МСО НГМК за последние 5 лет на долю пролеченных больных циррозом печени приходится 0,38%.

Из стационарных больных МСО НГМК за последние 5 лет умерло от цирроза печени 18 (4,93%). При этом мужчин было почти в 2,6 раза больше, чем женщин, что по-видимому связано с факторами, влияющими на обострение заболевания, такими как тяжёлая физическая работа, приём алкоголя и др.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. УДАЛЕНИЕ МНОЖЕСТВА КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.

Туксанов А.И., Рахматов К.К., Шодиев С.И., Султанов У.С., Наимов М.М., Кувонов М.М.

Республика Узбекистан Государственное учреждение «Фонд Навоийского Горно-Металлургического Комбината» Региональное управление «Навои» Медико-санитарный отдел.

Введение: Мочекаменная болезнь имеет эндемическое распространение и встречается не менее чем у 1–3 % населения. Болезнь проявляется чаще в самом трудоспособном возрасте 20–50 лет (80 % больных). Ей свойственны тяжелые осложнения и рецидивы, приводящие к частой и длительной потере трудоспособности. Она является одной из частых причин хронической почечной недостаточности, приводящей к инвалидизации больных. В последние 10 лет в урологических отделениях областных больницах пациенты с мочекаменной болезнью составляют 56–60 % от всех урологических больных. Проблема ее медикаментозного лечения не решена и в обозримом будущем решения не предвидится, поэтому актуальными методами лечения остаются различные методы оперативного вмешательства. Процент больных, подвергнутых различным оперативным методам лечения сохраняется приблизительно на одном уровне (75–80 %). Однако, к сожалению, любая операция не ведет к излечению от болезни, приблизительно у 17–23 % больных возникают рецидивные камни с более тяжелым течением.

Случай из практики позволило проводить оперативное лечение цистолитотомия тяжелого и сложного контингента больных с коралловидными и большими камнями мочевого пузыря.

Больной Т. А. 1983 г.р., Поступил с жалобами на тупые боли и чувство тяжести над лонной областью, задержку стула в течении 10 дней, отсутствие движений в нижних конечностях, резкую слабость верхних конечностей, нарушение чувствительности с грудного отдела и ниже, нарушение функции тазовых органов, постоянный спазм мышц спины потоотделение и на общую слабость.

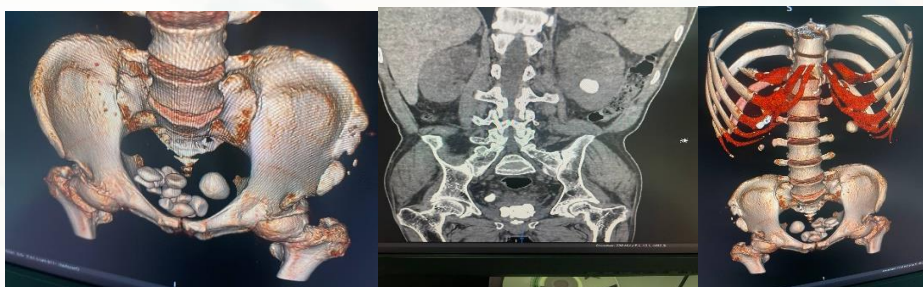
Из анамнеза: Со слов больного травма получена 8.04.2011г. на работе в результате падения с высоты около 5 метров в виде перелома С-6 и С-7 позвонков со сдавлением спинного мозга с нарушением функции тазовых органов. перелома средней трети левой бедренной кости со смещением отломков. Сотрясения головного мозга. Последние 1 год отмечает появление тупой боли и чувство тяжести над лонной областью. Обратился в приёмный покой МХО МСО НГМК с вышеизложенными жалобами, осмотрен урологом и нейрохирургом госпитализирован в МХО на урологическую койку.

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. ЧД-18 в мин. Над легкими аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС до 78 уд в минуту. А/Д 120/80 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный, налётов нет. Живот мягкий, безболезненный перестальтика кишечника практически не выслушивается. Печень и селезёнка не пальпируется.

Сознание ясное. Менингеальных знаков не имеется. Определяется верхний парапарез, нижняя параплегия по вялому типу. Нарушена поверхностная и глубокая суставно-мышечная чувствительность с уровня Th-4 сегмента и ниже. Функция тазовых органов нарушена по типу их задержки. Послеоперационные рубцы шеи слева и средней трети левого бедра окрепшие.

Имеется свищ в области после эпицистостомии.

Больной обследован в отделении, где на УЗИ имеются множественные камни мочевого пузыря, а также на МСКТ имеются множественные гигантские камни мочевого пузыря.



Больному в плановом порядке под спинно-мозговой анестезией произведена цистолитотомия



Выбор оптимального оперативного метода лечения должен осуществляться индивидуально для каждого конкретного пациента. Данный процесс является весьма сложной задачей, требующей учета большого количества данных пациента. В силу ряда причин проблема выбора варианта хирургического лечения при МКБ остается открытой и на сегодняшний день. При выборе метода элиминации конкремента специалисту необходимо учесть множество параметров: размеры и локализацию конкремента, рентгенологическую плотность камня, инвазивность метода, ранее перенесенные операции у пациента, сопутствующие осложнения, возможные аномалии развития мочевых путей, и др. Иногда часть параметров, либо связь одних данных с другими выявить невозможно, в этом и заключается сложность прогнозирования в урологии. В настоящий момент известен факт применения математических алгоритмов целью прогноза в медицине. В связи с этим возникает необходимость внедрения в лечебную практику врача-уролога современных информационных технологий, позволяющих помочь

выбрать оптимальный алгоритм ведения пациентов с МКБ. Степень разработанности темы исследования Использование нейронных сетей в медицинской практике является так называемым «трендом» современных научных работ и широко освещается в последнее десятилетие зарубежными исследователями. Между тем количество работ с применением интеллектуального анализа представлены в гораздо меньшем количестве. В связи с этим, несомненно, полезна как в научном плане, так и для практического использования врачами-урологами.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Туланов Ш.А., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б.
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 удается 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.

Спленэктомию 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.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Туляганов Д.Б., Хошимов Д.Э., Пулатов Д.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент

Актуальность. Острая тонкокишечная непроходимость - относится к одному из наиболее сложных патологических состояний и является более актуальной клинической проблемой в экстренной хирургии, требующим быстрой и правильной диагностики, а также немедленной, рациональной и эффективной лечения. Поэтому мы провели это проспективное исследование для выявления и анализа клинической картины пациентов с острой непроходимостью тококишечника, этиологии непроходимости, а также лечения и исходов у этих пациентов.

Цель. Выявить и проанализировать клиническую картину, лечение и исход пациентов с острой механической тонкокишечной непроходимостью, частоту и причины гипоксии, ишемии, некроза и перфорации стенки тонкого кишечника.

Материалы и методы. Проведен анализ более 124 больных, поступивших в экстренной хирургической отделение Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с диагнозом острой тонкокишечной непроходимости в период с 2018 по 2020 гг. Пациенты с паралитической тонкокишечной непроходимостью были исключены из исследования. В исследование были включены все взрослые пациенты с клиническими, лабораторными, ультразвуковыми и рентгенологическими признаками острой тонкокишечной непроходимости.

Сбор данных начинался сразу после поступления пациентов в хирургическое отделение и продолжался ежедневно. Критериями оперативного ведения пациентов были гемодинамическая нестабильность, несмотря на инфузионную терапию кристаллоидным раствором или спазмолитики, перитонеальные признаки при физикальном обследовании, выявление при визуализирующих исследованиях (рентгенография, УЗИ или КТ органов брюшной полости) ишемии кишечника, некроза или перфорация и неэффективность консервативного лечения на первой сутки после госпитализации. Интраоперационные данные также были зарегистрированы с большим акцентом на этиологию непроходимости, а также частоту и причины ишемии, некроза и перфорации кишечника.

Результаты. В течение двухлетнего периода исследования 124 взрослых пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью были госпитализированы и составили нашу исследовательскую группу. Средний возраст пациентов составил $57,3 \pm 1,1$ года, Из пролеченных пациентов 34 (27,4%) были в возрасте от 18 до 40 лет, 52 (41,9%) - в возрасте от 40 до 60 лет и 38 (30,7%) были старше 60 лет. Среди пациентов 69 (55,6%) были мужчинами и 55 (44,4%) женщинами.

У большинства больных (62,1%) выявлена низкая тонкокишечная непроходимость. Что касается клинической картины пациентов, отсутствие отхождения газов (87%) и стула (73,2%) были наиболее частыми симптомами, а вздутие живота (68,5%) было наиболее частым физикальным признаком при клиническом обследовании острой тонкокишечной непроходимости.

Из общего числа пациентов 7 (5,6%) доставлены в течение 3 часов, 16 (12,9%) в течение 3-6 часов, 21 (17%) в течение 6-12 часов, 37 (29,8%) 12-24 часов и остальные 43 пациент (34,7%) был доставлен в больницу через 24 часа. Примечательно, что 113 (91,1%) из общего числа пациентов испытали схваткообразная боль в животе с первых часов, но 49 из них (43,4%) были госпитализированы через 24 часа.

Из 124 последовательных пациентов, включенных в исследование, у 47 (37,9%) была выявлена высокая тонкокишечная непроходимость, а у 77 (62,1%) — низкая тонкокишечная

непроходимость. Отсутствие отхождения газов (87%) и стула (73,4%) и вздутие живота (68,5%) были наиболее распространенными симптомами и физикальными находками, соответственно. Наиболее частыми причинами непроходимости были спайки брюшной полости (59,5%), ущемленные грыжи (18,1%), образование тонкой кишки (17,5%). Консервативно лечили 27 больных (21,8%), оперировали 97 (78,2%), из них 71 (73,2) в первые сутки. Ишемия кишечника выявлена в 21 случае (21,6%), некроз — в 14 (14,4%), перфорация — в 4 (4,1%). Ущемленные грыжи (48,2%), спайки органов брюшной полости (37,5%) и образование тонкой кишки (17,7%) были наиболее частыми причинами ишемии кишечника и некроза. Так же, ущемленные грыжи (34,3%), образование тонкой кишки (28,8%) и инородное тело тонкой кишки (27,9%) были наиболее частыми причинами перфорации. При ущемленных грыжах отмечен значительно более высокий риск странгуляции, чем при всех других причинах непроходимости.

Вывод. Отсутствие отхождения газов и стула, так же вздутие живота являются наиболее частыми симптомами и физикальными находками у пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью. Кроме того, по прибытии частыми симптомами были рвота, тошнота, схваткообразная боль в животе и дискомфорт в животе. Спайки органов брюшной полости, ущемленные грыжи и образование тонкой кишки являются наиболее частыми причинами тонкокишечной непроходимости, а также ишемии, некроза и перфорации тонкого кишечника.

Значительную часть этих пациентов можно лечить консервативно, но значительная (78,2% больных) часть требует экстренной операции в первые сутки после госпитализации. За последние пятнадцать лет частота осложнений после экстренных операций на желудочно-кишечном тракте остается высокой. В нашем исследовании частота осложнений и летальность были относительно низкими. В литературе частота осложнений колеблется от 6% до 47%, тогда как смертность колеблется от 2% до 19%. А правильный выбор методов диагностики и хирургического лечения позволяет снизить вышеперечисленные отрицательные показатели.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КИСТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Туракулов У.Н., У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М.,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Заболеваемость кистозно-буллезной болезнью имеет тенденцию к увеличению. Совершенствование методов диагностики данного заболевания широкое использование в клинической практике компьютерной томографии легких, позволила улучшить выявляемость данного заболевания. Цель. Определить тактику ведения пациентов при выявлении у них кистозно-буллезной эмфиземы легких. Материал и методы. За 5 лет в отделение торакальной хирургии поступило 210 больных кистозно-буллезной эмфиземой легких. Из них 176 (66,6%) больных поступили в экстренном порядке в связи с развившимися осложнениями, причем 50 пациентов поступали более 1 раза. 88 (33,3%) больных поступило в плановом порядке. (всего 264 случая поступления). Экстренно пациенты поступали преимущественно по поводу развития пневмоторакса - 160 (91%) случаев, спонтанной подкожной эмфиземы - 4 (2,2%), гемопневмоторакса - 10 (5,7%) кровохарканья - 2 (1,1%). У 89 больных отмечалось правостороннее поражение, у 68 - левостороннее. В трех случаях отмечен двухсторонний пневмоторакс. Результаты и обсуждение. Всем больным, поступившим с пневмотораксом, лечение начиналось с

проведения плевральной пункции. Исключение составили два случая верхушечного пневмоторакса, при которых пункция не выполнялась, и три случая у больных с сопутствующей бронхиальной астмой, где сразу было выполнено дренирование плевральной полости. При отсутствии тенденции к расправлению легкого больным проводилось дренирование одним и, последовательно, при отсутствии расправления легкого вторым дренажом. При отсутствии эффекта от лечения в течение 4 суток больному проводилось оперативное лечение в срочном порядке. В случае успешного расправления легкого посредством пункции или при дренировании всем пациентам, в обязательном порядке выполнялась компьютерная томография легких. В случае выявления кистозно-буллезных изменений в легких проводилось оперативное лечение атипичная резекция пораженных участков легкого и плевродез. За 2017-2022 годы проведено 118 миниторакотомий с видеоассистенцией, 27 видеоторакоскопических резекций легкого и 42 торакотомии. Показанием к торакотомии являлся выраженный спаечный процесс в плевральной полости, гемопневмоторакс и переход к лобэктомии. Во всех остальных случаях проведены малоинвазивные оперативные вмешательства. За данное время после оперативного лечения отмечено 2 рецидива, разрешившихся пункционно. В случае отказа от оперативного лечения при наличии кистозно-буллезных изменений в легких, больные, наблюдавшиеся в 2017-2022 годах, поступили в наше отделение в экстренном порядке с развившимися осложнениями кистозно-буллезной болезни. Также хочется отметить тот факт, что у половины больных с спонтанным пневмотораксом и отсутствием изменений на компьютерной томограмме отмечался рецидив пневмоторакса в ближайшие два года от первоначального поступления поступления. У 6 пациентов после проведенного гистологического исследования посланного материала выявлен туберкулез. Выводы. Кистозно-буллезная болезнь легких - заболевание, лечение которого должно осуществляться оперативным путем, который позволяет предотвратить развитие серьезных осложнений и улучшить качество лечения пациентов.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ И СТРЕСС-ПРОБЫ С ЭКГ, ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ДО РЕВОСКУЛИРИЗАЦИЯ МИОКАРДА

Тургунов А.И., Тургунов Б.А., Эргашев К.Н., Собиров А.А
Андижанская государственной медицинском института кафедра общей хирургии
Андижан Узбекистан.

Введение. Причиной внезапной сердечной смерти людей может стать скрытая аномалия коронарной артерии (АКА). К наиболее часто встречающейся АКА относится мышечный мостик (ММ), «золотым стандартом» выявления которого является коронарная ангиография (КАГ). Диагностическая значимость неинвазивных методов диагностики ишемии миокарда (ИМ), вызываемой ММ, до конца не установлена.

Цель: определение наиболее информативных клинико-инструментальных признаков, характеризующих наличие ММ.

Материал: У 5149 больных (б.) с диагнозом «ИБС: стенокардия напряжения», провели КАГ и у 180 б. (3,5%) выявили ММ. Им провели ЭКГ покоя, суточное ЭКГ, тесты с физической нагрузкой, стресс-ЭхоКГ с добутамином (ДСЭхоКГ), модифицированную фармакологическую стресс-ЭхоКГ (МФСЭхоКГ) с нитроглицерином (НГ).

Результаты: сформировано 3 группы б.: 1-я гр. б. ММ (n=32), которым проведена ДСЭхоКГ, 2-я гр. – б. ММ (28/32 б. из 1 гр. повторно), которым выполнена МФСЭхоКГ с добутамином при сочетании с НГ, 3-я гр. сравнения – б. атеросклеротическим стенозом

(АС) (n=16), которым проведена ДСЭхоКГ. Исходная глобальная сократимость миокарда (СМ) левого желудочка (ЛЖ) была удовлетворительной в 3-х гр. Из-за провокации ИМ на максимуме нагрузки отмечалось снижение СМЛЖ в зависимых зонах, что вызывало снижение фракции выброса (ФВ) и повышение индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС) как у б. с ММ независимо от вида протокола (ФВ ЛЖ ДСЭхоКГ: медиана - 48%, 10-90 процентиля - 44%-78%, мин.-макс. – 42%-82%; МФСЭхоКГ: мед. - 46%, 10-90 пр. – 40%-49%, мин.-макс. – 40%-78%; p=0,13), так и у б. с АС (ФВ ЛЖ: мед. - 42%, 10-90 пр. – 40%-44%, мин.-макс. – 40%-68%). Достоверно значимое повышение ИНЛС получено у б. АС по сравнению с б. ММ (АС ИНЛС: мед. - 1,250; 10-90 пр. - 1,125-1,250; мин.-макс. - 1,000-1,375; p<0,001). При анализе результатов в зависимости от вида использованного протокола СЭхоКГ у больных ММ - достоверно значимое повышение ИНЛС отмечалось при выполнении МФСЭхоКГ (ДСЭхоКГ ИНЛС: мед.-1,125; 10-90 пр. - 1,000 и 1,125; мин.-макс. - 1,000-1,125; МФСЭхоКГ ИНЛС: мед.- 1,125; 10-90 пр. - 1,000 и 1,250; мин.-макс. - 1,000-1,250; p

Выводы: Для диагностики ишемии миокарда и подготовка реваскуляризации миокарда, вызываемой ММ, на 1-м этапе обследования должны быть использованы неинвазивные стресс-методы. Стресс-ЭхоКГ с добутамином у 69% больных с ММ вызывает нарушение локальной сократимости, что характеризуется снижением сегментарной фракции выброса и увеличением индекса нарушения локальной сократимости, а информативность комбинированной пробы (сочетание добутамина и нитроглицерина) существенно увеличивается (чувствительность 93%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.

**Тургунов А.И., Мамадиев Х.М., Тургунов Б.А., Мансуров Ш.Ш., Эргашев К.Н.
Кафедра общей хирургии и трансплантологии АГМИ (Андижан, Узбекистан).**

Цель. Клинико-функциональная оценка результатов повторной реконструкции повреждения клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. В отделении сердечно-сосудистой хирургии клиник АГМИ с 2012 по 2023 год проведены 42 повторных реконструктивных операций повреждения клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения (ИК) с фармакоологической кардиоopleгией. Возраст пациентов составил 18-62 лет, из них женщины – 32 (76,1%), мужчины – 10 (23,8%). Время после первой операции колебалось в интервале 5-13 лет. Закрытая митральная комиссуротомия (ЗМК) проводилась у 35 (83,3%), трансклюминальная баллонная вальвулотомия митрального клапана (ТЛБВТ) у 5 (11,9%), повторная закрытая митральная комиссуротомия (РеЗМК) у 2 (4,76%) пациентов. Причиной повторного повреждения митрального клапана сердца явилась неадекватная медикаментозная терапия. Пациентам проводились следующие виды коррекции. Протезирование механическим клапаном St. Jude проведено 22 (52,38%) пациентам, протезирование механическим клапаном On-X 10 (23,81%), протезирование биологическим клапаном Hancock™ II Bioprosthesis 7 (16,67%), и протезирование механическим клапаном VICARBON FITLINE™ 5 (11,91%) пациентам.

Результаты. Среднее время пережатия аорты составило 65 минут, среднее время искусственного кровообращения 60 минут, общее время операции 90-300 минут. На эхокардиографическом исследовании фракция выброса левого желудочка у пациентов после протезирования механическим митральным клапаном St. Jude составила 45-65%, после протезирования биологическим митральным клапаном 47-60%. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (14,29%) пациентов: в виде начинающейся острой

левожелудочковой недостаточности у 4 (9,5%) пациентов, и лево- и правожелудочковой недостаточности у 2 (4,7%). Нахождение в палате интенсивной терапии в среднем было 2,4-4,6 дней, кардиотоническая поддержка была у 6 (14,28%) пациентов, из них 2 умерли. Госпитальная летальность составила 4,76% (2 пациента). 40 (95,24%) пациентов были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Выполнение повторных операций имеет технические сложности, но низкую госпитальную летальность, связанную с снижением времени пережатия аорты и времени искусственного кровообращения. У 95% пациентов получены хорошие результаты. Реконструктивные операции на клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения не ухудшают функциональные параметры сердца.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПЕРВОГО ПАЦИЕНТА С МИКСОМА ПРАВОЙ ПЕРЕДСЕРДИИ И ОТХОЖДЕНИЕ ИЗ ПРАВОГО КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СЕРДЦА.

Тургунов А.И., Тургунов Б.А., Эргашев К.Н.

Кафедра общей хирургии и трансплантологии АГМИ (Андижан, Узбекистан).

Цель. Миксома которая встречается в правой части, раннее диагностирование и хирургическое лечение сердца.

Материалы и методы. Клиника Андижанского государственного медицинского института в отделении сердечно-сосудистой хирургии госпитализирована с миксомой сердца. Миксома, встречающаяся в правой части сердца, встречается крайне редко. С недостаточностью дыхания клинических признаков и кислородом SpO₂-70%. Бездействие, неосознанное самочувствие и падение артериального давления. Электрокардиографическое обследование: Синусовый ритм, вертикальная положение электрического оси сердца. Диффузные изменения в миокарде. Эхокардиографическое обследование: из правой предсердия при яичниках образная свойство размером 7,0 x 7,0 x 8,0 см. Ламинарный паток застойное явление правого предсердия и правого желудочек. Недостаточность трёхстворчатый клапана 3 степени. С учетом клинических признаков и эхокардиографических обследований пациента проведена экстренная проверка.

Результаты. Была проведена хирургическая операция по с помещаем фармакохолодная раствора удаление правого отдела миксома и анастомоз правых коронарных артерий в конец-конец в условиях искусственного кровообращения. Время окклюзии 133 минут, кардиоплегии время 111 мин при температура 36.5 С.

Выводы. Благодаря диагностике миксома сердца оперативному лечению будет достигнуто предотвращение тромбоза легочной артерий.

АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА НА МИКРОФЛОРУ, СЕНСИБИЛИЗОВАННУЮ МЕТИЛЕНОВОЙ СИНЬЮ ПРИ ГНОЙНЫХ ТРАХЕОБРОНХИТАХ IN VITRO

Турсуметов А.А., Исаков Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность Среди факторов, определяющих этиологическую структуру бронхолегочных осложнений в том числе гнойных эндо бронхитов, прежде всего, следует выделить предшествующую антимикробную терапию и продолжительность ИВЛ. У больных, находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции легких, выявлена

тенденция превалирования высевания грамотрицательной микрофлоры, причем за последние годы расширяется спектр выделяемой полирезистентной флоры.

Благодаря значительному прогрессу в области фотобиологии, лазерной и оптоволоконной техники метод ФДТ с использованием фотосенсибилизаторов (ФС) получил широкое распространение во всем мире и начал применяться как антимикробное воздействие. Использование МС в качестве фотосенсибилизатора для оказания антибактериального эффекта рекомендовано при лечении ряда заболеваний инфекционной этиологии [10]. В месте с этим отсутствуют работы по использованию ФДТ с МС в лечении эндобронхитов, которые как правило развиваются в условиях длительного ИВЛ.

Цель исследования: исследование фотодинамического воздействия лазерного излучения с использованием фотосенсибилизатора метиленовая синь (МС), определение оптимальной концентрации МС и параметров лазерного излучения для достижения бактерицидного эффекта в отношении микрофлоры бронхиального дерева у больных гнойным эндо бронхитом в эксперименте *in vitro*.

Материалы и методы В качестве фотосенсибилизаторов использовали 1 и 10 % - неё растворы МС. Растворы иной концентрации для экспериментов (0,001- 0,1 %) готовили *ex tempore*. В качестве источника излучения служил диодный лазер с длиной волны - 632,8 нм, мощностью излучения на выходе – 200 мВт/см².

Материалом для исследования послужили результаты бактериологических посевов из промывных вод бронхов 49 оперированных больных, находившихся на длительном ИВЛ в отделении реанимации городской клинической больницы № 4 им. И. Эргашева. Нами был изучен видовой состав микрофлоры бронхиального дерева в этой группе больных. Среди выделенных штаммов наиболее часто встречались: *Esherichia coli* – 18,2%, *Staphylococcus aureus* – 10,7%, *Acinetobacter spp.* – 6,2%, *Klebsiella pneumonia* – 6%, *Candida spp.* – 10,7%, *Pseudomonas aeruginosa* – 7,4%. *Staphylococcus aureus MR* – 3,3%.

После 10 минутной экспозиции для окрашивания бактерий, зону контакта микроорганизмов и ФС облучали красным светом (99, 120, 180 сек). При экспозиции 99 секунд плотность энергии составляет 25 Дж/см². Расстояние от излучателя до поверхности питательной среды составляло 0,5 см. Затем посеы помещали в термостат при 37⁰ С на 18-24 часа. Учет результатов выполняли путем определения наличия или отсутствия микробного роста в зоне облучения тест-штамма. Диаметры выявленных зон ингибиции микробного роста измеряли в мм. Все исследования выполняли в 10-ти повторности. Для интерпретации полученных результатов определяли степень чувствительности к ФД воздействию бактерий с помощью соответствующих критериев чувствительности (по величине диаметра ингибиции роста микроорганизмов), позволяющих отнести исследуемую культуру микроорганизма к одной из трех категорий: «устойчивыми», «умеренно-устойчивыми», «чувствительными». При зонах до 10 мм включительно культуры считали устойчивыми, при зонах 11-14 мм – умеренно-устойчивыми, при зонах 15 мм и выше - чувствительными.

Результаты исследования Наши экспериментальные исследования *in vitro* показали, что фотодинамическая терапия с использованием МС обладает выраженной антимикробной активностью против широкого спектра болезнетворных микроорганизмов, охватывающим грамположительные и грамотрицательные бактерии. При этом установлено, что МС и лазерное излучение в диапазоне 632 нм в отдельности не обладают антибактериальной активностью как в отношении грамотрицательных, так и грамположительных бактерий в том числе в отношении MRSA. Поэтому данный способ борьбы с инфекцией может найти широкое применение в качестве антимикробного агента при лечении и профилактике различных гнойно-воспалительных процессов.

Полученные нами результаты в условиях *in vitro* определили направление следующих исследований, т.е. изучение эффективности ФДТ с использованием МС *in vivo* на модели гнойных эндо бронхитов у животных.

Выводы 1. При гнойных эндо бронхитах бронхиальное дерево инфицировано факультативно-анаэробной микрофлорой. *Esherichia coli* – 18,2%, *Staphylococcus aureus* – 14,2%, *Acinetobacter spp.* – 6,2%, *Klebsiella pneumonia* – 6%, *Candida spp.* – 10,7%, *Pseudomonas aeruginosa* – 7,4%. *Staphylococcus aureus MR* – 3,3%.

2. Растворы МС (0,1%; 0,01%; 0,05%) и диодный лазер (длиной волны 632,8 нм, при экспозиции от 99-120-180 сек, плотностью энергии 25-35 Дж/см²) в отдельности не обладают антимикробной активностью в отношении совокупной факультативно-анаэробной микрофлоры бронхиального дерева.

3. Диодный лазер длиной волны 632,8 нм, плотностью мощности 2,0 Вт/см² при экспозиции от 99 до 180 с, при плотности энергии 25-35 Дж/см² обладает антимикробной активностью в отношении факультативно-анаэробной микрофлоры бронхиального дерева, сенсibilизированной раствором МС в концентрации 0,05%. При этом на *Candida spp.* ФДТ не оказывает фунгицидного действия.

4. Предлагаемый метод предварительной фотосенсибилизации микрофлоры бронхиального дерева МС придает антибактериальную активность многофакторному действию диодного лазера и доказывает целесообразность дальнейших исследований в эксперименте в условиях *in vivo* на модели гнойного эндо бронхита.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Умматалиев Б.Т., Гуломов П.Г.

Республиканский научной центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Лапароскопические операции с каждым годом все более утверждаются в клинической практике как высокотехнологичный метод оперативного лечения желчекаменной болезни. Вместе с тем одной из проблем ограничивающих лапароскопический метод, является цирроз печени, что способствует серьезным осложнениям (профузные и неконтролируемые кровотечения из ложа желчного пузыря), тем самым ставя хирургов в затруднительное положение у данной категории больных. Цель. Оптимизация лапароскопической холецистэктомии у больных с циррозом печени. Материал и методы. В исследование были включены 27 больных с циррозом печени, подвергнутых лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в период 2021-2022 гг. (7 мужчин и 20 женщин, средний возраст 52±2,5 года; класс Child A - 16 больных, класс Child B - 9 больных, класс Child C - 2 больных). В 1 (3,7%) случае цирроз печени был диагностирован во время операции, в остальных случаях 26 (96,3%) цирроз печени был установлен до оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. С учетом клинического течения заболевания у 15 (55,6%) был острый калькулезный холецистит, у 12 (44,4%) больных - хронический калькулезный холецистит. Во время операции, макронодулярный цирроз был установлен у 16 (59,2%) больных, микронодулярный цирроз у 11 (40,8%). Хирургическая техника во всех случаях соответствовала ЛХЭ, выполняемой в отсутствие патологии печени. Гемостаз осуществляли путем субсерозной инфильтрации ложа желчного пузыря фибринным клеем, оказывающим гемостатический эффект посредством имитации биологического процесса свертывания крови. С целью послеоперационного контроля гемостаза и желчестазы во всех случаях прибегали к установке подпеченочного дренажа.

Длительность операции была в среднем 40 мин. Профузных и неконтролируемых кровотечений из ложа желчного пузыря, служащих показанием для конверсии оперативного доступа, отмечено не было. Тяжелые послеоперационные осложнения и летальный исход не зарегистрированы. Длительность пребывания в стационаре составляла в среднем 4 дней.

Выводы. Применение фибринового клея в гемостазе ложа желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии у больных с циррозом печени позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных. Полученные результаты позволяют расширить перечень биологических гемостатических средств, применяемых при ЛХЭ.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Умматалиев Б.Т.Хожибоев О.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Ультразвуковая диагностика послеоперационных интраабдоминальных осложнений воспалительно-гнойного процесса основывается на обнаружении скопления жидкости в анатомических областях брюшной полости, структурных и функциональных изменениях в тонкой и толстой кишке, брюшине. При этом диагностическая эффективность УЗИ составляет 88,3% при абсцессах брюшной полости. Сонографическое исследование живота, более чем в 85% случаев позволяет получить подробную информацию о локализации источника воспаления и степени его распространенности, успешно осуществлять динамический контроль за лечением. В компьютерной томографии живота при подозрении на наличие послеоперационных осложнений брюшной полости нуждаются 20-25% больных. Особенно ценным является проведение КТ-исследования при недостаточной информативности сонографических данных у больных с подозрением на формирование инфильтрата или абсцесса брюшной полости. **Цель.** Оценка эффективности ультразвукового исследования в лечении абсцессов брюшной полости

Материал и методы. В послеоперационном периоде абсцессы брюшной полости у 60 пациентов были выявлены с помощью ультразвукового исследования, а у 10 - компьютерной томографии (выполнялась для уточнения локализации). Результаты и обсуждение. Пункция и дренирование под контролем УЗИ произведены 45 больным. У остальных больных выполнялась диагностическая сонография, а операция осуществлялась из лапаротомного доступа. У 35 пациентов оперативное вмешательство и дренирование полостей абсцессов проводилось традиционным способом - релапаротомией. У 21(67,7%) больного вскрытие абсцесса осуществляли из кратчайшего расстояния над определяемыми с помощью ультразвукового исследования гнойными полостями. У 14 пациентов применялись классические доступы. У 22 больных оперативное вмешательство было завершено дренированием полости абсцесса трехпросветной трубкой с последующим проведением аспирационно-промывного дренирования. У остальных 13 больных дренажные трубки устанавливались на пассивный отток. Пункция и дренирование абсцессов под контролем ультразвука проведены у 45 пациентов. Показанием к пункции гнойной полости при ультразвуковом исследовании служили размеры образования более 40 мм, а главным условием - визуализация кончика иглы в ходе манипуляции, что позволяло избежать ранения внутренних органов и крупных сосудов и обуславливало направленность и безопасность пункции. У 5 больных диаметр абсцесса был менее 50 мм, у 34 пациентов - 50-100 мм. У 6 пациентов - более 100

мм. Абсолютных противопоказаний к проведению чрезкожного дренирования мы не выявили. Относительными противопоказаниями к пункции и дренированию считаем: несостоятельность межкишечных анастомозов с подтеканием содержимого в брюшную полость; необходимость дренирования тонкой кишки в условиях её пареза; наличие множественных межпечельных абсцессов. Из 45 больных, которым выполняли инвазивное вмешательство под контролем УЗИ, лишь у одного пациента не был достигнут положительный лечебный эффект. У остальных больных после санации очага на 2-е - 4-е сутки отмечалась нормализация температуры, снижение лейкоцитоза, улучшение общего состояния.

Выводы. Одним из рациональных путей повышения эффективности лечения больных с абсцессами брюшной полости является применение малоинвазивных вмешательств. В 64% случаев санация и дренирование внутрибрюшного очага инфекции могут быть осуществлены с помощью пункции под наведением УЗИ.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Эшонходжаев О.Д., Умматалиев Б.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Большое распространение малоинвазивных методов лечения ЖКБ, применение их у больных с инфильтративными изменениями в области гепатодуоденальной связки и шейки желчного пузыря, привело к росту интраоперационных осложнений, связанных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков и сосудистых образований. Частота травм желчных протоков при традиционной холецистэктомии составляет 0,1-0,8 %. Лапароскопическая холецистэктомия в период освоения метода и накопления опыта принесла новую волну повреждений желчных протоков, количество которых составило от 0,3% до 3%.

Цель. Выявить причины и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Материал и методы. Проведен анализ более 4000 операций по поводу ЖКБ, выполненных в период 2018 по 2022 г. Повреждения внепеченочных желчных протоков было у 14 пациентов: из них во время открытой холецистэктомии - у 3 (26,5%), в ходе лапароскопической холецистэктомии - у 11 (73,5%). У 6 (17,6%) пациентов повреждения обнаружены во время операции, у 28 (82,4%) - выявлены вследствие осложнений, развившихся в раннем послеоперационном периоде. В большинстве случаев основными причинами, приведших к повреждению внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при лапароскопической холецистэктомии, являются инфильтрат в области шейки желчного пузыря, гепатодуоденальной связки, возникшее неконтролируемое кровотечение из пузырной артерии. Чаще всего повреждения ВЖП допускались опытными хирургами, имевшими большой опыт в лапароскопической хирургии, которые расширяли показания при остром калькулезном холецистите, неадекватно оценивая клинические данные (длительность приступа болей в правом подреберье, использование анальгетиков и спазмолитиков до госпитализации в стационар), предполагавшие выраженные воспалительно-инфильтративные изменения в зоне операции. В одном случае у больного, имевшего в анамнезе аортокоронарное шунтирование и постоянно принимающего антикоагулянты, во время лапароскопической холецистэктомии развилось кровотечение из пузырной артерии после наложения клипсы. Остановку кровотечения проводили в "слепую" путем наложения дополнительных клипс. Повреждение холедоха установлено

на 2 сутки. Результаты и обсуждение. У 6 пациентов повреждения ВЖП выявлены во время операции, если дефект не превышал по протяженности 1 см, выполнялась пластика протока на Т-дренаже. В случае иссечения стенки протока на протяжении более 1 см или при диагностике повреждения в раннем послеоперационном периоде восстановление пассажа желчи осуществлялось посредством наложения гепатикоюноанастомоза по Ру на транспеченочном дренаже. В течение последних 2 лет восстановление повреждения ВЖП производилось путем гепатикоэнтеростомии на выключенной по Ру кишке без использования транспеченочного дренажа. В одном случае при повреждении гепатикохоледоха одновременно была повреждена правая печеночная артерия, проходимость которой восстановлена наложением сосудистого шва. После операций умерло 3 (8,8%) пациента. В отдаленном периоде (более 3-4 лет) у 4 (21,9%) больных развился стеноз гепатикоюноанастомоза, приведший к холангиту и билиарному циррозу, что потребовало оперативного лечения - реконструкция гепатикоюноанастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Э.И. Гальперину. Дренирование гепатикоюноанастомоза после реконструктивно-восстановительных операций сохранялось от 12 месяцев до 24 месяцев.

Выводы. Профилактика повреждений заключается в правильном выборе показаний к тому или иному методу операций, знании анатомических особенностей желчевыводящей системы, своевременном изменении плана операции при возникающих трудностях во время лапароскопической холецистэктомии (конверсия). Результаты лечения зависят от сроков обнаружения повреждения, качества наложения прецизионных швов и длительности наружного дренирования.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

У.Н.Бобаев., Ибадов Р.А., Хакимов Д.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) достаточно широко применяется в хирургии однако отдаленные результаты её изучены недостаточно. Цель. Изучить отдаленные результаты ЛХЭ.

Материал и методы. Для изучения отдаленных результатов лапароскопической холецистэктомии в сроки от 6 месяцев до 10 лет, были разосланы 135 больным специальные анкеты, на которые ответили только 37 лиц, оперированных по поводу холецистита. 13 больных явились сами в клинику для обследования. 29 пациентов были госпитализированы в стационар по различным причинам. Таким образом, из 2514 выписанных больных с острым холециститом прослежены результаты только у 79 лиц (3,14%). Результаты и обсуждение. Здоровыми оказались только 27 (34,18%). 18 (22,78%) лиц имели изменения, связанные с характером операции. Пупочная грыжа была у 15 человек (18,99%). Произведены оперативные вмешательства (по Лихтенштейну - у 10, по Сапежко-Лихтенштейну - у 4, по Мейо - у 1). При параумбиликальной грыже сделана операция по Сапежко у двух больных, при диастазе прямых мышц - операция по Сапежко-Лихтенштейну у одного наблюдаемого. Послеоперационная грыжа после аппендэктомии ликвидирована по Мейо (1,27%). Одна больная (1,27%) имела расширение подкожных вен нижних конечностей и плеврит. Диспептические явления были у двух пациентов (2,53%). Трое лиц (3,79%) имели долгое время лигатурные свищи в области пупка (2) и эпигастрия (1), Лигатуры были удалены во время перевязок, а у одного наблюдаемого проведено вмешательство для их удаления. Явления панкреатита выявлены у 18 человек (22,78%). Но у 5 (6,33%) лиц был хронический панкреатит без обострений, имелись лишь изменения

при ультразвуковом обследовании. У одного из них возникла пупочная грыжа на месте нижнего введения троакара. Произведена операция по Лихтенштейну, а у другого - был дисбактериоз кишечника. Острый панкреатит имел место у 13 (16,46%) человек. Один наблюдаемый занимался успешно самолечением, четыре - лечились амбулаторно и 8 - в стационаре. При этом у одного - была в течение 3 дней желтуха, а у другого - холангит. Проведено успешное консервативное лечение. Из других заболеваний необходимо отметить хронический гепатит с аденомой простаты и пиелонефритом (1 больной - 1,27%), язвенную болезнь 12-ти перстной кишки, по поводу которой за два года до обследования была выполнена резекция желудка (1,27%), обострение язвенной болезни желудка и направлена на лечение в гастроэнтерологическое отделение (1 - 1,27%). В одном случае была перфоративная язва желудка с перитонитом (1,27%). После ушивания язвы, несмотря на интенсивную терапию, наступил летальный исход. Летальный исход имел место в одном случае от обширного инфаркта миокарда (1,27%). У трех лиц (3,79%) в сроки от 6 месяцев до 2 лет после ЛХЭ были обнаружены злокачественные опухоли. Все они оперированы. Но если после резекции кишечника по поводу рака сигмы и рака ободочной кишки больные выздоровели, то после операции по поводу рака матки с поражением яичников и прорастанием опухоли в мочевой пузырь, наступил летальный исход. Таким образом по разным причинам среди 79 изученных больных в отдаленном периоде после лапароскопической холецистэктомии умерло 3 (3,79%).

Выводы. 1. В отдаленный период после лапароскопической холецистэктомии довольно часто выявляются патологические изменения связанные как с самой операцией, так и с другими заболеваниями.

3. Больные после ЛХЭ требуют диспансерного наблюдения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

У.Н.Бобаев., Эшонходжаев О.Д., Хакимов Д.М., Йигиталиев С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы - заболевание, которое встречается почти у 50 % пожилых лиц, особенно у женщин, сопутствует язвенной болезни, хроническому холециститу. Актуальность ранней диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы заключается в том, что ей очень часто сопутствует недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, что в комплексе с ГПОД, как правило, является причиной гастроэзофагеального рефлюкса, который в свою очередь патогенетически связан с пищеводом Баррета и раком пищевода. Ранее хирургическое лечение пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы обычно применялось при неэффективности консервативной терапии, а также при развитии осложнений. В настоящее время, в связи с внедрением малоинвазивных технологий, показания к хирургическому лечению значительно расширены. Следует отметить, что грыжа пищеводного отверстия диафрагмы часто сочетается с желчнокаменной болезнью и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые тоже требуют оперативного лечения. В данной ситуации эндоскопический доступ представляется идеальным и позволяет одновременно выполнить симультанные операции на разных органах брюшной полости, удлиняя операцию всего на 30-40 минут, не увеличивая количество осложнений.

Цель. Целью работы являлось улучшение результатов хирургического лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Материал и методы. В хирургическом отделении РНЦЭМП Андижанский филиал в 2022 г. по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 степени оперированы 13 пациентов. При выполнении операций исходили из главных принципов хирургического лечения данной патологии: не только устранить грыжу, сузить грыжевые ворота, но и обязательно восстановить нормальные взаимоотношения между желудком и пищеводом. При выделении пищевода и желудка использовали аппарат дозированного электротермического лигирования тканей "Liga sure" (США). Среди оперированных пациентов женщин - 10 (76,9%), мужчин - 3 (23,1%). Средний возраст оперированных больных - 43,5 лет. Операции у всех пациентов начинались эндоскопически, однако в 2-х случаях (15,4%) возникла необходимость в переходе на лапаротомию ввиду анатомических особенностей (короткий пищевод) и возникших технических сложностей. Симультанные эндоскопические операции (пластика по поводу грыжи и холецистэктомия) выполнены у 5 (38,5%) пациентов. Спектр выполненных хирургических вмешательств следующий: лапаротомия, фундопликация по Ниссену - 1; лапаротомия, фундопликация по Дору - 1; эндоскопическая фундопликация по Ниссену - 4; эндоскопическая фундопликация по Ниссену + лапароскопическая холецистэктомия - 2; эндоскопическая фундопликация по Дору - 2; эндоскопическая фундопликация по Дору + лапароскопическая холецистэктомия - 3.

Результаты и обсуждение. Ближайший послеоперационный период у пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы характеризовался неосложнённым течением, что позволяло вставать с постели на 1-2-е сутки, а выписываться из стационара - на 5-6-е сутки. Отдалённые результаты (от 5 месяцев до года) прослежены у 9 (69,2%) пациентов. Дисфагических проявлений и рецидивов заболевания не отмечено, большинство пациентов ведет обычный образ жизни без медикаментов и соблюдения диеты. Выводы. Эндоскопические операции по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются малотравматичными, позволяют сократить срок нетрудоспособности и ускорить реабилитацию. Симультанные эндоскопические операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы удлиняют общую продолжительность операции, но существенно не утяжеляют течение послеоперационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

У.Н.Бобаев., Эшонходжаев О.Д., Хакимов Д.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Характерной особенностью современного травматизма является большое число тяжелых сочетанных травм, приводящих к критическим состояниям. При тяжелых травмах грудной клетки основными угрожающими жизни нарушениями, требующими неотложной помощи, являются дыхательная недостаточность, кровопотеря, а также тесно взаимосвязанные с ними сердечнососудистая недостаточность и шок. Хирургическое лечение травмы грудной клетки остаётся актуальной проблемой неотложной хирургии. Клиническая картина её зависит от локализации и степени повреждения органов грудной клетки. Целью работы являлся выбор оптимальной тактики и способа хирургического лечения закрытой травмы грудной клетки. **Материал и методы.** За последние 8 лет в РНЦЭМП Андижанский филиал находилось на лечении по поводу травм грудной клетки 237 пострадавших, из которых 91,3% составили пациенты с закрытой травмой грудной клетки. Возраст пациентов колебался от 15 до 76 лет, в среднем составил 30 ± 5 лет. Причиной травм в 62% случаях было падение с различной

высоты, в 24% - автоавария, в 14% - удары, сдавления грудной клетки. Переведены в торакальное отделение из других лечебных учреждений области 78% больных через 2-24 дня после травмы с различными осложнениями. Для диагностики локализации и степени повреждения органов грудной клетки применялись современные неинвазивные высокоинформативные методы диагностики: РКТ, МРТ, УЗИ сердца, плевры и легких. В хирургическом лечении закрытых травм грудной клетки преобладали малоинвазивные вмешательства: плевро- или торакоцентез, видеоторакоскопия (ВТС) и видеоассистированная торакокопия (ВАТС). Показаниями к пункции и дренированию плевральной полости являлись пневмоторакс, малый гемоторакс, пневмогемоторакс. Одномоментная аспирация более 1500 мл. свежей крови (сворачивающаяся при пробе Ревелуа - Грегуара), а также кровотечение из дренажа более 200 мл./час в процессе 3 - 4 часового наблюдения являлись показаниями к экстренной ВТС или ВАТС. Показаниями для экстренной торакотомии являлись массивный сброс воздуха по дренажам с полным коллапсом лёгкого, профузное кровотечение из бронхиального дерева с нарушением вентиляции лёгких и продолжающееся профузное кровотечение в плевральную полость или перикард. Результаты и обсуждение. У 198 пациентов диагностированы одиночные и множественные переломы ребер, у 6 - перелом грудины, у 4 - перелом лопатки, у 7 - разрыв диафрагмы. У одной пациентки диагностирован полный отрыв правого и линейный разрыв левого главного бронхов. У одного пациента диагностирован посттравматический хилоторакс. В 28% случаев имела место сочетанная травма. Среди осложнений травм груди наиболее часто наблюдался газовый синдром. При этом пневмоторакс с подкожной эмфиземой отмечен у 184, геморрагический синдром, проявлявшийся гемотораксом, имел место у 119, сочетание синдромов у 97 больных. В клинику поступило 89 пациентов со свернувшимся гемотораксом и формированием фиброторакса. Пункции и дренирования плевральных полостей выполнены у 112 пациентов. Экстренные ВТС и ВАТС при проникающей травме грудной клетки выполнены у 98 пациентов. Экстренные торакотомии выполнены у 6 пациентов. Если в 2004-2013 гг. в больнице у пострадавших с травмой грудной клетки послеоперационная летальность составляла 3,9%, то в 1999-2009 гг. внедрение ВТС и ВАТС позволило снизить летальность до 0,1%. Длительность видеоторакохирургических операций, выполненных методом ВТС и ВАТС у пациентов с проникающими ранениями грудной клетки, составляла не более 1 ч. Инфицирования ран в местах выполнения малой торакотомии и формирования торакопортов не наступило. У всех пациентов отмечена положительная рентгенологическая и клиническая динамика. Выводы. Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что экстренные ВТС и ВАТС, в отличие от традиционного дренирования плевральной полости и торакотомии, позволяют не только уточнить диагноз, но и надежно остановить внутреннее кровотечение, ликвидировать сброс воздуха, адекватно санировать и дренировать плевральную полость у пациентов с закрытой травмой грудной клетки, а также существенно снизить послеоперационную летальность. Видеоторакоскопические вмешательства по предложенной методике отличались меньшей степенью травматичности и кровопотери (различия с группой больных, перенесших торакотомию, по содержанию гемоглобина и эритроцитов, достоверны: $p > 0.01$ Время дренирования плевральной полости составило в среднем 1,4 суток, госпитализации - 11 дней. Выводы. Лечение больных с опухолями лёгких требует соблюдения комплексного дифференцированного подхода. Использование ВАТС с лазером для резекции метастазов в лёгкие позволяет эффективно уменьшить травматичность операции и кровопотерю, сокращает пребывание больного в стационаре.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ ПРИ АКСИАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Эшонходжаев О.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Роль хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью стала ясна еще около 40 лет назад. Современный этап связан с внедрением малоинвазивной хирургии. Стали развиваться лапароскопические методы хирургического лечения, позволившие значительно сократить послеоперационный период реабилитации, что увеличило заинтересованность к этим методам как врачей, так и пациентов. Кроме того, лапароскопические операции позволяли достичь наилучших результатов при наименьшем количестве возможных осложнений. Стали появляться многие варианты лапароскопических методик для лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Эффективность хирургического лечения была подтверждена результатами многих исследований. В частности, отдаленные результаты лапароскопических операций по поводу рефлюксной болезни, оценивались на протяжении 5 и более лет. При этом более 90% пациентов, которым была выполнена лапароскопическая фундопликация, были удовлетворены результатами операции, хотя у части пациентов наблюдались некоторые побочные эффекты. Хирургическое лечение способствовало уменьшению таких симптомов заболевания, как изжога, боли в эпигастрии, регургитация, отрыжка, дисфагия, одинофагия, тошнота, рвота, ночной кашель, хрипы в легких. После лапароскопической фундопликации пациенты отмечают, что качество их жизни становится сравнимым со здоровыми людьми. После хирургического лечения пациенты требуют меньшего медицинского наблюдения. Основное время интенсивного наблюдения требуется в течение 3 месяцев до операции, когда пациентам проводится тщательное медицинское обследование. В то же время в стационаре пациенты, которым выполняется лапароскопическая операция, проводят всего около 3-4 дней. Хирургическое лечение в целом на 64% снижает необходимость медицинской помощи таким больным, особенно в течение первого года после операции. По данным исследований, эти осложнения развиваются достаточно редко (в 2-5%), в то время как улучшение самочувствия и исчезновение основных симптомов наблюдается более чем в 90% случаев. Кроме того, эффект после хирургического вмешательства сохраняется в течение довольно длительного времени.

Цель. Освоение лапароскопических антирефлюксных операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пищеводно-желудочными кровотечениями, оценка позиционируемых преимуществ указанных вмешательств. Материалы и методы. С 2020 г. по май 2022 г. в РНЦЭМП Андижанский филиал оперировано 12 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пищеводно-желудочными кровотечениями. Из них мужчин - 10, женщин - 2; в возрасте от 31 до 58 лет. Все пациенты поступили в стационар с признаками желудочно-кишечного кровотечения, спустя 2-48 часов от начала заболевания. 2 пациентам при поступлении выполнялся инъекционный эндоскопический гемостаз, остальным пациентам проводилась консервативная терапия. 3 пациента в анамнезе имели эпизод пищеводножелудочного кровотечения (синдром Меллори-Вейса). Длительность диспептических проявлений

колебалась от 1 до 5 лет. Результаты и обсуждение. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточности кардиального сфинктера желудка наиболее широко используется операция крурорафии и фундопликации по Ниссену. Показанием к ее выполнению служат явления рефлюксэзофажита, язвы пищевода, неэффективность консервативной терапии. Возможность коррекции предраковых эрозивно-язвенных форм поражения слизистой оболочки пищевода посредством лапароскопического доступа также доказывает его бесспорное преимущество перед лапаротомией в хирургии пищеводно-желудочного перехода. Несмотря на это, лапароскопические антирефлюксные операции в нашей стране по-прежнему редки. Всем 12 пациентам была выполнена задняя крурорафия с фундопликацией по Ниссену. 6 пациентам симультанно было выполнено грыжесечение по Лексеру, 1 пациентке выполнена холецистэктомия по поводу хронического калькулёзного холецистита. Послеоперационный койко-день составил 5,8. Послеоперационных осложнений не было.

Вывод. Таким образом, в настоящее время грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является одной из наиболее часто встречающихся патологий. Применение малоинвазивных хирургических операций позволяет добиться улучшения в лечении этого распространенного заболевания, и избегать ряд его осложнений.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

УМЕДОВ Х.А.

**ассистент кафедры хирургических болезней №2 лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.
Научный руководитель: доц. Мустафакулов И.Б.**

Актуальность. Повреждения паренхиматозных органов в мирное время не является редкостью. Почти одинаково часто встречаются повреждения печени и селезенки (16,3-15,4%).

Цель: улучшить результаты лечения повреждения паренхиматозных органов при закрытых травмах живота.

Материал и методы. Мы проанализировали лечение и исходы 220 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 2012 – 2022 гг. По механизму травмы пострадавшие распределились следующим образом: в 76 (34,5%) наблюдениях был нанесен удар в живот, в 88 (40,0%) – автодорожная травма, в 34 (15,5%) падение с высоты, в 24 (10,%) – сдавление. По в возрасте от 19 до 89 лет, среди них - 159 мужчин (72,0%) и 61 женщин (28,0%).

Результаты. Из 220 больных с закрытыми травмами живота оперировано у 131 (48,7%) с повреждениями печени и 89 селезенки. По локализации повреждение по классификации Moore были: печени I степени у 9 человек, II степени – 1 18, III степени – у 31, IV степени – у 11 и V степени у 3 пострадавших. Разрывы селезенки диагностированы I степени – у 6 больных, II степени – у 15, III степени – у 26, IV степени – у 10 и V степени – у 2 больных.

Из 131 оперированных больных у 20 человек с разрывами печени 4 и 5 степени по Moore et.al. кровотечение остановлены по «Damage Control».

У 30 больных с травмой печени (16) и селезенки (у 14) по классификации Moore I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 30 больных от

200 до 450 мл. Это гемодинамически стабильные больные. Этим больным при поступлении проведено компьютерная томография (КТ) и УЗИ. Больные были госпитализированы в реанимационное отделение, и за ними велось постоянное наблюдение за состоянием артериального давления, частоты пульса, Нб, Нт, контрольное УЗИ и при необходимости КТ. В результате у этих больных наступило выздоровление без оперативного лечения.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезенки. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической технике не было.

Использовали следующие способы остановки кровотечения из ран печени: ушивание раны, тампонада сальником на ножке, хирургическая обработка раны с последующим ее зашиванием. Во всех случаях область зашитой раны печени дренировали хлорвинильной трубкой (0,8 см).

Выводы: Летальность среди больных с повреждениями паренхиматозных органов составило 0.9%.

НАШ ОПЫТ МНОГОЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ

Умедов Х.А., Эмуродов А.Н., Мухаммадиев Ш.

Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Актуальность. Травматические повреждения печени по тяжести течения, сложности диагностики и лечения, высокой летальности обоснованно считаются наиболее опасными среди травм органов брюшной полости. По литературным данным послеоперационная летальность при закрытой травме живота с повреждением печени составляет 30,4%, при колото-резанных ранах органа – от 4 до 10,5%, при сочетанной травме погибает 39,3% пострадавших (Б.И.Альперович, 2001; О.Н.Эргашев с соавт., 2011).

Цель. Оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материал и методы. В отделении хирургии СФ РНЦЭМП за 2012-2022 гг. оперировано 137 пострадавших с травмой печени.

Из них у 20 (14,6%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по Е.Мооре. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты. Были проанализированы результаты хирургического лечения 20 пациентов с массивными травмами печени, в возрасте от 17 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 12, женщин – 8. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17-76), по Е.Мооре IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 2,7 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации – 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 26,3% (5 из 19), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1-й вариант – тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 10 больных).

2-й вариант – проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3-й вариант – сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

1 – интероперационная гемотранфузия 2 более литров;

2 – нестабильность пострадавшего;

3 – гипотермия (t в пищеводе $\leq 34^{\circ}\text{C}$);

4 – развитие ДВС-синдрома;

5 – повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ.

Фотима Абдусалом кизи НОРБОБОЕВА

Студентка 207 группы лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: асс. Умедов Х.А.

Цель работы: Печень представляет собой центральный орган химического гомеостаза организма, где создается единый обменный и энергетический пул для метаболизма белков, жиров и углеводов. К основным функциям печени относятся обмен белков, углеводов, липидов, ферментов, витаминов; водный и минеральный обмен, секреция желчи, детоксикационная функция (Подымова С.Д. 2000). Главным образом печень предохраняет нас от инфекций. Вместе с селезенкой она удаляет из протекающей крови и разрушают до 70-80% микроорганизмов. Захватывают и разрушают возбудителей инфекции определенные клетки печени и крови (макрофаги, лейкоциты и др.) (Блюгер А.Ф. 2012). Печеночная дисфункция или постгипоксический (постшоковый) гепатит – одно из проявлений полиорганной недостаточности у обожженных.

Материалы и методы: Частота его проявления также широко варьирует в зависимости от возраста, однако здесь преобладающим является подростковый период, что связано с социальными причинами (большинство пострадавших детей подросткового возраста употребляют алкоголь, токсические и наркотические вещества).

Результаты: С целью установления характера нарушений некоторых функций печени в первые трое суток с момента травмы нами проведены клинико-биохимические исследования у 164 обожженных в возрасте от 18 года до 73 лет с площадью ожогов от 15 до 75% поверхности тела.

Выводы: На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: 1) в периоде ожогового шока функции печени у больных нарушаются уже при поверхностных ожогах малых площадей; 2) степень функциональных нарушений печени в первом периоде ожоговой болезни находится в прямой зависимости от площади, глубины и локализации ожогов; 3) наиболее глубоким изменениям при ожоговом шоке подвержены белковый и билирубиновый обмены;

4) полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения терапии печеночных нарушений уже в первом периоде ожоговой болезни.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Умедов Х.А., Элмуродов А.Н., Махмудов О.
Самаркандский государственный медицинский университет.
г. Самарканд, Узбекистан
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются результатом развития синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и зависят от его течения. Для профилактики и лечения эрозивно-язвенных поражений ЖКТ и осложненных острых язв в комплексном лечении обожженных ведущее значение имеет эффективная коррекция ССВО (Алексеев А.А. с соавт., 2015).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных.

Материалы и методы. С целью подавления желудочной секреции мы применяли анацидные препараты у 106 больных: у 17 (16,0%) - блокатор м1-холинорецепторов (гастроцепин), у 87 (82,1%) - блокаторы H₂-рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, гистодил, зантак, квамател) и у 2 (1,8%) - блокаторы протонной помпы (омез).

Результаты. На любом этапе лечения обожженных при выявлении клинических или эндоскопических признаков кровотечения из острой язвы, риска его развития (тромб-сгусток, сосуд-столбик), отрицательной динамики в состоянии острых изъязвлений (расширение или углубление острой язвы), особенно у больных с язвенным анамнезом (группа риска), для полного подавления гиперхлоргидрии показано внутривенное применение ингибиторов протонной помпы для полного подавления желудочной секреции до ликвидации угрозы массивного кровотечения (под контролем ЭГДФС).

В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось на фоне анацидной терапии у 9 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиалана 8 сутки, без применения анацидных препаратов. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 7 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 5 из 7 больных с продолжающимся кровотечением и в 3 случаях угрозы рецидива. 2 больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением, произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и 12-перстной кишки (1). У одного больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы 12-перстной кишки, также потребовавшая оперативного лечения. Таким образом, у 10 больных развилось массивное кровотечение из острой язвы, потребовавшее эндоскопической остановки кровотечения, профилактического обкалывания сосуда в дне язвы при угрозе рецидива кровотечения или хирургического вмешательства.

Выводы. Патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии.

ПРЕИМУЩЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

асс. Умедов Х.А. доц. Мустафакулов И.Б.
Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Печень благодаря значительным размерам, нежности паренхимы, особенностям кровоснабжения, локализации и фиксации по частоте повреждения уступает только кишечнику (С.Ф. Багненко с соавт., 2012). Между тем летальность при повреждениях печени чрезвычайно велика. При закрытой травме она составляет 21,7-59% (Ш.И. Каримов с соавт., 2011;)

Гемостаз при травмах печени одна из наиболее важных проблем в хирургии этого органа. Предложено много способов остановить кровотечения из раны печени, потому что универсального метода, который был бы пригодным во всех случаях, нет. В зависимости от локализации характера патологического процесса и других обстоятельств хирург может выбрать тот или другой способ (Ю.М. Дедерер с соавт., 2015)

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения при повреждениях печени путём использования эндовидеолапароскопией

Материалы и методы. Настоящая работа основана на данных обследования и лечения СФРНЦЭМП за 2015-2022 г у 37 пациентов, у которых имелось подозрение на повреждение печени. Мужчин было 27 (72,9%), а женщин 10 (27,1%). При этом подавляющее большинство больных-лица наиболее трудоспособного возраста: от 22 до 45 лет (88,9%). Причинами травмы были: дорожно-транспортное происшествие у 18 (48,6%), удар в живот тупым предметом 15 (40,5%), падение с высоты у 4 (10,9%) больных.

Из 37 пострадавших 16 (43,2%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. До 3 часов с момента травмы поступило 21 (56,7%) пострадавших, от 4 до 12 часов – 16 (43,3%) человек.

Для диагностики повреждений печени использовались: анамнез, клиничко-лабораторные, УЗИ, рентген, КТ и малоинвазивного метода как экстренная видеолапароскопия

Результаты. При поступлении из 37 человек у 11 (29,7%) пострадавших клиническое проявление шока отсутствовали. Первая степень шока диагностирована у 23 (62,2%) и вторая степень выявлена у 3 (8,1%) пострадавших. Ориентировочно о степени гемодинамических нарушений судили по соотношению ЧСС и уровня артериального давления (индекс Альговера)

У 18 больных (48,6%) повреждения печени сочетались с повреждениями других органов брюшной полости (сальник, брыжейка, желчный пузырь).

Принципами реализации видеолапароскопической диагностики являлось: установление наличия гемоперитонеума, повреждений органов и гематом в органах и забрюшинном пространстве.

Виды эндовидеолапароскопических вмешательств у наших больных были следующие:

- лапароскопическая электрокоагуляция ран печени, санация и дренирование брюшной полости - у 13 (35,2%);
- электрокоагуляция раны и фиксации к ней сальника - у 11 (29,7%) больных;
- диагностическая лапароскопия (повреждение отсутствует) – 12 (32,4%);
- конверсия у 1 (2,7%)

Лапароскопический вмешательства производят при локализации и повреждение в области 2,3,4,5,6 (у 22 больных) и частично 7-8 сегментов (у 2 больных). По Moore I-II и

III степени. Основным условием выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и обильного кровотечения из ран печени. Производили тщательную её электрокоагуляцию, до образования сплошного струпа на раневой поверхности (у 13). При глубине раны более 1,5 см, её тампонируют прядью большого сальника, которую прикрепляли к капсуле печени клипсами (у 11 больных). Далее производили повторную ревизию и санацию брюшной полости, и к ранам печени подводили 1-3 дренажа. У 2 больных под капсульным гематом, их вскрывали и затем производилась коагуляция.

Заключение. По нашим данным удалось избежать напрасных лапаротомий в 12 (32,4%), и основными условиями выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и активного кровотечения из ран печени.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Хушвакт Алишерович УМЕДОВ
ассистент кафедры хирургических болезней №2 лечебного факультета
Самаркандского государственного
медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.
Научный руководитель: доц. Мустафакулов И.Б.

Актуальность. Повреждения паренхиматозных органов в мирное время не является редкостью. Почти одинаково часто встречаются повреждения печени и селезенки (16,3-15,4%).

Цель: улучшить результаты лечения повреждения паренхиматозных органов при закрытых травмах живота.

Материал и методы. Мы проанализировали лечение и исходы 220 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 2012 – 2022 гг. По механизму травмы пострадавшие распределились следующим образом: в 76 (34,5%) наблюдениях был нанесен удар в живот, в 88 (40,0%) – автодорожная травма, в 34 (15,5%) падение с высоты, в 24 (10,%) – сдавление. По возрасту от 19 до 89 лет, среди них - 159 мужчин (72,0%) и 61 женщин (28,0%).

Результаты. Из 220 больных с закрытыми травмами живота оперировано у 131 (48,7%) с повреждениями печени и 89 селезенки. По локализации повреждение по классификации Moore были: печени I степени у 9 человек, II степени – 18, III степени – у 31, IV степени – у 11 и V степени у 3 пострадавших. Разрывы селезенки диагностированы I степени – у 6 больных, II степени – у 15, III степени – у 26, IV степени – у 10 и V степени – у 2 больных.

Из 131 оперированных больных у 20 человек с разрывами печени 4 и 5 степени по Moore et.al. кровотечения остановлены по «Damage Control».

У 30 больных с травмой печени (16) и селезенки (у 14) по классификации Moore I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объём гемоперитонеума составлял у 30 больных от 200 до 450 мл. Это гемодинамически стабильные больные. Этим больным при поступлении проведено компьютерная томография (КТ) и УЗИ. Больные были госпитализированы в реанимационное отделение, и за ними велось постоянное наблюдение за состоянием артериального давления, частоты пульса, Нв, Нт, контрольное УЗИ и при необходимости КТ. В результате у этих больных наступило выздоровление без оперативного лечения.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезёнки. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической технике не было.

Использовали следующие способы остановки кровотечения из ран печени: ушивание раны, тампонада сальником на ножке, хирургическая обработка раны с последующим ее зашиванием. Во всех случаях область зашитой раны печени дренировали хлорвинильной трубкой (0,8 см).

Выводы: Летальность среди больных с повреждениями паринхиматозных органов составило 0.9%.

ПРЕИМУЩЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

Умедов Х.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Печень благодаря значительным размером, нежности паренхимы, особенностям кровоснабжения, локализации и фиксации по частоте повреждения уступает только кишечнику (С.Ф. Багненко с соавт., 2012). Между тем летальность при повреждениях печени чрезвычайно велика. При закрытой травме она составляет 21,7-59% (Ш.И.Каримов с соавт., 2011;)

Гемостаз при травмах печени одна из наиболее важных проблем в хирургии этого органа. Предложено много способов остановить кровотечения из раны печени, потому что универсального метода, который был бы пригодным во всех случаях, нет. В зависимости от локализации характера патологического процесса и других обстоятельств хирург может выбрать тот или другой способ (Ю.М.Дедерер с соавт., 2015)

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения при повреждениях печени путём использования эндовидеолапароскопией

Материалы и методы. Настоящая работа основана на данных обследования и лечения СФРНЦЭМП за 2015-2022 г у 37 пациентов, у которых имелось подозрение на повреждение печени. Мужчин было 27 (72,9%), а женщин 10 (27,1%). При этом подавляющее большинство больных-лица наиболее трудоспособного возраста: от 22 до 45 лет (88,9%). Причинами травмы были: дорожно-транспортное происшествие у 18 (48,6%), удар в живот тупым предметом 15 (40,5%), падение с высоты у 4 (10,9%) больных.

Из 37 пострадавших 16 (43,2%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. До 3 часов с момента травмы поступило 21 (56,7%) пострадавших, от 4 до 12 часов – 16 (43,3%) человек.

Для диагностики повреждений печени использовались: анамнез, клинико-лабораторные, УЗИ, рентген, КТ и малоинвазивного метода как экстренная видеолапароскопия

Результаты. При поступлении из 37 человек у 11 (29,7%) пострадавших клинические проявления шока отсутствовали. Первая степень шока диагностирована у 23 (62,2%) и вторая степень выявлена у 3(8,1%) пострадавших. Ориентировочно о степени гемодинамических нарушений судили по соотношению ЧСС и уровня артериального давления (индекс Альговера)

У 18 больных (48,6%) повреждения печени сочеталось с повреждениями других органов брюшной полости (сальник, брыжейка, желчный пузырь).

Принципами реализации видеолапароскопической диагностики являлось: установление наличия гемоперитонеума, повреждений органов и гематом в органах и брюшинном пространстве.

Виды эндовидеолапароскопических вмешательств у наших больных были следующие:

- лапароскопическая электрокоагуляция ран печени, санация и дренирование брюшной полости - у 13 (35,2%);
- электрокоагуляция раны и фиксации к ней сальника - у 11 (29,7%) больных;
- диагностическая лапароскопия (повреждение отсутствует) – 12 (32,4%);
- конверсия у 1 (2,7%)

Лапароскопический вмешательства производил при локализации и повреждение в области 2,3,4,5,6 (у 22 больных) и частично 7-8 сегментов (у 2 больных). По Moore I-II и III степени. Основным условиям выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и обильного кровотечения из ран печени. Производили тщательную её электрокоагуляцию, до образования сплошного струпа на раневой поверхности (у 13). При глубине раны более 1,5 см, её тампонировали прядью большого сальника, которую прикрепляли к капсуле печени клипсами (у 11 больных). Далее производили повторную ревизию и санацию брюшной полости, и к ранам печени подводили 1-3 дренажа. У 2 больных под капсульным гематом, их вскрывали и затем производилась коагуляция.

Заключение. По нашим данным удалось избежать напрасных лапаротомий в 12 (32,4%), и основными условиями выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и активного кровотечения из ран печени.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Умедов Х.А.

Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Травматические повреждения печени по тяжести течения, сложности диагностики и лечения, высокой летальности обоснованно считаются наиболее опасными среди травм органов брюшной полости. Частота повреждений печени при закрытой травме живота колеблется от 20 до 46,9% (М.М.Абакумов с соавт., 2015), при проникающих ранениях – от 57,5 до 86,4% наблюдений (В.Ф.Чикаев с соавт., 2015).

По литературным данным послеоперационная летальность при закрытой травме живота с повреждением печени составляет 30,4%, при колото-резанных ранах органа – от 4 до 10,5%, при сочетанной травме погибает 39,3% пострадавших (Б.И.Альперович, 2012; О.Н.Эргашев с соавт., 2017).

При современной сочетанной травме пострадавшие, у которых степень тяжести повреждений по шкале ISS соответствует IV и V степени (по Е.Моore, 1986), характеризуются высокой летальностью, достигающей 40-80%. Высокие показатели летальности связаны с сочетанностью повреждений, шоком, кровопотерей, усугубляющихся в раннем послеоперационном периоде развитием «abdominal compartment syndrome», а в последующем – гнойно-септических осложнений (В.В.Бойко с соавт., 2014).

Цель исследования – оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материал и методы. В отделении хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2012-2022 гг. оперировано 130 пострадавших с травмой печени.

Из них у 25 (19,2%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по E. Moore. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты исследований. Были проанализированы результаты хирургического лечения 25 пациентов с массивными травмами печени, в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 16, женщин – 9. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17-76), по E. Moore IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 3 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации – 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 24,0% (6 из 25), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1-й вариант – тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 16 больных).

2-й вариант – проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3-й вариант – сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

- 1 – интродерационная гемотрансфузия 2 более литров;
- 2 – нестабильность пострадавшего;
- 3 – гипотермия (t в пищеводе $\leq 34^{\circ}\text{C}$);
- 4 – развитие ДВС-синдрома;
- 5 – повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства является интестинальная декомпрессия с целью проведения энтерального зондового питания для коррекции гиперметаболизма и профилактики вторичных системных осложнений, связанных с возникающей энтеральной недостаточности.

НАШ ОПЫТ МНОГОЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ

Умедов Х.А., Эмуродов А.Н., Мухаммадиев Ш.
Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан.

Актуальность. Травматические повреждения печени по тяжести течения, сложности диагностики и лечения, высокой летальности обоснованно считаются наиболее опасными среди травм органов брюшной полости. По литературным данным послеоперационная летальность при закрытой травме живота с повреждением печени составляет 30,4%, при колото-резанных ранах органа – от 4 до 10,5%, при сочетанной травме погибает 39,3% пострадавших (Б.И.Альперович, 2001; О.Н.Эргашев с соавт., 2011).

Цель. Оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материал и методы. В отделении хирургии СФ РНЦЭМП за 2012-2022 гг. оперировано 137 пострадавших с травмой печени.

Из них у 20 (14,6%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по Е.Мооре. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты. Были проанализированы результаты хирургического лечения 20 пациентов с массивными травмами печени, в возрасте от 17 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 12, женщин – 8. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17-76), по Е.Мооре IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 2,7 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации – 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 26,3% (5 из 19), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1-й вариант – тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 10 больных).

2-й вариант – проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3-й вариант – сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

- 1 – интероперационная гемотрансфузия 2 более литров;
- 2 – нестабильность пострадавшего;
- 3 – гипотермия (t в пищеводе $\leq 34^{\circ}\text{C}$);
- 4 – развитие ДВС-синдрома;
- 5 – повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время в хирургии щитовидной железы остается вопрос о разработке показаний к операции и выбора ее оптимального объема. Показаниями к хирургическому лечению в настоящее время при узловом коллоидном зобе являются наличие компрессионного синдрома, косметического дефекта, невозможность исключить развитие функциональной автономии, злокачественную трансформацию узлов.

Цель исследования. Определить применения тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии для дифференцированной лечения узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы. В основу исследования включены результаты лечения 153 больных узловыми образованиями щитовидной железы, поступивших в хирургическое отделение клиники Андижанского государственного медицинского института в период с 2018 по 2021 гг. Основной группой составляли 121 больных, контрольной 32 больных. Всем больным проводили комплексное обследование, включающие общепринятые лабораторные, определяли уровень тиреоидных гормонов (Т3, Т4 и ТТГ) в исходном времени и в различные сроки после операции. Исползованные инструментальные методы диагностики (рентгенография грудной клетки, УЗИ, КТ, ЭКГ) были направлены для выявления, дифференциальной и топической характеристики узловых образований щитовидной железы. Всем больным проводили цитологию из пунктата узловых образований щитовидной железы, гистологию удаленного препарата. В контрольной группе больных получали традиционный метод лечения. Основной группой больных добавили лимфотропной метод лечения.

Результаты. Так, при рассмотрении динамики развития неудовлетворительных результатов хирургического лечения узловых образований щитовидной железы в зависимости от объема оперативного вмешательства рецидив узловых образований щитовидной железы было больше после экономной резекции щитовидной железы (69,5%), а в зависимости от различных морфологических форм узловых образований щитовидной железы рецидив зоба возник больше (62,4%) при узловом кистозно-коллоидном зобе с очагами аденоматоза. При морфологической форме сочетание различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом с разной степенью пролиферации гипотиреоз отмечен в 46,3% случаев. Более высокий процент гипотиреоза отмечен после тотальной тиреоидэктомии у 8 больных. Учитывая, что на неудовлетворительные результаты в отдаленном послеоперационном периоде в предыдущих двух периодах повлияли такие факторы, как объем операции и гистологическая структура щитовидной железы, в основной группе больных в зависимости от цитологического заключения и экспресс-биопсии хирургическая тактика была более дифференцированной.

Заключение. Тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия остается единственным малоинвазивным методом дооперационной морфологической диагностики, позволяющей верифицировать структурные изменения в щитовидной железе. На основании полученных результатов можно сделать заключение об информативности данного метода диагностики на дооперационном этапе, которая в нашем исследовании составила 93,2%. В основной группе больных рецидив зоба выявлен у 2 (0,9%) пациентки, гипотиреоз выявлен у 3 (,%) больных.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНИ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Кодиролв М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Один из факторов приводящей к нарушению системы кровообращения, важнейшее место занимает патология нейро-эндокринной системы. Тиреоидные гормоны влияют на состояние всех компонентов нервной и сердечно-сосудистой системы, включая реологические и биохимические параметры влияя, таким образом, на центральную и периферическую гемодинамику.

Цель исследования. Изучить особенности функционирования периферического звена системы кровообращения у больных диффузным токсическим зобом и гипотиреозом в зависимости от уровня компенсации тиреоидного статуса.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 3 группы пациентов: 1-я из 63 больных с тиреотоксикозом (средней и тяжелой степени), 2-я 54 гипотиреозом, в зависимости от компенсации тиреоидного статуса в каждой группе выделены 3 подгруппы соответственно с компенсированным, субкомпенсированным и декомпенсированным состоянием функции щитовидной железы. Средний возраст больных составил $32,2 \pm 2,1$ лет. Пациенты с тиреотоксикозом получали мерказолил легким степени по 5мг 3 раза в день, среднем и тяжелой степени по 10мг 3 раза в ден, больные гипотиреозом — L-тироксин 50 мкг (средняя доза $40,8 \pm 2,5$ мкг). Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц без патологии щитовидной железы и поражений внутренних органов, сопоставимых по возрасту и полу с обследованными больными.

Результаты исследования. Установлено, что значения ПМ, характеризующего средний поток эритроцитов в зондируемом участке ткани, у больных тиреотоксикозом превышают значения группы контроля: у больных с компенсированным тиреотоксикозом на 22,4%, субкомпенсированным на 58,58%, декомпенсированным—на 73%. Повышение показателя микроциркуляции свидетельствует об ослаблении сосудистого тонуса в результате увеличения объема кровотока в артериолах. При гипотиреозе выявлено снижение ПМ: у пациентов с компенсированным гипотиреозом на 8,5%, субкомпенсированным на 9,8%, декомпенсированным на 287,6% по сравнению с группой контроля, что указывает на снижение притока крови в микроциркуляторное русло за счет спазма приносящих сосудов. Параллельно установлено изменение СКО, характеризующего временную изменчивость кровотока. У больных тиреотоксикозом СКО превышает значение этого показателя у здоровых лиц в 1,3, 3,7, 4,0 раза (соответственно при компенсированном, субкомпенсированном и декомпенсированном тиреоидном статусе).

В ЛДФ грамме у больных с гипотиреозом выявлена тенденция к снижению показателя вариабельности кровотока по сравнению с показателем у здоровых лиц на 1,4, 1,9, 2,4 раза (соответственно по тяжести тиреоидном статусе). При анализе частотной гистограммы определено, что изменение показателя СКО происходило за счет амплитуд всех ритмических составляющих флаксомоций (ALF, ACF, ANF). У обследованных больных тиреотоксикозом установлено достоверное увеличение KV, характеризующего соотношение между СКО и ПМ. Так, у больных с компенсированным тиреотоксикозом KV превышал значения контроля в 1,6 раза, у больных субкомпенсированным и декомпенсированным тиреотоксикозом соответственно в 2,2 и 2,4 раза. Увеличение величины KV отражает повышенную перфузию и увеличение размаха колебательных движений. В группе больных гипотиреозом выявлено снижение KV в 2,7, 2,0, 3,2 раза

соответственно у больных компенсированным, субкомпенсированным, декомпенсированным гипотиреозом.

Вывод. Описанные изменения у больных тиреотоксикозом характерны для гиперемически застойного типа микроциркуляции, а у больных гипотиреозом — спастического типа микроциркуляции. Наиболее выраженные изменения отмечаются у больных субкомпенсированным и декомпенсированным тиреоидным статусом, однако полная клиническая и лабораторная компенсация не приводит к полному восстановлению капиллярного кровотока до состояния здоровых лиц.

РОЛЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОВМЕСТНО С ТРАДИЦИОННЫМИ И ИННОВАЦИОННЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Якуббекова С.С., Рахимова С.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт
кафедра онкологии и медицинской радиологии.

Актуальность и востребованность темы диссертации. Проблема рака молочной железы является одной из приоритетных направлений в онкологии. Ежегодно в мире регистрируют более 1 млн. новых случаев РМЖ. В течение последних 20 лет в структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире РМЖ занимает - первое место, по числу смерти - второе место (В.Г.Остапенко 2011г). В развитых странах РМЖ возникает у 1 из 10 женщин.

Целью исследования изучение ранней диагностики предраковых и раковых заболеваний молочной железы с инновационными технологиями.

Методы исследования. В качестве объекта исследования были обследованы женщины в возрасте от 17 до 65 лет, проживающие в Андижанской области, которые обратились в РСНПЦОиР Андижанского филиала за 2020 – 2022 гг. Проведен сравнительный анализ данных маммографии и дуктографии, в оценке эффективности диагностики, лечения, и прогноза предраковых и раковых заболеваний молочной железы.

Результаты исследования: Рак молочной железы выявлен при маммографии в 501(34%) случаях у женщин с первичным обращением диагноз злокачественного новообразования верифицирован гистологически и цитологически, из них в возрасте моложе 40 лет у 35 пациенток (6,8%), в возрасте 41-50 лет – в 130случаях (25,8%), 51-60 лет – в 165-ти (32,7%) и в возрасте старше 60 лет в 170 случаях (34,4%).

В 972 случаев с первичным обращением выявлены доброкачественные заболевания молочных желез, что составило 66%.

Из них 122 пациенткам дополнительно по показаниям была проведена дуктография, по данным которой, внутрипротоковый рак выставлен в 6,8%, папиллома – в 35,2%. Гистологическое и цитологическое подтверждение диагноза составило 81,5%.

В группе больных раком молочной железы I-II стадии сочетание одновременного повышения уровней маркеров было следующим: все два маркера были повышены в 46% наблюдений, СА-15-3 — в 14%, сочетание СА-15-3 и РЭА — в 17%.

В группе больных с III стадией рака молочной железы все два маркера были одновременно повышены в 57% случаев, СА-15-3 — в 16%, СА-15-3 и РЭА — в 10%, СА-15-3.У пациентов с прогрессированием процесса все три маркера повышались в 72% наблюдений, СА-15-3 — в 28%.

Вывод: Улучшение ранней выявляемости патологии молочной железы различными методами диагностики, в том числе и ультразвуковыми методами, дуктографии позволит повысить достоверность диагностики заболеваний молочной

железы, снизить смертность среди женского населения от рака молочной железы. Из выбранных маркеров наибольшей чувствительностью и специфичностью для рака молочной железы обладает антиген СА-15-3. Наиболее информативным для ранних стадий (I-IIА), а также для местно распространенной стадии является одновременное определение уровня СА-15-3 и РЭА.

УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Якуббекова С.С.
Андижанский государственный медицинский институт

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Злокачественные новообразования (ЗНО) — одна из основных проблем, стоящих на повестке дня современной медицины, и основная причина смертности населения развитых и развивающихся стран. Проблема рака женских половых органов является предметом многочисленных исследований. Злокачественные опухоли женских половых органов в большинстве развитых стран занимают одно из ведущих мест в структуре общей онкологической заболеваемости и смертности женского населения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Целью настоящего исследования является ранняя диагностика и выживаемость злокачественных новообразований органов репродуктивной системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа выполнялась на базе Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра Онкологии и радиологии. Материалами для изучения заболеваемости, смертности, запущенности ЗНО женских половых органов в статистике и динамике явились годовые отчеты данного центра за 2019-2022гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Для женщин определенную роль играет и такой фактор, как образование: чаще – от 61,4% до 93,8% женщин имели среднее образование. Проведена оценка особенностей менструального цикла женщин (табл.4.5). Возраст начала менструации в 12–14 лет при злокачественных новообразованиях ШМ установлены у 87,7%; ТМ – у 100% пациенток; МЖ – у 97,8% . При злокачественных новообразованиях яичников начало менструации в основной группе женщин отмечено в возрасте 9–11 лет у 39,2%. Нерегулярный тип менструации при ЗНОШМ констатирован в 50,7% наблюдений. При ЗНОТМ он был таковым у 66,1% женщин. В то время как для женщин со злокачественными новообразованиями яичников характерен нерегулярный тип, что отмечено в 51,5% наблюдениях. Практически все женщины с ЗНОШМ отметили хронические заболевания придатков и матки. К примеру, для ЗНОТМ были характерны эндометрит и миома матки – 52,6%, ЗНОЯ наличие кисты яичников 30%, ЗНОМЖ – воспаление придатков матки 58,4%. Боли в области гениталий и маточные кровотечения с высокой степенью вероятности были характерны для женщин с ЗНОШМ и ЗНОТМ: 82,1%– 79,5%. Для женщин с ЗНОЯ и ЗНОМЖ также типичными являлись боли 76,4– 55,1% соответственно. Продолжительность течения злокачественных новообразований репродуктивных органов и молочных желез до начала лечения в каждой группе была различной. У женщин с ЗНОШМ сочетались с гинекологическими операциями (53,6%), ожирением (19,6%). При ЗНОТМ наиболее значимым явились перенесенные гинекологические операции – 69,2% , ЗНОЯ - гинекологические операции – 52,7% .

ВЫВОДЫ. За 4-летний период отмечается рост общего числа выявленных случаев ЗНО женских репродуктивных органов и молочных, что свидетельствует как об истинном росте заболеваемости, так и о значительных успехах в развитии онкологической помощи населению Республики. Наиболее значимым факторам и риска в развитии РШМ в АО явились большое количество родов, возраст и семейное положение, РТМ отсутствие гормональной контрацепции, эндокриннообменные нарушения и в развитии РЯ большое количество аборт и удлинение репродуктивного периода.

МАММОСКРИНИНГ ТЕКШИРУВИГА ЖАЛБ ҚИЛИНГАН АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ ОРҚАЛИ СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Урманбаева Д.А., Якуббекова С.С., Рахимова С.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти онкология кафедраси

Кириш: Маммоскрининг текширувига жалб қилинган Андижон вилоятида истиқомат қилувчи 4500 нафар аёллар популяцияси орасида махсус анкета сўровномалари ўтказилди ва таҳлил қилинди. Таҳлил натижасига кўра аёллар хавф гуруҳларига ажратилиб, келгусида амалга оширилиши лозим бўлган профилактик тадбирлар танлаб олинди.

Долзарблиги: Сут беzi саратони (СБС) дан ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришнинг асосий усуларидан бири – касалликни келтириб чиқарувчи омилларни ўрганиш ва таҳлил қилиш асосида даволашни йўлга қўйиш, аҳолига мақсадли кўрикарни инкор қилмасликларини тушунтириш, аёллар орасида таълим дастурлари сифатини ошириш ва режалаштирилган тадбир мақсадлари тўғрисида хабардор қилишдир.

Натижалар: Тадқиқотга жалб қилинган 4500 нафар аёлларда маммографик скрининг хулосалари шуни кўрсатдики, қарийб 230 нафар аёлларда сут беzi саратон олди касалликлари (Birads 3 ва 4), 46 нафарида эса сут беzi саратон касаллиги (Birads 5) аниқланган.

Тадқиқот иштирокчиларидан олинган анкета маълумотларига асосан сезиларли хавф омиллари кузатилган. Уларнинг кўпларида менархенинг эрта бошланиши аниқланган: 44,0% беморда – биринчи хайз кўриш 12-13 ёшда, 11,6% беморда – 12 ёшдан эрта кузатилган. Жуда оз (5,4%) беморда 20 ёшгача биринчи туғруқ бўлган. Шундан 20-24 ёшда 41,1% беморда биринчи туғруқ, 25-29 ёшда – 24,1% беморда, 30 ва ундан катта ёшда – 13,1% беморда биринчи туғруқ кузатилган бўлса, 12,2% бемор туғмаган. СБС касаллиги билан касалланган 28% беморда қариндошликнинг биринчи даражасидаги қариндошлик, 3% беморда эса иккинчи ва учинчи даражадаги қариндошлик аниқланган. 10% беморда СБС ни олиб ташлаш учун диагностик пункция/биопсия талаб қилинувчи сут безларида тугунли ўсмалар аниқланган. Асосан сут безлари ўсмалари фиброаденома (ФА) ва оқим ичи папиллома (ОИП) кўринишида бўлади. 2,7% ҳолатдаги биопсиясида атипик гиперплазия ташхиси қўйилган. Гейл модели бўйича СБС ривожланишининг юқори хавфи 109 та беморда аниқланди.

Хулоса: Сут беzi патологиясини эрта аниқлаш дастури бўйича иш олиб бориш, ҳамроҳ омилларни бартараф қилиш учун аёлларни мутахассислар кўрувига жалб қилиш касалликнинг эрта босқичларда аниқланишига сезиларли даражада ёрдам беради. Ҳар бир шикоятсиз аёл йилда бир марта маммолог ва гинеколог кўрувидан ўтишлари, 35 ёшдан катта аёллар йилда 1 марта маммография текширувидан, 35 ёшдан кичик аёллар эса йилда бир марта сут безлари ультратовуш текширувидан ўтишлари лозим.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Уроков Ш.Т., Саломов Н.И.

Кафедры хирургических болезней и реанимации, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г. Бухара, Республика Узбекистан.

В настоящее время кровотечения из-за язв желудка и двенадцатиперстной кишки увеличились вдвое, особенно у лиц пожилого и пожилого возраста. Смертность от острых кровотечений вследствие ранений желудочно-кишечной системы составляет 5-20%, после экстренных операций - 4-73%, а у лиц пожилого возраста этот показатель выше на 80%. Внедрение современных технологий в хирургию гепатологию позволило шире применять эндоскопические методы профилактики и лечения ПЖК (пищеводно-желудочных кровотечений) у больных циррозом печени

Цель исследования. Анализ непосредственных результатов комплексного лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени.

Материал и методы. В отделении хирургии №1, №2 Бухарского филиала РНЦЭМП за последние 5 лет на лечении находились 120 больных с ПЖК. Мужчин было 79(65,8%), женщин – 41 (34,2%). Возраст больных варьировал от 24 до 72 лет.

Для диагностики ПЖК и цирроза печени больным проводили ургентную эзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, а также исследовали клинические и биохимические анализы крови.

Показанием к консервативной терапии были: ВРВ пищевода и желудка I степени, васкулопатия и гастропатия как источник кровотечения, наличие тяжёлой сопутствующей патологии и печёчно-клеточной недостаточности в стадии декомпенсации. Из поступивших 61 (50,8%) пациента с ВРВ пищевода и желудка I степени группу А по Чайлду-Пью составили 5 (8,2%) больных, группу В – 36 (59,0%), группу С – 20 (32,8%) больных с явлениями печёчно-клеточной недостаточности и гастропатия.

У 45 (37,5%) больных применялись эндоскопические методы лечения ПЖК. Выбор эндоскопической склеротерапии (см. рис.) определялся степенью выраженности ВРВ пищевода. У 30 больных эндоскопические методы лечения после достигнутого временного гемостаза выполнялись в срочном порядке (24 часа). В 5 случаях придерживались принципов склерокомпрессии – перед проведением эндоскопической склеротерапии освобождали зонд обтуратор от воздуха, далее проводили зонд в дистальном направлении до попадания обоих обтураторов в просвет желудка. Затем раздували пищеводную манжету, которая при подтягивании прижимает «кардиальную розетку», чем обеспечивает уменьшение наполнения кровью вен пищевода. Непосредственно после проведения эндоскопической склеротерапии переводили зонд в стандартное положение, чем достигали эффект скорейшей склерокомпрессии на «пустой вене» по принципу Фетана, разработанному для лечения ВРВ нижних конечностей.

В отсроченном порядке (на 2-е сутки) эндоскопическое склерозирование выполнили у 15 (12,5%) больных, что было связано в основном с тяжёлым кровотечением, требующим коррекции восстановления гемостаза. В противном случае риск осложнений, которые могли развиваться после эндоскопических вмешательств, был

значительно выше. В отсроченном порядке выполнено 3 операции после остановки ПЖК консервативными мероприятиями.

Таким образом, непосредственные результаты эндоскопических и консервативных методов лечения острых ПЖК у больных с циррозом печени в значительной степени лучше по сравнению с хирургическими методами лечения, выполненных на высоте кровотечения при продолжающемся кровотечении.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Уроков Ш.Т., Саломов Н.И.

Кафедры хирургических болезней и реанимации, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г. Бухара, Республика Узбекистан

Актуальных вопросов неотложной хирургии – лечению язвенных кровотечений у больных с циррозом печени. Проанализированы результаты лечения 75 (23 %) больных с кровотечениями из эрозивно-язвенных поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки среди пациентов с варикозно расширенными венами пищевода и желудка. Оценена эффективность миниинвазивных эндоскопических методов остановки кровотечения в лечении данной категории больных. Показаны возможности эндоскопического гемостаза при язвенных и варикозных кровотечениях. Представлена принятая в клинике тактика лечения больных с указанными кровотечениями. Частота эрозивно-язвенных поражений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки среди пациентов с кровотечением на фоне внутрипеченочной портальной гипертензии и варикозно расширенных вен пищевода и желудка составила 23 %.

Цель исследования. изучить частоту язвенного кровотечения в сочетании циррозом печени и определить особенности клинического течения язвенного кровотечения у больных с сочетанным циррозом печени;

Материал и методы. В отделении хирургии №1, №2 Бухарского филиала за последние 3 лет на лечении находились 98 больных с язвенного кровотечения и цирроза печени. Мужчин было 66(65,8%), женщин – 32 (34,2%). Возраст больных варьировал от 24 до 72 лет. Для диагностики язвенного кровотечения и цирроза печени больным проводили ургентную эзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, а также исследовали клинические и биохимические анализы крови.

Результаты и обсуждение Эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны отмечено у 33 (30,3%) из 98 больных циррозом печени. С ЦП из них было только 19 (18,2%) больных, в этой группе эрозии и язвы выявлены у 45 (44,1%). В группе сравнения из 54 больных без ЦП эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны обнаружено статистически значимо реже – у 28 (27,3%) 8,748, $p=0,003$.

Как в группе больных с ЦП, так и в группе без ЦП, преобладали женщины (52,4% и 52,7%). При циррозе печени с ЦП эрозии-язвы были у 33 (49,4%) из 66 мужчины и у 13 (39,3%) из 32 женщин ($p >0,05$). Мы также сравнили частоту эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны у мужчин с ЦП и без нее, оказалось, что различия не значимы ($p >0,05$). При сравнении частоты эрозий и язв у женщин двух указанных групп установлена их большая частота у женщин с ЦП (39,3% и 21,3%, $p=0,01$). Таким образом, у женщин эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны при циррозе печени на фоне ЦП выявлялось чаще, чем без

ЦП, что не подтвердилось у мужчин.

Выводы. Частота язвенной болезни, эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с циррозом печени составила 23,0 %, что не отличается от данных, приводимых различными авторами.

Выбор лечебной тактики у данной категории больных с кровотечениями из гастродуоденальных эрозий и язв зависит не только от интенсивности кровотечения и печеночной недостаточности, но и от наличия одного или нескольких (сочетанных) источников геморрагий. Из приведенных данных следует отметить, что эндоскопический гемостаз является методом выбора в лечении таких пациентов.

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ЛИМФОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕИ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹Уртаев Б.М., ¹Симанин Р.А., ²Макаров И.Г., ¹Шарафетдинов А.Х., ¹Цибирова А.Э.
¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия
²Научно-практический центр реабилитации больных лимфедемой «ЛИМФА» (НПЦ «ЛИМФА»)

Введение: онкологическая заболеваемость остаётся на одном из первых мест в структуре всех болезней человека. В связи с этим растёт и количество проводимых радикальных операций с выполнением регионарной лимфодиссекции, что является основной причиной развития послеоперационной лимфореи и лимфостаза. К сожалению, далеко не все считают лимфорею опасным последствием лимфаденэктомии, поэтому в литературе не так много информации на данную тему. В настоящей обзорной статье представлены данные по частоте выявляемости лимфореи и других лимфатических осложнений в послеоперационном периоде у онкохирургических больных. В настоящее время при ряде состояний с диагностической и лечебной целью широко используется лимфосцинтиграфия. Данный метод позволяет достаточно хорошо визуализировать лимфоток для постановки диагноза при подозрении на поражение лимфатической системы при злокачественных опухолях, для установления нарушений венозного и лимфооттока, а также с целью контроля эффективности лечения при злокачественных опухолях. Все это послужило поводом для проведения исследования.

Цель работы: установление связи между объёмом и длительностью послеоперационной лимфореи при различных онкохирургических вмешательствах и происходящими изменениями гомеостатического баланса.

Материал и методы: нами использовалась новая техника визуализации лимфотока с применением индоцианина зеленого. В мировой литературе описаны единичные исследования, посвящённые изучению данного метода. Отечественных публикаций по этой тематике нами не обнаружено. Согласно имеющимся работам, флюоресцентная лимфография применялась при раке молочной железы с целью выявления сторожевых лимфоузлов, для определения источника хилоторакса после экстирпации пищевода по поводу рака пищевода, для диагностики вторичной лимфедемы, для количественной визуализации тока лимфы с целью оценки лимфатической функции, для диагностики хронической венозной недостаточности. Мы считаем, что этот метод является более предпочтительным по сравнению с лимфосцинтиграфией, а его дальнейшее изучение представляет научный и практический интерес. Дороговизна индоцианина зеленого препятствует широкому его применению в практике. В связи с этим для исследования в качестве контрастного вещества мы использовали флюоренат натрия. Исследования проводились на добровольцах без специфической патологии лимфатической системы.

Техника выполнения: в положении исследуемого на спине без использования анестетиков вводили 0,5 мл 10% раствора флюорената натрия в первый межпальцевой промежуток тыла стопы. Визуально наблюдали флюоресценцию, используя осветитель с источником света длиной волны 480 нм. Документальная регистрация полученных изображений была зафиксирована с помощью цифровой камеры через 70, 80 и 90 мин после введения контрастного вещества.

Результаты и обсуждение: проведённые исследования позволяют подтвердить возможность применения флюоресцентной лимфографии для визуализации лимфатической системы, что может быть использовано как с диагностической, так и с лечебной целью. Простота, доступность, безопасность, минимальная инвазивность, экономическая выгода данной технологии обуславливают предпочтительность ее применения в сравнении с лимфосцинтиграфией.

Выводы: флюоресцентная лимфография является новой методикой, она требует дальнейшего исследования, определения показаний и противопоказаний для ее выполнения, отбора определённого контингента пациентов. Таким образом, мы планируем дальнейшую разработку данной технологии, проведение исследования у пациентов с онкохирургической патологией, а также с патологией лимфатической системы.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕЕЙ

¹Уртаев Б.М., ¹Симанин Р.А., ¹Сафронова В.В., ¹Гритнус А.Р., ¹Цибирова А.Э.,
¹Кулумбегова А.Т.

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия.

Введение. Лимфорея — это патологическое состояние, которое часто возникает после оперативного вмешательства при лечении различных онкологических заболеваний. Согласно литературным данным, вероятность развития лимфореи после хирургического лечения рака молочной железы составляет 100%.

В последние годы появились новые методы лечения послеоперационной лимфореи, включая использование фотодинамической терапии (ФДТ).

Цель работы. Определить возможность применения фотодинамической терапии в лечении послеоперационной лимфореи и оценить ее влияние на качество жизни пациентов.

Материалы и методы. Было проведено исследование с участием 40 пациенток, подвергшихся онкохирургическому вмешательству по поводу рака молочной железы. Пациентки были разделены на две группы. В первой группе, состоящей из 20 женщин в возрасте от 30 до 69 лет (средний возраст $53,70 \pm 1,12$ лет), в послеоперационном периоде была применена фотодинамическая терапия для лечения продолжительной лимфореи. У пациенток второй группы, (20 женщин в возрасте от 34 до 68 лет (средний возраст $56,85 \pm 2,16$ лет)), в послеоперационном периоде использовались только общепринятые методы лечения лимфореи, такие как пункции и давящие повязки.

Всем пациенткам выполнялась радикальная мастэктомия по Мадден, включающая лимфодиссекцию трех уровней: подмышечную и подключичную.

Объем лимфореи оценивали по количеству отделяемого дренажом, а после их удаления — путем пункций. Дренаж снимали при объеме лимфореи не более 60–70 мл/сут в течение 2 сут.

В основной группе через 14 дней после снятия дренажа лимфорея в объеме более 50 мл в сутки сохранялась у 16 (80%) пациенток, в группе сравнения – у 17 (85%). Этим пациенткам предлагалось заполнить анкету SF-36 для оценки качества жизни. После этого женщинам из основной группы проводили ФДТ с целью купирования лимфореи. Тактика ведения пациенток из группы сравнения не менялась. Повторную оценку качества жизни участниц исследования проводили через 3 и 6 мес.

Через 1 год после оперативного вмешательства оценивали число случаев возникшего лимфостаза у пациенток обеих групп. Для этого измеряли длину окружности верхней конечности на стороне операции и на контрлатеральной стороне. При увеличении длины окружности на стороне операции результат оценивали, как факт наличия лимфостаза.

Результаты и обсуждение. С помощью опросника SF-36 мы оценивали такие параметры как: физическое, социальное и ролевое функционирование, интенсивность боли, жизненная активность. Первоначально, при оценке качества жизни у пациенток из обеих групп, проведенной через 14 дней после удаления дренажа, статистически значимых различий не наблюдалось.

Сеанс послеоперационной ФДТ проводили пациенткам не ранее, чем через 14 дней после снятия дренажа при ежесуточной потере лимфы более 50 мл. Доза света составляла 20 Дж/см² поверхности кисты при плотности мощности 333 мВт/см². Количество сеансов определяли индивидуально. Как правило, требовалось 1–2 сеанса для полного прекращения лимфореи. У одной женщины потребовалось проведение трех сеансов.

Через 3 и 6 мес после начала исследования пациентки повторно заполняли анкету SF-36. Анализ полученных результатов показал, что в основной группе показатели достигали высоких значений гораздо раньше, чем в группе сравнения. Так, через 3 мес были обнаружены статистически значимые различия в показателях, отвечающих за ролевое функционирование, связанное с физическим компонентом – $93,75 \pm 11,10$ балла в основной группе против $46,25 \pm 16,78$ баллов в группе сравнения; интенсивность боли составила $91,50 \pm 9,33$ и $66,80 \pm 6,03$ баллов соответственно. Значение показателя «общее здоровье» у пациенток основной группы составило $63,25 \pm 3,93$ балла, в группе сравнения $46,45 \pm 6,33$ баллов; а показателя «жизненная активность» – $84,75 \pm 5,49$ и $65,75 \pm 4,37$ баллов соответственно.

Через 6 мес все показатели сблизались, за исключением ролевого функционирования, связанного с физическим компонентом. В группе сравнения данные значения так и не достигли максимума – $96,25 \pm 3,24$ баллов в основной группе и $78,75 \pm 9,16$ баллов в группе сравнения.

Через 1 год после мастэктомии было проанализировано состояние всех пациенток, измерена длина окружности плеча для выявления признаков лимфостаза верхней конечности. В результате анализа выявлено, что в течение года после операции лимфостаз возник только у 1 женщины (5%) из основной группы, у которой длина окружности верхней конечности на стороне операции увеличилась на 1,7 см, и у 2 человек (10%) из группы сравнения – у них длина окружности увеличилась на 1,2 см и 2,4 см соответственно. У этих пациенток обеих групп был выявлен лимфостаз верхней конечности 1-й степени.

Выводы: Фотодинамическая терапия эффективно лечит послеоперационную лимфорею, снижая объем лимфопотерь и улучшая качество жизни пациенток, особенно физический аспект здоровья. Кроме того, этот метод лечения безопасен и не повышает риск развития лимфостаза в течение 1 года после лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕИ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОМОЩЬЮ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

¹Уртаев Б.М., ¹Симанин Р.А., ¹Шарафетдинов А.Х.

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение: по данным ряда авторов частота встречаемости лимфореи после оперативного лечения рака молочной железы достигает 100%. В последние годы стали появляться новые методы лечения послеоперационной лимфореи, в том числе и применение фотодинамической терапии (ФДТ).

Цель исследования – определить возможность применения фотодинамической терапии в лечении послеоперационной лимфореи, проанализировать отдалённые результаты, оценивая риск развития лимфедемы, обсудить перспективы применения фотодинамической терапии в лечении послеоперационной лимфореи и ее влияние на качество жизни пациентов.

Материалы и методы: проведено проспективное исследование с участием 40 человек. У 20 пациентов в лечении послеоперационной лимфореи использовалась фотодинамическая терапия (основная группа), у 20 – пункции и давящие повязки (группа сравнения). Качество жизни оценивалось на основании данных опросника SF-36 перед началом лечения, через 3 и 6 мес. Через 1 год также оценивалось состояние всех пациентов для выявления признаков лимфостаза.

Результаты и обсуждения: В основной группе у пациентов, которым проводилась фотодинамическая терапия, лимфорея была полностью купирована к концу третьей недели. У пациентов из группы сравнения на этом же сроке объем суточной лимфореи составлял $41,4 \pm 0,3$ мл. Была выявлена статистически достоверная разница между показателями физического компонента здоровья у пациентов двух групп через 3 мес после начала лечения: ролевое функционирование, связанное с физическим компонентом ($93,75 \pm 11,10$ в основной группе и $46,25 \pm 16,78$ в группе сравнения), интенсивность боли ($91,5 \pm 9,33$ в основной группе и $66,8 \pm 6,03$ в группе сравнения), общее здоровье ($63,25 \pm 3,93$ в основной группе и $46,45 \pm 6,33$ в группе сравнения) и жизненная активность ($84,75 \pm 5,49$ в основной группе и $65,75 \pm 4,37$ в группе сравнения). При этом применение фотодинамической терапии не увеличивало риск развития лимфостаза верхней конечности.

Заключение и выводы: исследование показало, что использование фотодинамической терапии в лечении послеоперационной лимфореи позволяет уменьшить объем лимфопотери, сократить сроки амбулаторного лечения, а также улучшает качество жизни пациентов, при этом не увеличивая риск развития лимфостаза верхней конечности.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛИМФОРЕЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹Уртаев Б.М., ¹Симанин Р.А., ²Макаров И.Г., ¹Сафронова В.В., ¹Гринтус А.Р.

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

²Научно-практический центр реабилитации больных лимфедемой «ЛИМФА» (НПЦ «ЛИМФА»)

Введение: по данным ВОЗ онкологические заболевания находятся на втором месте в списке причин заболеваемости в Европе. При этом показатель заболеваемости ежегодно

растёт – в России он увеличился с 307,7 на 100 тыс (2008 год) до 425,5 на 100 тыс. населения (2018 год). В 2019 году только в нашей стране выявлено 640 тыс. онкобольных. Лимфорей является одним из наименее описанных осложнений послеоперационного периода. К основным причинам лимфорей относятся: повреждения лимфатических сосудов во время радикальных оперативных вмешательств с выполнением регионарной лимфодиссекции; ранения лимфатических сосудов, в частности грудного протока; случайное ятрогенное повреждение лимфатических сосудов; филяриоз. Таким образом, проблема послеоперационной лимфорей становится все более актуальной и требует пристального внимания.

Цель работы: установление связи между объёмом и длительностью послеоперационной лимфорей при различных хирургических вмешательствах, происходящими изменениями гомеостатического и частотой развития гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

Материал и методы: оценили результаты лечения 43 пациентов, которым проводили стандартное клиническое обследование и плановое хирургическое вмешательство по поводу злокачественной патологии различных органов с регионарной лимфодиссекцией. Пациенты были разделены по полу, возрасту и группам. Женщин было 32, мужчин -11. Средний возраст пациентов составил от 60 до 68 лет. Диагноз злокачественной патологии в дооперационном периоде верифицировали гистологически у всех групп пациентов. После плановых хирургических вмешательств в послеоперационном периоде у пациентов из контрольной группы наблюдалась длительная (более 10 дней) и выраженная (более 100 мл в сутки) лимфорей. Объём и время лимфоистечения зависел от вида хирургического вмешательства. Отделяемую жидкость определяли цитологически и идентифицировали как лимфа.

Результаты и обсуждение: из 43 пациентов 3 пациентам (6,9%) потребовалась повторная госпитализация для решения проблем, связанных непосредственно с лимфоистечением, а именно проведение лазерной коагуляции полости лимфокисты, прошивание коллекторного лимфатического сосуда, давящие повязки и назначение гемостатических препаратов. Послеоперационная летальность составила 4,6% (2 человека). Проанализировав эти смертельные исходы, установили, что у данной группы пациентов лимфорей была более 550 мл в сутки длительностью от 3 до 4 недель, что ставит вопрос о наличии критического уровня снижения лимфоцитов в крови, когда можно спрогнозировать летальный исход. На основании наших полученных данных уровень лимфоцитов в крови у умерших колебался от 1,9 до 11,4 %, а уровень белка крови снижался от 45,6 до 36,1 г/л.

Выводы: послеоперационная лимфорей может стать грозным осложнением после выполнения хирургического вмешательства практически в любой области, особенно при проведении онкохирургических операций с лимфодиссекцией. Вне зависимости от тяжести течения, лимфостаз и лимфедема представляют серьёзный косметический дефект, зачастую очень сильно влияющий на жизнь и психологический комфорт пациентов, и требующий дополнительного лечения и реабилитации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЧАТОЧНЫХ СКАЛЬПИРОВАННЫХ РАНАХ КИСТИ

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Перчаточные скальпированные раны кисти (ПСРК) являются достаточно тяжёлыми повреждениями верхней конечности, при которых необходимо выбрать

оптимальную хирургическую тактику, что позволило бы сохранить кисть и ее функцию. **ПСРК**, как правило, возникают при попадании кисти в движущиеся механизмы, в результате чего кожный покров скальпируется с кисти по типу перчатки.

Предложен ряд методов восстановительных операций при **ПСРК**. Наиболее доступными и надёжными, по нашему мнению, являются методы кожной пластики, когда из одного или двух кожных лоскутов передней брюшной стенки формируется полость, соответствующая по форме скальпированному сегменту кисти. В неё погружается скальпированная кисть. Тем не менее, тактика хирурга должна определяться индивидуально в зависимости от характера повреждения (сохранности сосудисто-нервных пучков, наличия переломов, степени загрязнённости раны и т.д.) и общего состояния больного.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала РНЦЭМП пролечено 73 пациента с **ПСРК** за минувший период. Мужчин было 62 (84,9%), женщин – 11 (15,1%), из них детей – 3 (4,1%). Большинство пострадавших поступили с травматическим шоком. У 57 (78,1%) пострадавших отмечено повреждение правой кисти, у 13 (17,8%) – левостороннее повреждение, у 3 (4,1%) больных отмечено **ПСРК** с обеих сторон.

Хирургическая тактика подбиралась в зависимости от степени загрязнённости раны, наличия или отсутствия скальпированной кожи, характера повреждения (поверхностный или глубокий дефект). После тщательной ПХО раны кисти нами были выбраны следующие варианты оперативных вмешательств:

1. Открытое ведение раны кисти с последующей аутодермопластикой расщепленными лоскутами дефекта кисти после появления грануляционных тканей выполнено в 25 (26,3%) случаях. Данная пластика производилась при поверхностных дефектах, а также при сильно загрязнённых ранах;
2. Пластика кожно-жировыми лоскутами с передней брюшной стенки выполнена 18 (23,7%) больным. При этом формировались два встречных лоскута, между которыми помещали повреждённую кисть. Через 1 месяц лоскуты иссекались у основания. Затем выполнялись вмешательства по разделению пальцев;
3. Пластика паховым лоскутом произведена 19 (25%) пострадавшим. Впоследствии производились поэтапные операции аналогично лоскутам с передней брюшной стенки;
4. Пластика «утильной» кожей выполнена 14 (18,4%) больным. На скальпированный дефект кисти подшивалась очищенная от клетчатки перфорированная кожа.

Использование вышеуказанных кожно-пластических операций позволило нам сохранить кисти, но были отмечены следующие ранние и поздние осложнения послеоперационного периода: частичный некроз «утильной» кожи – у 4 пострадавших (что потребовало дополнительной кожной пластики), нагноение раны – у 5 больных, контрактура пальцев – у 10 пациентов, практически отсутствие чувствительности кожи (что также снижало функцию кисти) – у 18 больных.

Таким образом, использование кожно-пластических операций при лечении пострадавших с перчаточными скальпированными ранениями кисти позволяет сохранить конечность. Второй, не менее важной, задачей остается восстановление функции кисти. Необходимо отметить, что основными условиями благоприятного исхода лечения данного контингента больных, по нашему мнению, являются правильно выбранная кожно-пластическая операция, постоянное применение лечебной гимнастики в период реабилитации и наблюдение оперировавшего хирурга.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДИТОВ

Усманова Н.А., Курбонов М.Х.

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что в возникновение хронического воспаления значимый вклад вносят токсины, как эндогенного, так и экзогенного происхождения, и, следовательно, необходима детоксикация органов и выведение токсинов, что обеспечит ауторегуляцию. Столь же необходима и активация органов, отвечающих за дренаж, особенно если они вовлечены в воспалительный процесс, как это происходит со слизистыми оболочками при аденоидите. У детей с хроническими аденоидитами, как правило, в анамнезе отмечаются частые эпизоды острой респираторной инфекции (ОРИ).

Цель исследования: оценить эффективность лечения хронического аденоидита антигомотоксическими лекарственными средствами у детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 80 детей в возрасте от 4-х до 6 лет с диагнозом «хронический аденоидит средней тяжести».

Продолжительность болезни составляла $2,0 \pm 0,6$ года. По исходам 1–5 получены близкие по значимости результаты. Поэтому приводим групповой анализ эффективности АГЛС по данным исходам.

Как видно из приведенной таблицы и рисунка, у детей, получавших АГЛС, неблагоприятные исходы наблюдались достоверно реже, чем в группе пациентов, получавших стандартное лечение. Показатели ЧИЛ по всем КИ колебались в пределах от 8,5% до 17,5%, в то время как значения ЧИК находились в интервале 52,5–77,5%. Достоверность статистических различий подтверждается значениями критерия χ^2 и величиной p . Снижение абсолютного риска и соответствующее значение ЧБНЛ в исходах 1–5 равно 2 при ДИ 0–9, что означает, что у каждого 3-го больного при лечении АГЛС можно ожидать положительного результата лечения. Показатель ОР (0,10–0,23 при ДИ 0,03–0,44) показывает более низкую вероятность неблагоприятных исходов в основной группе пациентов, т. к. он значительно ниже единицы. ОШ 0,06–0,19 (ДИ 0,02–0,21; 0,06–0,51) достоверно ($p \leq 0,005$) показывает, что риск возникновения неблагоприятного исхода при лечении АГЛС уменьшается в различных КИ в 5–12 раз.

Таким образом, показана значимая эффективность АГЛС при ОРВИ у детей по КИ: «Наличие затрудненного носового дыхания за счет заложенности и отделяемого из носа» (1); «Наличие ночного кашля» (2); «Наличие храпа во время ночного сна» (3); «Наличие заложенности в обоих ушах без потери слуха» (4); «Наличие длительного (до 2-х недель) субфебрилитета – $37,7^\circ\text{C}$ » (5).

Число детей, которых необходимо лечить для того, чтобы предотвратить развитие одного неблагоприятного исхода, было равно 1 (ДИ 0–5), это означает, что благоприятный исход наблюдается у каждого второго больного, и свидетельствует о высокой эффективности АГЛС при данном заболевании. Обращают на себя внимание узкие границы ДИ показателя ЧБНЛ, что подтверждает высокую клиническую и статистическую значимость.

Высокая эффективность АГЛС в отношении интоксикационного синдрома обусловлена, по всей видимости, наличием в схеме препарата Лимфомиозот с выраженным дренажным механизмом.

Выводы. Данное исследование показало, что применение АГЛС совместно с общепринятой терапией хронических аденоидитов можно считать эффективным.

Использованные АГЛС (Мукоза композитум, Лимфомиозот, Эуфорбиум композитум) хорошо переносились, не имели побочных реакций.

АГЛС в данном исследовании способствовали дезинтоксикации, что дает возможность не применять дополнительное лечение с этой целью.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОТОМИИ

Усманова Н.А., Курбонов М.Х.

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Использование эндоскопической аденоидэктомии позволяет при помощи микродебридера оптимально удалить лимфаденоидную ткань носоглотки под контролем 70° эндоскопа, введенного трансорально, и предполагает применение эндотрахеального наркоза, более длительное пребывание пациентов в стационаре и наличие специального оборудования. Преимущества предлагаемого метода в сравнении со «стандартной» аденотомией требуют экспериментального подтверждения.

Цель исследования. Изучить динамику клинико-функциональных показателей, характеризующих состояние полости носа и среднего уха, у детей с диагнозом аденоиды II-III степени до и после сравниваемых методов хирургического лечения.

Материал и методы исследования. . Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 4-х до 6 лет с диагнозом «хронический аденоидит средней тяжести».

У 89% здоровых пациентов регистрируются аденоидные вегетации I степени при отсутствии клинической картины, нормальных показателях назальной вентиляции и нормальной функции среднего уха.

У детей с диагнозом аденоиды II-III степени отмечается затруднение носового дыхания на 30-62% и нарушение вентиляции среднего уха в 58-59% случаев. «Стандартная» аденотомия у детей с диагнозом аденоиды II-III степени через 3-4 недели приводит к улучшению носового дыхания на 28-30% и обеспечивает нормализацию функции среднего уха у 39% пациентов, в отдаленном послеоперационном периоде сопровождается рецидивами в 50% случаев. Применение эндоскопической аденоидэктомии у детей с диагнозом аденоиды II-III степени обеспечивает восстановление параметров назальной вентиляции до аналогичных показателей здоровых детей и нормализацию функции среднего уха через 3-4 недели, а также обеспечивает отсутствие рецидивов и процидивов в отдаленном послеоперационном периоде.

У пациентов, готовящихся к оперативному вмешательству по поводу гипертрофии глоточной миндалины II-III степени, сочетающейся с нарушением вентиляции среднего уха, аномалиями развития лицевого скелета и речевыми нарушениями, храпом и САС, целесообразным является применение эндоскопической аденоидэктомии.

Применение ПАР позволяет объективно оценить степень обструкции и/или свободы назальной вентиляции до и после курса лечения по поводу патологии глоточной миндалины. Предложенные возрастные показатели назальной вентиляции у здоровых детей можно использовать в качестве определяющих выбор метода лечения аденоидных вегетаций II-III степени. ТМ-исследование необходимо проводить всем пациентам с гипертрофией глоточной миндалины для определения заинтересованности среднего уха и, следовательно, выбора тактики лечения, а также для оценки его эффективности. Использование ПАР и ТМ у детей с гипертрофией глоточной миндалины не имеют противопоказаний и обеспечивают комплексную оценку функциональных параметров полости носа и среднего уха.

Выводы. С помощью клинических и функциональных методов исследования подтверждена высокая эффективность эндоскопической аденоидэктомии у детей с диагнозом аденоиды II-III степени.

Полученные показатели назальной вентиляции здоровых детей подтверждают необходимость более широкого применения ПАР для диагностики функциональных изменений полости носа у пациентов с различной патологией лор-органов.

Сочетание ПАР и ТМ обеспечивает комплексную оценку состояния полости носа и среднего уха пациентов с патологией носоглотки, очень просто в применении, хорошо переносится и не имеет противопоказаний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Усманова Н.Ю., Азимов Ф.Р., Норова Г.И., Мусоев Т.Я.
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи

Лапароскопия является одним из наиболее современных методов хирургического вмешательства, который позволяет минимизировать риск осложнений и ускорить процесс восстановления пациентки.

Цель данного исследования включают анализ частоты и причин проведения экстренных лапароскопий, оценку результатов операций, определение длительности операции и пребывания в стационаре, а также оценку возможных осложнений.

Материалы и методы: В данной работе был проведен ретроспективный анализ истории болезни 626 больных, которым использовали диагностическую и лечебную лапароскопию в неотложной гинекологии с 2021 по 2023 годы Бухарском филиале РНМЦЭП.

Результаты и обсуждение Из оперированных 586 больных у 42 (7%) больным поступившим в отделение неотложной гинекологии, произведена диагностическая лапароскопия, с целью дифференциальной диагностики острой хирургической патологии. У больных которым произведена диагностическая лапароскопия установлена острый аппендицит у 6 больных, разрыв селезенки у 2 больных, перфорация кишечника у 1 больной, мезентеральный тромбоз кишечника у 1 больной и криптогенный перитонит у 3 девочек. У 584 (93%) больным была произведена лечебная лапароскопия внутренних половых органов. Основные причины лапароскопических операций - внематочная беременность- 238 (40.6%), разрыв кисты яичника- 89 (15%), перекрут кисты 102(17.5%), апоплексия яичника 67 (11.5%), кровоизлияние в кисты – 29(5.1%) и острый сальпингит 12(2.2%), пельвиоперитонит 28(4.9%), дислокация ВМС в брюшную полость 16(2.7%), разрыв кисты желтого тела у девочек у 3 (0.5%).

Длительность операций составляла от 12 до 50 минут, а длительность наркоза - от 15 до 57 минут. Это указывает на высокую операционную эффективность и безопасность процедуры. Кроме того, пребывание пациенток в стационаре было относительно коротким - от 3 до 5 дней, что является еще одним подтверждением безопасности и эффективности данной процедуры в сравнении с лапаротомными операциями.

Ни одна из операций не привела к серьезным осложнениям, таким как кровотечение и раневая инфекция.

Заключение: анализ показал, что лапароскопия в экстренных случаях у гинекологических больных в условиях хирургического стационара является безопасной и эффективной процедурой. Экстренная лапароскопия позволяет быстро и точно установить

диагноз и провести необходимое лечение, что особенно важно в случае острой хирургической патологии.

КОМБИНИРОВАННАЯ ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ.

Файзиев О.Я., Митрюшкина В.П

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Разрабатываются клинические программы, многоуровневые стратегии, алгоритмы, направленные на улучшение качества анестезии и восстановление пациентов после реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств у детей. Протокол «Fast Track» surgery, или «быстрый путь» в хирургии – это инновационная ультрасовременная концепция мультимодального периоперационного ведения больного и направлена она на минимизацию стресс-ответа на хирургическую коррекцию болезни Гиршпрунга и является восстановительной операцией по приведению нормально иннервируемого кишечника к анусу с сохранением анального сфинктера на восстановление исходного физического состояния организма.

Цель исследования явилась сравнительная оценка эффективности гемодинамического статуса путем применения комбинированной общей анестезии при реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательствах у детей.

Материал и методы. Исследование проведено в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института с 2021 по 2023 г, включено 40 детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга, которым последующим этапное в зависимости от типа формы болезни нуждались в реконструктивных-восстановительных оперативных вмешательствах

Возраст больных варьировал от 1 года до 3 лет. Все дети относились к I–II классу по ASA. Продолжительность операции составляла от часа мин до 2,5 ч. Больные были подразделены на 2 группы в зависимости от применяемого вида анестезии.

В 1-й группе (n=20) больным была проведена эпидуральная анестезия (0,5% бупивакаин 1,5мг/кг) совместно с пропофолом(1,5мг/кг), с целью миоплегии применен ардуан в дозе (0,06мг/кг) для поддержания севофлураном (1,5об%).

Во 2-й группе (n=20) традиционная общая анестезия с использованием пропофол в дозе 2 мг/кг, севофлуран 2–2,5 об% и фентанила из расчёта 3 мкг/кг. После введения 50 мкг/кг пипикурония бромид(ардуан) больной был интубирован и подключён к аппарату искусственной вентиляции лёгких. Базисный наркоз осуществлялся севофлураном (2 об%) и высокими дозами фентанила (8–10 мкг/кг в час).

Результаты. Интраоперационный мониторинг вовремя операций в условиях оптимизированной мультимодальной анестезии пропофолом + ЭА бупивакаином, включал в себя контроль показателей гемодинамики: ЧСС, САД, ДАД, СрАД на кардиомониторе Mindray (China). До операции ЧСС составила $120,88 \pm 4,81$ уд/мин. На 2, 3 и 4 этапах ЧСС изменялась незначительно. На втором и третьем этапах она повышалась на 0,6 % ($P > 0,05$) и 5,5 % ($P > 0,05$), достигая уровня $121,61 \pm 3,74$ уд/мин и $120,58 \pm 4,49$ уд/мин, соответственно. На четвертом этапе ЧСС снижалась на 4,6 % ($P > 0,05$). На 5 этапе исследования показатели соответствовали дооперационному уровню, ЧСС оставалась ниже, чем на первом этапе на 1,3 % ($P > 0,05$), оставаясь на уровне $119,1 \pm 5,15$ уд/мин.

До начала операции СрАД составляло $79,33 \pm 1,81$ мм рт. ст., затем на следующем этапе оно снижалось на 7,1 % ($P > 0,05$) до $73,82 \pm 2,59$ мм рт. ст. На третьем и четвертом этапах анестезиологического обеспечения СрАД было меньше, чем на первом этапе на 1,2 % ($P > 0,05$) и 0,7% ($P > 0,05$). Его значение равнялось $78,51 \pm 2,83$ мм рт. ст. и $78,59 \pm 2,44$

мм рт. ст. Далее показатели становились аналогичными дооперационному уровню с превышением лишь на 1,3 %, то есть значение СрАД достигало $80,18 \pm 1,78$ мм рт. ст.

Как видно из результатов интраоперационный мониторинг гемодинамики показал стабильность изученных параметров, они оставались в пределах возрастной нормы, что подтверждало достаточное подавление «стресс-ответа» у пациентов основной группы. Действие эпидуральной анестезии распространяется на послеоперационный период, что позволяет снизить частоту применения наркотических анальгетиков.

Выводы. Комбинированная общая анестезия в сочетании эпидуральной анальгезии обеспечивает стабильность гемодинамики в интраоперационном периоде, что существенно уменьшает риск осложнений у детей, а также способствует быстрому и спокойному пробуждению, раннему экстубации трахеи и гладкому течению послеоперационного периода.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

**Фарахиддинова М.Х., Икромиддинова Р.У., Мухитдинова М.С.
Ташкентский Государственный стоматологический институт**

Актуальность исследования. Высокая частота поражений органов и тканей полости рта при СД 2 типа является следствием разрушающего воздействия гипергликемии, генерализованного поражения стенок сосудов (микроангиопатии), развития дисбактериоза с активизацией пародонтопатогенной и грибковой микрофлоры, а также снижения саливации. При этом первостепенная роль в патогенезе микроциркуляторных нарушений принадлежит т. н. окислительному стрессу, разрушающее действие которого направлено на органы и ткани с наибольшей функциональной нагрузкой. Микроциркуляторное русло пародонта, являясь активной областью гемодинамики организма, при СД 2 типа подвергается разрушительному воздействию гипергликемии большей степени, чем сосуды других органов. Установлено, что патологические изменения в ротовой полости у больных СД 2 типа находятся в прямой зависимости от таких факторов, как длительность основного заболевания, степень метаболических нарушений, а также наличия осложнений. Поэтому следует указать, что результаты исследований нельзя просто обобщить, поскольку опубликованные данные могут часто относиться к одному аппарату КЛКТ и не обязательно относиться к другому оборудованию. Несмотря на особые свойства КЛКТ для стоматологически-челюстно-лицевых обследований и его растущее использование за последнее десятилетие, в частности, в имплантологии, следует понимать, что существуют огромные различия в дозах облучения и качестве изображения, которые объясняются переменными, зависящими от машины и протокола

Цель исследования: Определение наиболее эффективного метода продления и сохранения результата после отбеливания системой Amazing White, а так же уменьшения гиперэстезии зубов, используя зубные пасты «Colgate Sensitive Pro-Relief» и «Sensodyne мгновенный эффект».

Материалы и методы. В клинической части исследования проведено сравнение состояния искусственных коронок и десны вокруг несъемных протезов, изготовленных из диоксида циркония и на каркасах из хромкобальтового сплава:

I группа – диоксид циркон коронки (58) на литых каркасах из хромкобальтового сплава - 33 человека;

II группа - металлокерамические коронки (72) на фрезерованных каркасах из хромкобальтового сплава - 37 человек;

Проводилось полное восстановление дефектов зубного ряда; перед фиксацией протезов и во время ежегодных обследований по показаниям проводилась профессиональная гигиена полости рта.

В число обследованных не включались лица с общесоматическими заболеваниями.

Со сроком пользования протезами 1 месяцев - обследовано 19 пациентов с искусственными коронками, 3 месяцев - 23 пациентов, 6 месяцев - 29 пациентов

Результаты. Так, гигиена полости рта по индексу Шиллера Писсарева была при наличии оксидциркониевых каркасов с опорой на имплантаты $1,0 \pm 0,1$; при наличии литых и фрезерованных хромкобальтовых каркасов - $1,4 \pm 0,2$ и $1,2 \pm 0,1$ (в среднем $1,2 \pm 0,1$).

Индекс гингивита GI у коронок с опорой на зубы на оксидциркониевых каркасах составлял $0,4 \pm 0,1$, а у коронок на литых и фрезерованных хромкобальтовых каркасах соответственно $0,6 \pm 0,1$ и $0,8 \pm 0,1$ (в среднем $0,6 \pm 0,1$).

Из таблицы видно, что у здоровых людей флора десневой жидкости довольно скудная, в основном представлена несколькими группами микробов. При этом количество анаэробов у здоровых людей всегда превалирует над аэробами. Однако с появлением в полости рта патологических процессов микрофлора слюны существенно изменяется, как в количественном, так и в качественном отношении. Как видно из таблицы, у больных с сахарным диабетом 2-го типа, обратившихся за протезированием, в полости рта снижена анаэробная флора (в 3 раза снижена высеваемость лактобактерий), видимо, это связано с изменением кислотности в нейтральную сторону.

Присутствие рассмотрении итогов изучения сосредоточивают в себе интерес определенные отличия единая микроорганизменная обсемененность десневый воды ко плоскости ортопедических использованных материалов во взаимоотношении в отдельности приобретенных разновидностей микроорганизмов. Ортопедические использованные материалы металлокерамической природы обладали идентичный показатель адгезии *Candida albicans*. Несущественно выделялся этот коэффициент с целью ортопедического использованного материала двуокись циркония. Сведения итоги, в свой мнение, имеют все шансы являться объединены со наиболее трудными приспособлениями адгезии дрожжеподобных грибов согласно сопоставлению со микроорганизмами. Во в таком случае ведь период этот коэффициент никак не считался довольно значительным также был почти схож с целью абсолютно всех применяемых использованных материалов со ортопедической мишенью. Результаты исследования микрофлоры десневой жидкости показали, что в 1-й группе (ортопедические материалы металлокерамической природы) у больных с сахарным диабетом 2-го типа, общая обсеменённость выделенных микроорганизмов для аэробов составляло $8,9 \pm 0,28$ КОЕ/мл, достоверно выше по сравнению с контрольной группой и 2-й группе (коронки из диоксида циркония) $6,3 \pm 0,25$; $6,1 \pm 0,4$ КОЕ/мл.

Заключение. Подобным способом, в основе итогов проделанных микробиологических изучений возможно совершить завершение, то что адгезивности микрофлоры полости рта около пациентов со сладким диабетом присутствие протезировании система коронки с металлокерамической природы, что включает существенное количество пародонтопатогенных разновидностей, считается наиболее враждебной, нежели в сплаве циркония.

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ.

Х.М.Хожиев, Н.И.Махмудов, Нумонов Х.С.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение. Авторами проведен анализ результатов возможностей эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (Э.Р.П.Х.Г.), находившейся на лечении

ФФРНЦЭМП. с 2018 г по 2022 г пациентов с механической желтухой. С целью диагностики причин, вызвавших механическую желтуху, и их лечения применены ультразвуковым и диагностической Э.Р.П.Х.Г. вмешательство с комбинацией эндоскопической папиллосфинктеротомией, (Э.П.С.Т.). под рентгеновским контролем. Использование данной малоинвазивных эндовидеохирургических технологий позволили значительно улучшить результаты лечения у больных с механической желтухой.

Цель исследования.: Показать эффективность малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний панкреатогепатобиллиарной зоны, осложненных механической желтухой (МЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 34 пациентов с клиникой МЖ различного этиологического генеза. Средний возраст пациентов 59/7,1 лет. Причиной МЖ у 22 (43,5% пациента была холедохолитиаз, у 8 (19,7%) - папиллит, у 88 (10,4%) – опухоли головки или терминального отдела холедоха, у 59 (6,9%) – стриктуры терминального отдела холедоха. Транзиторные желтухи на фоне желчнокаменной болезни, острого холецистита и печеночной колики были у 20 (56,5%) пациента. Диагностика МЖ базировалась на данных анамнеза, клинических проявлений, лабораторных показателей, данных ультразвуковой сонографии органов брюшной полости (УЗИ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРПХГ) и компьютерной томографии (МСКТ).

Результаты и их обсуждение. Диагностический поиск в 100% случаев начинался с УЗИ органов брюшной полости. Следующим этапом было выполнение ЭРПХГ, по данным которой причина механической желтухи установлена в 98% случаев. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как лечебная манипуляция, выполнена в 460(54,3%) случаях у пациентов с холедохолитиазом, папиллитом, стриктурой терминального отдела холедоха. Механическая экстракция конкрементов (МЭК) проведена 181(21,4%) пациентам, причем для 59(6,9%) пациентов пожилого и старческого возраста- это явилось основным методом лечения, а для остальных ЭРПХГ с МЭК в предоперационном периоде позволило выполнить лапароскопическую холецистэктомию. Лечение начинали с проведения дезинтоксикационной терапии, которая включала экстракорпоральные методы. Оперативное лечение проведено 22 (83,7%) пациенту. Из них у 8 (61,2 %) пациентов лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) после ЭРПХГ в предоперационном периоде. В случаев безуспешности Э.Р.П.Х.Г. исследовании было произведено лапаротомный доступ т.е традиционная холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией выполнена у 11 пациентов (34,8%) с деструктивными изменениями стенки желчного пузыря, явлениями перитонита, крупными конкрементами холедоха. Операция заканчивалась дренированием холедоха или наложением билиодегистивных анастомозов. Из 4 (32,4%) пациентов с МЖ опухолевого генеза ЭПСТ, как лечебная манипуляция выполнена в 12 случаях. У 8 (14,0%) пациентов с опухолью терминального отдела холедоха или головки поджелудочной железы удалось при ЭРПХГ

выполнить эндостентирование холедоха. Однако при неэффективном случаях выполнено 1 случае – раздельное дренирование правого и левого протоком. В 9 (1,1%) наблюдениях на первом этапе для купирования МЖ выполнены паллиативные операции (билиодегистивные анастомозы).

В 8 случаях 2-м этапом выполнено стентирование гепатикохоледоха с проведением стента в двенадцатиперстную кишку. Осложнения после ЭРПХГ с ЭПСТ зафиксированы в 6 (3,6%) случаях: в 3 (0,5%) – кровотечение из папиллотомной раны, в 2 (0,2%) – перфорация ДПК (оперативное лечение). После холецистэктомии осложнения отмечены в 6 (0,7%) наблюдениях. Летальных исходов 1 (0,1%).

Выводы.

1. Эндоскопическая коррекция механической желтухи выполнена у 54,3% больных, в 21,4% случаев в сочетании с механической экстракцией конкрементов.
2. Оперировано 71,9% пациентов, при этом у 91,2% выполнена лапароскопическая холецистэктомия.
3. Эндоскопическое стентирование гепатикохоледоха привели к купированию механической желтухи опухолевого генеза в 88,9% случаев.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ХАТАМОВА М.А.

Самаркандский государственный медицинский Университет,

Введение. Несмотря на активное развитие стоматологии, вопрос качества эндодонтического лечения сохраняет свою актуальность, поскольку частота осложнений продолжает оставаться высокой.

Цель. Повышение качества эндодонтического лечения путем совершенствования технологий

Материалы и методы. Научно обоснован и внедрен в практику способ эндодонтического лечения с расширенным арсеналом методов и средств

Результаты. Характер формирования эндодонтического доступа тесно связан с результатом дальнейшего лечения. Новый способ лечения корневых каналов зубов, включает создание доступа к устьям корневых каналов при помощи ультразвукового пьезокерамического генератора VDW Ultra и последовательности применения насадок Cavi 1, Cavi 2, Cavi 3 с применением антисептического 3 % раствора гипохлорита натрия многократно в экспозиции 60 секунд. Сформированный доступ обеспечивает хорошую визуализацию устьев корневых каналов, является щадящим, так как позволяет сохранить перцепивикальный дентин и область фуркации.

Следующим, не менее важным этапом, является инструментальная обработка корневых каналов, особенность которой заключается в последовательном переходе от ручных к вращающимся реципрокным инструментам, что позволяет обеспечить безопасную работу, достаточную конусность и оптимальный размер апикальной трети.

Первичное прохождение корневых каналов осуществляется гибким C-pilot инструментом в последовательности 06,08,10 с лубрикантом на основе ЭДТА, им же проводится измерение рабочей длины корневых каналов при помощи аппарата Rayrex 6. При создании ковровой дорожки используется машинный инструмент R-pilot в реципрокной технике под контролем апекслокатора, встроенного в эндомотор VDW GOLD.

Далее производится расширение корневых каналов инструментами Reciproc 25-06; 40-05; 50-08, в зависимости от исходного диаметра апикальной трети корневого канала. После каждого прохождения инструментом корневого канала осуществляется его

ультразвуковая ирригация 3% раствором гипохлорита натрия; для удаления смазанного слоя используется 17% раствор ЭДТА.

После последнего формирующего инструмента и финишной антисептической обработки корневых каналов 3% раствором гипохлорита натрия используется диодный лазер Doctor Smile Wiser, который позволяет усилить антибактериальный эффект ирригантов. С этой целью в корневые каналы поочередно вводится световод на расстояние 1 мм до апекса. Активация лазерным светом осуществляется трехкратно по 5 секунд в каждом корневом канале, при этом головку световода необходимо вращать. Задаваемая мощность излучения при проведении сеанса 2,5 Вт.

Высушивание корневых каналов необходимо проводить стерильными бумажными пинами. Внесение в корневые каналы силера 2Seal на основе эпоксидной смолы проводится гуттаперчевым мастер-штифтом, во избежание попадания силлера в периапикальное пространство. Далее проводится аппаратная техника пломбирования корневых каналов методом вертикальной конденсации Beefill 2 in 1.

Выводы. Высокотехнологичный метод эндодонтического лечения с расширенным арсеналом средств может быть использован в качестве эффективного метода лечения осложненного кариеса.

ПРИМЕНЕНИЯ АСКОРБАТА ХИТОЗАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

ХАТАМОВА М.А.

Самаркандский государственный медицинский Университет

Цель: изучить клинически противовоспалительное действие гелевой формы 7%-ого аскорбата ХТЗ при воспалительных заболеваниях пародонта.

Материал и методы. В исследовании участвовали 26 пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта различной степени тяжести: 8 больных с хроническим катаральным гингивитом; 10 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени и 8 средней степени тяжести. Критерии включения пациентов в исследование: возраст от 18 до 50 лет, достоверный диагноз, информированное согласие пациента.

Результаты. Выявленные в настоящей работе закономерности позволяют предположить, что лечебный эффект аскорбата ХТЗ обусловлен пролонгированной санацией зубодесневых карманов благодаря антибактериальной активности ХТЗ.

Обсуждение. Комплексная терапия больных ВЗП с применением гелевой формы 8%-ого аскорбата хитозана сопровождалась прогрессивным улучшением клинических показателей состояния тканей пародонта. При осмотре через 10 дней у 87% больных хроническим гингивитом индекс гигиены и пародонтальный индекс приближались к нормальным значениям. У пациентов с хроническим пародонтитом легкой и средней степеней была аналогичная картина, что подтверждается индексом РМА, и всего лишь у 7% пациентов выявлялись признаки воспаления десневого края. Характерной особенностью являлось внеклеточное расположение микрофлоры (до 82%). В единичных клетках обнаружено внутриклеточное расположение микробов, но явления фагоцитоза носили незавершенный характер. Большинство эпителиальных клеток имели признаки дистрофии и деструкции (до 69%). Комплексная терапия с применением аскорбата хитозана привела к уменьшению количества ПМЯЛ ($41,0 \pm 0,24\%$), особенно резко снизилось их число с дегенеративно измененными ядрами и вакуолизированной цитоплазмой, при этом увеличилось число зрелых форм пителиоцитов ($50,17 \pm 0,15\%$). Увеличивалось и процентное отношение кокков к другим

видам микроорганизмов, уменьшилось количество палочек и извитых форм. В цитограммах больных, леченных традиционным образом, через 1 месяц оставалось высоким содержание полиморфно-ядерных нейтрофилов ($62,02 \pm 0,22\%$), многие из которых (65%) были в состоянии дегенерации. Выявлялись единичные макрофаги, эпителиоциты имели признаки дегенерации процессов ороговения. Многочисленная микрофлора располагалась в основном внеклеточно.

Заключение. Полученные данные показывают, что процессы регенерации у больных, которым в комплексное лечение был включен аскорбат хитозана, протекают более интенсивно и полно, чем аналогичные процессы в пародонте у больных, леченных традиционным способом. Наблюдаемый нами выраженный противовоспалительный эффект 7%-ого аскорбата ХТЗ клинически проявлялся в снижении отечности и кровоточивость десен, что позволяет в более короткие сроки устранить воспалительный процесс и добиться стабильной ремиссии у 69% пациентов и 41% пациентов, у которых проводилось традиционное лечение. Наблюдаемый нами выраженный противовоспалительный эффект 7%-ого аскорбата ХТЗ клинически проявлялся в снижении отечности и кровоточивость десен, что позволяет в более короткие сроки устранить воспалительный процесс и добиться стабильной ремиссии у 69% пациентов и 41% пациентов, у которых проводилось традиционное лечение.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА

Хаджибаев А.М.¹, Элмуродов К.С.², Рузиева З.М.³, Шукуров Б.И.¹, Элмуродов Ш.К.²

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП,

³Кашкадарьинский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы

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 клинико-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.

ВЫБОР СПОСОБОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Хаитбаев С.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной
Медицинской Помощи

Актуальность: в последние годы пристальное внимание хирургов приковано к вопросу улучшения результатов лечения больных преклонного возраста с ЖКБ и его осложнениями. Данная патология по-прежнему является наиболее распространенной в повседневной работе. Причем встречается она чаще именно среди пациентов пожилого и старческого возраста. Последние два десятилетия ознаменованы существенными переменами в лечении острого холецистита. Это стало возможным за счет внедрения новых технологий, оборудования, позволяющих пересмотреть сложившиеся представления о тактике ведения.

Широкое использование ультразвукового исследования дало возможность практически безошибочно устанавливать форму воспаления желчного пузыря даже при стертой клинической симптоматике заболевания уже на ранних этапах обращения больных за помощью и дифференцированно подойти к решению тактических вопросов.

Желчнокаменная болезнь относится к одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы и, по данным литературы, встречается у 10-15% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению числа больных каждое десятилетие примерно в два раза. По данным литературы, это заболевание в два-три раза чаще встречается у больных, страдающих сахарным диабетом, нежели у лиц без нарушений углеводного обмена. Факторами риска развития холелитиаза у больных сахарным диабетом являются возраст, высокий индекс массы тела и наследственный анамнез заболевания.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения при калькулезном холецистите и его осложнения, у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Материалы и методы: В Хорезмском филиале РНЦЭМП, в отделении экстренной хирургии прооперированы 81 больной в период с 2021 года до июня 2022 года, с диагнозом острый калькулезный холецистит с осложнением. Возраст составлял от 66-до 82 лет, средней возраст составил 66 лет. Из них женщин -51 (63%), мужчин-30 (37%).

Из госпитализированных пациентов 12 (14,8%) госпитализированы в клинику на вторые сутки от начала заболевания 28 (34,5%) обратились и госпитализированы на 4-5 сутки, 18 (22,2%) поступили на 5-7 сутки, остальные больные поступили на 7-8 сутки, из них 12 (14,8%) больных госпитализированы с клиникой желтухи, печеночной недостаточности и с начальными признаками энцефалопатии.

Всем госпитализированным проведены стандартные методы обследования УЗИ брюшной полости, внутри и внепеченочных желчных путей, МРТ + холангиография, ЭГДФС, осмотр состояния БДС и ЭРПХГ. При обследовании практически все больные имели то или иное сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы, а также сахарный диабет, что повышает риск анестезии при оперативном вмешательстве. У этих больных отмечены расширение холедоха до 12-14 мм.

Мы разделили больных на 3 группы. После проведения адекватного лечения сопутствующих заболеваний у первой группы (35 (43,2%)) больных со стороны желчевыводящих путей противопоказания к эндоскопическому вмешательству не отмечалось, этим больным выполнена холецистэктомия лапароскопическим путем.

У второй группы 17 (21%) больных учитывая наличие сопутствующих заболеваний с высоким анестезиологическим риском, произведено ХЭК открытым способом с последующим дренированием холедоха, под комбинированной анестезией. Также у 8 (10%) больным выполнена ХЭК от дна открытым способом с сочетанием под местной и нейролептаналгезией.

Пациентам третьей группы проведены операции (выполнены ХЭК) после соответствующей предоперационной подготовки в плановом порядке, интраоперационные находки указывали на расширение холедоха до 13-19 мм. Из них, в 11 (13,5%) случаях выявлены конкременты в общем желчном протоке, этим больным произведено удаление камней с дренированием ОЖП.

У 4 (4,9%) больных учитывая высокий анестезиологический и операционный риск, под местной и нейролептаналгезией, наложена холецистостомия с удалением камней из желчного пузыря. У 6 (7,4%) больных после соответствующей подготовки выполнена верхне-срединная лапаротомия под ЭТН + нейролептаналгезией, и во время операции в 2 случаях отмечено образование на головке поджелудочной железы, у них выполнено паллиативное вмешательство (холецистоэнтероанастомоз с Браунским соустьем и ХДА), с взятием биопсии, и У 1 пациента с диагнозом опухоль ворот печени

сделана ХЭК с дренированием холедоха по Вишневскому. В остальных случаях выполнена ХЭК, ревизия и дренирование холедоха по Пиковскому.

В послеоперационном периоде, больные получили соответствующую терапию. У одного пациента на раннем послеоперационном периоде отмечено желчеистечение, которое прекратилось на 14-16 сутки после операции. У 2 (3,7%) пациентов наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Выводы: Местная анестезия с НЛА и традиционный операционный доступ у больных с калькулезном холециститом и осложненным холедохолитиазом, является одним из оптимальных методов анестезии, которая позволяет проводить оперативное вмешательство и адекватную ревизию в области ПДЗ и желчевыводящих путей, максимально щадящим и существенно снижающим частоту послеоперационных осложнений.

НАШ ОПЫТ В ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

**Хорезмский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной
Медицинской Помощи
Ургенч, Узбекистан
Хаитбаев С.К., Абдукаримов Ж.Ш., Атаджанов И.Р.**

Цель исследования: Совершенствование тактики лечения эхинококкоза печени с использованием видеоэндоскопии.

Материалы и методы: за последние 5 лет в хирургическом отделении было прооперировано 381 больных с различными формами эхинококкоза печени. Из них 58 (15,2%) пациентам выполнена лапароскопическая операция с использованием лапароскопической стойки фирмы «Karl Stors».

Показанием для выполнения лапароскопической эхинококкэктомии были одиночные неосложненные размером до 10 см, поверхностно расположенные кисты в III-IV-V-VI сегментах печени. Эхинококкоз печени в первом периоде жизнедеятельности (живой паразит) оказался существенным в плане эффективной пункции и эвакуации содержимого гидатидной кисты.

Результаты и их обсуждение: Диагностика эхинококкоза печени осуществлялась на основании ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований.

Видеолапароскопическую эхинококкэктомию проводили с соблюдением принципов апаразитарности, проведен комплекс мероприятий с целью профилактики диссеминарования и имплантации зародышевых элементов материнской кисты. Антипаразитарную обработку гидатидных кист, а также остаточных полостей фиброзной капсулы осуществляли 0,4% электролизным водным раствором гипохлорита натрия.

Анализ клинических результатов показал, что в 3 случаях отмечено желчеистечение из остаточной полости печени, в одном случае – нагноение остаточной полости. Все осложнения были устранены консервативными мероприятиями. Наряду с этим отмечено ранняя активизация пациентов, что позволило сократить койко-дней в 2 раза. Все пациенты находились под наблюдением до 1,5 года, рецидива заболевания не отмечено.

Вывод: таким образом, широкое внедрение видеолапароскопии в лечении эхинококкоза печени является перспективным методом хирургического лечения эхинококкоза печени.

E mail: sardor.haitbaev.83@mail.ru

Тел моб: +998 90 558-12-50

НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭКСУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Хайитов А.А., Дустбобоев Д.С., Рустамова Э.И.
Самаркандский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ, 80% здоровых людей анамнез выявил, что они перенесли в детстве перенесли экссудативный средний отит. Экссудативный средний отит проявляется появлением в среднем ухе вязкой жидкости. В настоящее время в литературных обзорах нет единого мнения об причинах и механизмах развития ЭСО. Многие авторы пришли к мнению, что основой развития ЭСО являются вялотекущий воспалительного процесс вместе с нарушением функций евстахиевой трубы. Клинические симптомы заболевания- легкая и умеренная потеря слуха, ощущение полноты или давления в ухе, хлопающие или потрескивающие звуки в ушах, трудности со слухом и пониманием речи, особенно в шумной обстановке.

Цель исследования- повышение эффективности лечения экссудативного среднего отита.

Материалы исследования. В нашем исследовании принимали участие 27 пациентов с диагнозом ЭСО в возрасте от 5 до 60 лет, 15 пациентов мужского и 12 пациентов женского полов. Исследование проводилось в ЛОР-клинике “DDS” (г.Китаб, Кашкадарьинская область, Р.Узбекистан). Все пациенты обратились впервые, в первый месяц от начала заболевания. Основные жалобы пациентов были заложенность уха, снижение слуха, шум в ухе, ощущение переливания жидкости в ухе при повороте или наклоне головы. Из анамнеза все пациенты перенесли ОРВИ более 10 дней тому назад. В 17 случаях выявлен односторонний процесс. Данные тимпанометрии показали кривые “В” и “С” с отрицательным давлением. На фоне стандартной терапии с согласия пациентов 11 пациентам под местной анестезией суперкаинном всем пациентам проведено транстимпанальное введение смеси дексаметазона, декасана и адреналина в пропорции 0,5:0,5:0,01 мл. Инъекция проводилась 2 раза с интервалом 7 дней. Остальным пациентам провели шунтирование барабанной перепонки, после которой вышеуказанную смесь ввели через шунт.

Результаты исследования. Оценку клинической эффективности проводимого лечения оценивали на основании жалоб, данных отоскопии, тимпанограммы и аудиограммы. У пациентов которым проводили инъекции клинические проявления уменьшились на 7-14 дней раньше, чем у пациентов после шунтирования.

Вывод. Предложенные нами транстимпанальные инъекции показали высокую эффективность, что привело к сокращению сроков лечения и устранили необходимость в шунтировании наших пациентов с экссудативным средним отитом.

ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Хакимов Д.М., У.Н.Бобаев., Эшонходжаев О.Д.
Республиканский научной центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Внедрение в повседневную практику ультразвуковых методов диагностики, видеоэндоскопических технологий значительно увеличило количество оперативных вмешательств у больных с желчнокаменной болезнью. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1498 больных с калькулезным холециститом, что составило 41% от всех оперативных вмешательств. Осложнения отмечены у 44 (2,9%) пациентов, умерло 2 больных. Строго соблюдая правила наложения пневмоперитонеума и

троакарной пункции брюшной полости, нам удалось избежать повреждения полых органов и магистральных сосудов. Этому, способствовало интенсивное поднятие передней брюшной стенки (в виде усеченной пирамиды при помощи бельевых цапок, наложенных по обеим сторонам пупка, отступая от него 3 см) и хорошая релаксация больных в наркозе. Самым частым осложнением лапароскопической холецистэктомии являлось внутрибрюшное кровотечение - 30 случаев. Кровотечение отмечалось как в ходе операции, так и в послеоперационном периоде. Кровотечение из сосудов ложа желчного пузыря было у 16 больных, из пузырной артерии - у 6, из троакарных проколов брюшной стенки - у 3. В 15 случаях кровотечение из ложа пузыря удалось остановить в ходе операции диатермокоагуляцией с использованием би- и монополярного электродов. В 1 случае кровотечение удалось остановить путем тампонады ложа гемостатической губкой и марлевым тампоном, заведенными через разрез в подложечной области. Причинами кровотечения из пузырной артерии явились: повреждение артерии при ее выделении - 5, добавочная пузырная артерия - 1. Массивное кровотечение из пузырной артерии, потребовавшее экстренной лапаротомии, отмечено в 3 случаях. Кровотечение (3 случая), которые трудны для диагностики, так как при контрольном осмотре мест стояния троакаров на завершающем этапе операции признаков кровотечения не отмечалось. Релапароскопию для остановки кровотечения из прокола передней брюшной стенки использовали в одном случае. В двух случаях наблюдалось повреждение общего желчного протока. В целях недопущения повреждения внепеченочных желчных протоков мы придерживаемся следующей тактики: 1. При наличии "деревянистой" плотности инфильтрата в области шейки желчного пузыря от выполнения лапароскопической холецистэктомии следует отказаться. 2. При наличии рыхлого воспалительного инфильтрата операцию необходимо начинать с мобилизации шейки желчного пузыря с последующей четкой визуализацией пузырного протока ("хобот слона"). 3. Клипировать любые дополнительные образования в зоне шейки желчного пузыря без их верификации категорически запрещено. 4. Хирург должен отказаться от многочасовой лапароскопической холецистэктомии "любой ценой" и помнить о том, что типичная холецистэктомия "от дна" почти в 100% случаев позволяет избежать повреждения внепеченочных желчных протоков. Как и при открытых холецистэктомиях, одним из осложнений в послеоперационном периоде является желчеистечение в свободную брюшную полость. Нами отмечено 3 таких наблюдения. В двух случаях причиной желчеистечения явилось прорезывание пузырного протока клипсами из-за их несоответствия клипатору, в одном - соскальзывание клипсы с пузырного протока. После выполнения лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита у двух больных развилась клиника очагового деструктивного панкреатита, который удалось купировать консервативными методами. У 5 больных в послеоперационном периоде отмечена длительная амилазурия без клинических и инструментальных признаков панкреатита, что не потребовало специфического лечения. После лапароскопических холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни отмечено два летальных исхода. В одном случае причиной смерти была тромбоэмболия легочной артерии, в другом - острая стрессовая язва луковицы двенадцатиперстной кишки осложненная перфорацией с массивным внутрикишечным и внутрибрюшным кровотечением. Таким образом, анализ результатов лечения больных с хроническим калькулезным холециститом еще раз свидетельствует, что лапароскопическая холецистэктомия, несмотря на встречающиеся осложнения, является "золотым стандартом" при данном заболевании.

ГНОЙНЫЙ ОМЕНТИТ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД 2010 - 2022 гг.

Хахимов Д.М., У.Н.Бобаев., Хожибоев О.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

Актуальность. Эволюционно в брюшной полости были созданы свои местные защитные механизмы, одним из которых является большой сальник. Этот "жандарм брюшной полости" по высказыванию Н.И. Пирогова осуществляет поддержание в ней гомеостаза. В детском возрасте в структуре ургентной хирургической воспалительной абдоминальной патологии самым частым является острый аппендицит. Сложность его диагностики у детей, несмотря на технический прогресс, остаётся актуальной. Однако в ряде ситуаций воспаление с отростка переходит на окутывающий его большой сальник и может привести к декомпенсации его свойств, вторичному вовлечению его в процесс распространения инфекции. Снижение его функциональной активности будет активизировать инфекционные процессы в брюшной полости от вяло протекающего воспалительно-дистрофического до выраженного гнойного разлитого перитонита. Стремление хирурга минимизировать операционную травму нередко сводится к уменьшению длины лапаротомного доступа и длительности операции, что может привести к недооценке воспаления соседних с аппендиксом органов. Оставленный на операции "изменённый" большой сальник создаст новые "проблемы" в брюшной полости и в организме в целом. Несмотря на активное внедрение в XX веке инновационных технологий в абдоминальной хирургии, проблема ранней диагностики и лечения хирургической инфекции брюшной полости до сих пор ещё далека от решения.

Цель. Показать актуальность данной патологии, сложность диагностического скрининга и выбора адекватной хирургической тактики при гнойном оментите у детей; показать результаты применения видеолапароскопической техники в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии.

Материал и методы. Были проанализированы результаты 4634 историй болезни детей после выполненных аппендэктомий и столько же случаев лечения внутрибрюшных инфильтратов и абсцессов по материалам детского хирургического отделения за период с 01.01.2009 г. по 31.12.2022 г. Резекция участка большой сальник у детей при аппендэктомии была выполнена у 763 (16,5%) пациентов, из которых 36,4% составили девочки. В удаленных отростках этой группы пациентов при гистологический наблюдались выраженные деструктивные изменения, в 40,4% исследований осложненные перфорацией. К числу этих операций были отнесены также 10 симультантных вторичных аппендэктомий на фоне перекрута большой сальник, перфорация подвздошной кишки рыбьей костью, дивертикулитов. Лечение внутрибрюшных аппендикулярных инфильтратов в 7 случаях было проведено консервативно с последующей плановой аппендэктомией по поводу хронического аппендицита, хронического оментита. Статистическая разница динамики ежегодных резекций воспалённого большой сальник при аппендэктомиях была минимальной, с незначительной тенденцией к снижению с 66 до 52 случаев, на фоне снижения числа аппендэктомий. Возраст пациентов колебался от 1 до 15 лет. Умеренный рост числа операций с резекцией большой сальник отмечался с 5-летнего возраста, достигая максимума в возрасте 8 - 14 лет. Большинство пациентов составили горожане. Удельный вес оперируемых в плановом порядке детей с хроническим аппендицитом и патологией большой сальник составил 2,6%. Более половины детей по экстренным показаниям были доставлены бригадами скорой помощи, остальные поступили из поликлиник, стационаров или обратились самостоятельно. Сроки

от начала заболевания до операции у значительного количества пациентов составили более 24 часов. При выполнении аппендэктомий с резекцией участка большого сальника использовались доступы: Волковича-Дьяконова - в 85,6% случаев (из которых в 29 случаях предшествовал ВЛ скрининг). Лапароскопический аппендэктомия с последующей резекцией участка большой сальник была выполнена 35 больным. УЗ-диагностика в до- и послеоперационный период была выполнена у трети больных с высоким (до 92%) уровнем диагностики, что помогло в выборе хирургической тактики. Посевы выпота брюшной полости были взяты у более 40% оперированных детей: в 25% - роста микрофлоры не было получено, в остальных отмечалось наличие условнопатогенной кишечной флоры (E.coli в 56%, реже - Str.epidermidis, энтеробактеры и т.д.). В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотикотерапию, физиолечение (магнитотерапия, электрофорез с антибиотиками или KI, ЛФК). Продолжительность койко-дней чаще варьировала от 10 до 16 дней, реже дольше. У 2% больных в послеоперационном периоде развились местные воспалительные процессы со стороны раны и брюшной полости, наблюдались несколько случаев ранней спаечной кишечной непроходимости. Применение видеолапароскопической техники первично позволило уменьшить травматизм и число осложнений до единичных местных воспалительных раневых реакций. В большинстве случаев осложнения были купированы консервативно.

Выводы. Активная информированность населения о своевременности врачебного осмотра при болях в животе может способствовать снижению числа осложненных форм острого аппендицита, а соответственно, и развитию связанных с ними последствий. Применение в качестве скрининга УЗИ брюшной полости позволило улучшить дооперационную диагностику и послеоперационное ведение больных. Интраоперационное выявление деструктивных изменений со стороны большого сальника является показанием к обязательной его парциальной резекции. Наилучшая визуализация этих изменений осуществляется с помощью или достаточного лапаротомного доступа или 123 применения видеолапароскопической техники. Выполнение видеолапароскопических или видеоассистированных операций позволило снизить уровень развития послеоперационных осложнений, повысить качество жизни и адаптацию пациентов.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Хамроев И.С., Ганжиев Ф.Х., Хамроев Х.Н.

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП

Почки являются одним из органов, регулирующих постоянство внутренней среды организма. Они играют активную роль в биотрансформации большинства токсических веществ, активно участвуют в их метаболизме и выведении из организма. В большинстве случаев выведение токсических веществ и продуктов их распада осуществляется почками посредством фильтрации, секреции и экскреции с участием сложных трансферных систем. Этим объясняется выведение почками ядов, не растворимых в воде токсических веществ и накопление в структурах почки концентраций, превышающих таковые в плазме крови.

Цель исследования Изучить влияние этилового спирта на морфометрические параметры почек крыс, сравнительный анализ гистиоархитектоники ткани почек при помощи иммуногистохимическими методами (VcL-1 и Ki 67) и обосновать возможность протективного действия поларена.

Материалы и методы исследования Объектом исследования использовано в экспериментальном исследовании были использованы белые лабораторные крысы

(обоёго пола), в количестве 264 особей в различные сроки постнатального онтогенеза (в новорождённых, 1, 3, 6 и 12-месячном возрасте) на основании подразделения возрастных периодов. Для достижения цели и решения поставленных задач нами было проведено исследование на 228 половозрелых беспородных белых крысах

Ядерно-цитоплазматическое соотношение (ЯЦС) — это важный морфологический показатель определяющий уровень метаболизма и компенсаторные механизмы клетки. ЯЦС — это отношение ядра к цитоплазме.

Результаты исследований У новорожденных крысят ЯЦС в эпителиальных клетках проксимальных канальцев почек у новорожденных в постнатальном онтогенезе составил в среднем $2,4 \pm 0,13$, в 1 месяц (половозрелой инфантильный период появление вторичных половых признаков) составляет в среднем $1,81 \pm 0,14$, 3 месяцев (половозрелой ювенильный (способен к размножению) равно в среднем $1,73 \pm 0,12$ в 6 месяцев репродуктивный молодой животный (активное размножение) $1,67 \pm 0,10$, в 12 месяцев репродуктивный зрелый (период угасания размножения) составляет в среднем $2,0 \pm 0,12$.

В эпителиальных клетках петли Генли почек ЯЦС у новорожденных составляет в среднем $2,42 \pm 0,10$ в среднем, в 1 месяц $2,02 \pm 0,07$, 3 месяцев $2,0 \pm 0,09$ в 6 месяцев $1,8 \pm 0,06$, в 9 месяцев $1,6 \pm 0,07$ и в 12 месяцев $1,8 \pm 0,07$.

В экспериментальной группы крыс в 3-х месяцев постнатального развития в проксимальных канальцах почек ЯЦС составляет в среднем $1,5 \pm 0,07$, в 6 месяцев $1,61 \pm 0,01$ и в 12 месяцев $1,74 \pm 0,09$.

Таким образом у крыс, подвергшихся хронической этаноловой интоксикации во всех возрастных группах микро анатомические параметры нефрона почек, увеличивается. Основные изменения морфометрических показателей наблюдается в 12 месяцев постнатального развития крыс, наибольшие увеличение диаметра клубочка, толщины капсулы Шумлянско-Боумана и собирательных канальцев почек 19,8%, 29,1% и 25,9% соответственно. Токсическое действие этилового спирта приводит к увеличению размеров клубочков, и дилатации просвета проксимального и дистального канальца, что ведет к дисфункции клубочкового и канальцевого аппарата нефрона. Применение биологической активной добавки к пище поларена способствует коррекции процессов развития крыс в постнатальном онтогенезе и роста и развития параметров почки, но в ограниченном масштабе

ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

**Хамроев И.С., Ганжиев Ф.Х., Кенжаев Л.Р., Хамроев Х.Н.
Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП**

Почки являются одним из органов, регулирующих постоянство внутренней среды организма. Они играют активную роль в биотрансформации большинства токсических веществ, активно участвуют в их метаболизме и выведении из организма. В большинстве случаев выведение токсических веществ и продуктов их распада осуществляется почками посредством фильтрации, секреции и экскреции с участием сложных трансферных систем. Этим объясняется выведение почками ядов, не растворимых в воде токсических веществ и накопление в структурах почки концентраций, превышающих таковые в плазме крови.

Цель исследования Изучить влияние этилового спирта на морфометрические параметры почек крыс, сравнительный анализ гистиоархитектоники ткани почек при помощи иммуногистохимическими методами (VcL-1 и Ki 67) и обосновать

возможность протективного действия поларена.

Материалы и методы исследования Объектом исследования использовано в экспериментальном исследовании были использованы белые лабораторные крысы (обоюго пола), в количестве 264 особей в различные сроки постнатального онтогенеза (в новорожденных, 1, 3, 6 и 12-месячном возрасте) на основании подразделения возрастных периодов. Для достижения цели и решения поставленных задач нами было проведено исследование на 228 половозрелых беспородных белых крысах

Ядерно-цитоплазматическое соотношение (ЯЦС) — это важный морфологический показатель определяющий уровень метаболизма и компенсаторные механизмы клетки. ЯЦС — это отношение ядра к цитоплазме.

Результаты исследований У новорожденных крысят ЯЦС в эпителиальных клетках проксимальных канальцев почек у новорожденных в постнатальном онтогенезе составил в среднем $2,4 \pm 0,13$, в 1 месяц (половозрелой инфантильный период появление вторичных половых признаков) составляет в среднем $1,81 \pm 0,14$, 3 месяцев (половозрелой ювенильный (способен к размножению) равно в среднем $1,73 \pm 0,12$ в 6 месяцев репродуктивный молодой животный (активное размножение) $1,67 \pm 0,10$, в 12 месяцев репродуктивный зрелый (период угасания размножения) составляет в среднем $2,0 \pm 0,12$.

В эпителиальных клетках петли Генли почек ЯЦС у новорожденных составляет в среднем $2,42 \pm 0,10$ в среднем, в 1 месяц $2,02 \pm 0,07$, 3 месяцев $2,0 \pm 0,09$ в 6 месяцев $1,8 \pm 0,06$, в 9 месяцев $1,6 \pm 0,07$ и в 12 месяцев $1,8 \pm 0,07$.

В экспериментальной группы крыс в 3-х месяцев постнатального развития в проксимальных канальцах почек ЯЦС составляет в среднем $1,5 \pm 0,07$, в 6 месяцев $1,61 \pm 0,01$ и в 12 месяцев $1,74 \pm 0,09$.

Таким образом у крыс, подвергшихся хронической этаноловой интоксикации во всех возрастных группах микро анатомические параметры нефрона почек, увеличивается. Основные изменения морфометрических показателей наблюдается в 12 месяцев постнатального развития крыс, наибольшие увеличение диаметра клубочка, толщины капсулы Шумлянско-Боумана и собирательных канальцев почек 19,8%, 29,1% и 25,9% соответственно. Токсическое действие этилового спирта приводит к увеличению размеров клубочков, и дилатации просвета проксимального и дистального канальца, что ведет к дисфункции клубочкового и канальцевого аппарата нефрона. Применение биологической активной добавки к пище поларена способствует коррекции процессов развития крыс в постнатальном онтогенезе и роста и развития параметров почки, но в ограниченном масштабе

ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛКОГОЛЬНОМ ЦИРРОЗЕ

Хамроев Х.Н., Ганжиев Ф.Х.

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП

Лечение хронических гепатитов (ХГ) и циррозов печени (ЦП) остается трудной проблемой, далекой от разрешения. Установлено, что острый гепатит, ХГ, ЦП, гепатоцеллюлярная карцинома – звенья одного патологического процесса. Частота и темп прогрессирования зависят от хронического потенциала этиологического фактора и состояния макро-организма. Следует отметить не только медицинскую, но и социальную значимость этой патологии. Помимо высокой заболеваемости и смертности, хронические заболевания печени приводят к существенным

экономическим потерям, связанным с лечением, реабилитацией и поддерживающей терапией данной категории пациентов .

Сложность строения печени и многообразие ее функций обуславливают необходимость применения разнообразных диагностических приемов и методологических подходов к оценке ее деятельности в норме, при патологии и лечении. До сих пор остаются спорными вопросы о степени повреждения и значении нарушений энергетического обмена. Остаются нерешенными вопросы прогрессирования фиброза как прогностического маркера фатальных осложнений и методы коррекции подобных нарушений . Все это указывает на важность комплексного изучения развития цирроза печени в динамике.

Цель – изучение динамики структурно-функциональных нарушений в печени крыс при экспериментальном алкогольном циррозе.

Материал и методы. Модель токсического цирроза печени у белых крыс создавали путем длительного внутрижелудочного введения 40% этанолом в течение 5 недель . Для изучения динамики структурно-функциональных изменений в печени опытных животных их выводили из эксперимента в разные сроки: через 3, 6, 9, 12, 16, 19 недель от начала опыта. Для морфометрической оценки содержания липидов, сукцинатдегидрогеназы, цитохромоксидазы и соединительной ткани использовали метод полуколичественного компьютерного анализа результатов. Осуществляли измерение средней площади гепатоцитов и ядер (в $\mu\text{м}^2$) с последующим вычислением ядерно-цитоплазматического отношения.

Результаты. В результате цитоморфометрического исследования установлена сложная динамика изменения ядерно-цитоплазматического отношения, значительное увеличение средней площади гепатоцитов и их ядер и плавный процесс склеротизации печени. Следует отметить, что данное исследование позволило выявить статистически достоверные половые различия в выраженности жировой дистрофии через 6, 9, 12, 16 и 19 недель эксперимента. Жировой гепатоз был более выражен у самок. В то же время, половые различия активности ферментов отсутствовали. При гистохимическом изучении сукцинатдегидрогеназы отмечалось мозаичное снижение активности фермента, чего не наблюдалось у цитохромоксидазы. Снижение уровня гистохимической реакции ферментов свидетельствует о нарушении процессов энергообеспечения гепатоцитов при развитии цирротического процесса.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование построено по принципу комплексного анализа гистологических и гистохимических показателей, отражающих токсическое поражение печени белых крыс. Полученные данные раскрывают некоторые стороны структурно-функциональных изменений при развитии токсического цирроза печени у животных и могут быть использованы при поиске путей их коррекции.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Хамроев Х.Н, Комилов Ж.Д

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП

Несмотря на достижения и развитие хирургии, проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) и в частности холедохолитиаза остается актуальной. В целом, у 5-15% пациентов с желчнокаменной болезнью присутствуют конкременты во внепеченочных желчных протоках.

Заболеваемость холедохолитиазом увеличивается с возрастом. Около 20-25% пациентов старше 60 лет с клиникой желчнокаменной болезни конкременты

встречаются как в общем желчном протоке, так и в желчном пузыре. В связи с этим, холедохолитиаз и его лечение представляет собой важную клиническую проблему. Основной целью в лечении холедохолитиаза является полное удаление конкрементов из просвета общего желчного протока и холецистэктомия.

Диагностика и лечение холедохолитиаза коренным образом изменились за последние 30 лет. С начала восьмидесятых годов, резкое распространение эндоскопических методов, а именно внедрение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), изменила подходы в лечении пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, таким образом, потенциальных пациентов с холедохолитиазом. В течение 1990-х годов, распространение лапароскопии изменило принципы хирургического лечения холелитиаза более радикально, путем внедрения лапароскопической холецистэктомии, интраоперационной холангиографии, возможности лапароскопического исследования холедоха. Одновременно были предложены и другие методы лечения холедохолитиаза, в том числе литотрипсия.

Отсутствие общепризнанной тактики и многообразие подходов в лечении холедохолитиаза играет основную роль в развитии многочисленных осложнений и летальных исходах, что подчеркивает актуальность данной проблемы, заставляя искать новые пути оптимизации лечебно-диагностического алгоритма больных холедохолитиазом и рационализации выбора хирургических технологий.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе Бухарский филиал РНЦЭМП за период с 2010 по 2015 годы. Работа основана на ретроспективном и проспективном анализе историй болезни 598 пациентов с подозрением на холедохолитиаз. Критериями отбора явились предикторы, разработанные ранее для обоснования селективного применения интраопе-рационной холангиографии [Вагсун и соавторы, 1994]. Учитывая цели и задачи настоящего исследования, все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от включенного в общепринятый алгоритм диагностики холедохолитиаза (клинические и биохимические анализы крови, УЗИ, ЭГДС) дополнительного метода исследования. Сформированные группы подвергались многофакторным исследованиям. Учитывались методы дополнительной диагностики, типы оперативных вмешательств, возраст и пол. В группе I, выполнены, помимо стандартных методов диагностики, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (308 пациентов). Группа II представлена пациентами, дополнительно обследованных эндоскопической ультрасонографией (131 пациентом). В группе III, пациенты обследованы комплексным методом, включающим магнитно-резонансную холангиопанкреатографию и ультрасонографию (110 пациентов). Группа IV – контрольная группа, представлена пациентами обследованных стандартными методами исследования (49 пациентов).

Результаты. Группы однородны по возрастным и половым признакам. Средний возраст больных I группы составил - $61,9 \pm 1$ год; II группы – 59 ± 1 ; III группы - 62 ± 1 ; IV группы - 60 ± 1 . В группах преобладали больные женского пола – 3:1. Достоверность различий $P < 0,005$. Общая точность МРХПГ в диагностике холедохолитиаза составляет 90%, специфичность 91,3% и чувствительность 88,5%. Для УЗИ эти показатели составили соответственно 93,1%, 90,7% и 94,5%. Диагностическая точность комплексного обследования 98,9%. Диагностическим критерием информативности МРХПГ и ЭУС в выявлении холедохолитиаза выбрана ЭРХПГ.

Вывод: 1. Комплексное использование МРХПГ и УЗИ в диагностике холедохолитиаза позволяет получить наиболее полную информацию о состоянии внутри- и внепеченочных желчных протоках.
2. Оптимизация диагностической программы позволяет улучшить результаты

хирургического лечения холедохолитиаза за счет обоснованного применения оперативного вмешательства. Уменьшение количества «ненужных» операций приводит к снижению частоты осложнений.

3. Выбор рациональной хирургической тактики напрямую зависит от результатов диагностики. В случае выявления холедохолитиаза предпочтительным является ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией.

ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ.

Хасанов Д.Ш., Хакимов Т.А., Урманбаева Д.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Несмотря на развитие хирургии мочевого пузыря и современные медицинские технологии, операция радикальная цистэктомия сопровождается высокой частотой осложнений в течение первых 90 дней до 70 % и летальностью до 9,0 %.

Цель исследования. Определение частоты ранних послеоперационных хирургических осложнений и летальности после радикальной цистэктомии, **Материалы и методы.** Проведен анализ частоты ранних послеоперационных осложнений у 42 пациентов, которым в период с 2017 по 2022 г. в Андижанском филиале РСНПМЦОР выполнена операция радикальная цистэктомия. Распределение больных по полу 34 (81,2 %) мужчины и 8 (18,7 %) женщины. Средний возраст пациентов составил 50,5 года. Средняя медиана наблюдения – 36,4 мес. У всех пациентов операция выполнена открытым доступом. Из методов деривации мочи преобладала операция Брикера 30 (71 %) случаев, УКС – 12 (29 %).

Результаты исследования. Осложнения в раннем послеоперационном периоде выявлены у 22 (53,1 %) пациентов. Осложнения Clavien I–II составили 31,2 %, а Clavien III–IV–21,8%. Хирургические осложнения: несостоятельность межкишечного анастомоза–1,1 %, несостоятельность уретероилеоанастомоза – 2,25 %, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 2,1 %, лимфоцеле – 7,8 %, гастростаз (парез кишечника) –38,2 %, пиелонефрит – 14,5 %. Частота осложнений коррелировала с возрастом пациентов и стадией рака мочевого пузыря. Послеоперационная летальность составила: одна месячная – 2,5 %, трёх месячная – 4,1 %. Причинами летальности явились тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), острый инфаркт миокарда, мезентеральный тромбоз и острые нарушения мозгового кровообращения.

Вывод. Радикальная цистэктомия остается по прежнему операцией высокой категории сложности и сопряжена с большой частотой осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А.², Муминов А.Ш.², Жабборов Ж.Ю.², Юсупов С.Ю.³

¹Республиканский специализированный научно практический медицинский центр Травматологии и ортопедии, ²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ³Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Актуальность. Восстановление физиологического объема движений в локтевом суставе (ЛС) и профилактика контрактур является важным вопросом в реабилитации пациентов с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК). На

сегодняшний день для восстановления утраченной вследствие травмы функции ЛС широко используются хирургические способы лечения. Однако взгляды на выбор способа фиксации переломов ДМПК различны. Так, при открытой репозиции создаются благоприятные условия для анатомической реконструкции суставной поверхности, окружающих структур, мягкотканых образований и ревизии сосудисто-нервного пучка. В то же время, причиной поздней мобилизации ЛС является нестабильность фиксации фрагментов перелома вследствие тяжести травмы, погрешностей технического характера или нестабильного остеосинтеза. При внеочаговом остеосинтезе мягкотканые структуры повреждаются минимально, имеется возможность манипулирования фрагментами перелома в процессе лечения и возможна мобилизация ЛС в аппарате внешней фиксации (АВФ). Однако возникают сложности восстановления конгруэнтности суставной поверхности с помощью спиц и стержней оскольчатых внутрисуставных переломов. Таким образом, с нашей точки зрения, возникает необходимость в исследовании преимуществ и недостатков различных способов фиксации фрагментов перелома.

Цель – улучшить результаты лечения больных с надмыщелковыми переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) путем обоснования оптимального способа оперативного лечения и методики восстановления функции.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 44 больных с надмыщелковыми переломами ДМПК средним возрастом 48,4 года (от 19 до 70 лет), мужчин – 16 (36,4%), женщин – 28 (63,6%). Способами лечения были: остеосинтез спицами – 8 (2%), остеосинтез винтами и спицами – 4 (1,0 %), остеосинтез пластинами – 18 (41,0%) и ЧКДО – 14 (32,0%). Средняя длительность диспансерного наблюдения составила 24,7 мес. (от 6 мес. до 2,5 лет с момента травмы) в течение которого проводилась комплексная оценка проводимого лечения по модифицированной шкале с учетом 17 параметров клинического, рентгенологического и электрофизиологического профиля. В соответствии с предложенными периодами реабилитации проводилось индивидуальное физио-функциональное лечение и ЛФК.

Результаты и их обсуждение. В конце срока диспансерного наблюдения средняя амплитуда активных сгибательно-разгибательных движений в локтевом суставе (ЛС) составила 1100 (от 900 до 1400), просупинационных – 1700 (от 1600 до 1800). Средний балл по шкале Мейо – 90 (от 80 до 100 баллов) и средний балл по модифицированной шкале – 72 (от 64 до 80 баллов).

Выводы. Применение ЧКДО приводит к ограничению сгибательно-разгибательных и невозможности просупинационных движений в ЛС на этапе лечения аппаратом внешней фиксации. Предложенная программа реабилитации способствовала восстановлению физиологической амплитуды движений в ЛС, мышечного тонуса и профилактике возникновения контрактур за счет ранней пассивной мобилизации ЛС и дозированного увеличения нагрузок на этапах физической реабилитации при помощи специальных упражнений. Методом выбора при надмыщелковых переломах ДМПК является накостный остеосинтез вследствие возможности анатомической репозиции, стабильной фиксации и ранней мобилизации ЛС в послеоперационном периоде.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А.², Муминов А.Ш.², Жабборов Ж.Ю.², Юсупов С.Ю.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Травматологии и ортопедии, ²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ³Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Актуальность: Осложнения и неудовлетворительные результаты лечения при переломах дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) развиваются у 18–85% больных, а у 29,9% пострадавших имеются признаки стойкой инвалидности, что создает данным переломам репутацию повреждений с плохим прогнозом для восстановления функции локтевого сустава (ЛС). Важную роль в утрате трудоспособности играют недостатки и недооценка роли функционального восстановительного лечения. Возникновение функциональных нарушений нередко обусловлено поздним, несистематическим применением средств функционального лечения и неправильной методикой лечебного использования физических упражнений.

Цель работы — улучшить результаты лечения больных с околоуставных и внутрисуставных переломами дистального метаэпифиза плечевой кости путем усовершенствования программы физической реабилитации.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 94 больных с переломами ДМПК. Средний возраст больных составил 50,2 года (от 19 до 70 лет), мужчин было 38(40,4%), женщин — 56 (59,6%). Консервативное лечение применено у 8 (8,5%) пациентов, а хирургическое у 86 (91,5%). Переломы ДМПК в 86(91,5%) случаях носили бытовой характер, в 2 (2,1%) — производственный, и в 6 (6,4%) — дорожно-транспортное происшествие. В 51(54,2%) случае была повреждена левая верхняя конечность и в 43(45,8%) — правая. Предметом исследований явились материалы наблюдений больных с переломами 13-А2, 13-А3, 13-В1, 13-В2, 13-В3, 13-С1, 13-С2 и 13-С3 типов по классификации АО/ASIF. Больных с переломами 13-А было 7 (7,4%), с переломами 13-В — 18(19,2%), с переломами 13-С — 69 (73,4%) по классификации АО/ASIF. С целью оптимизации восстановительного лечения выделено 4 периода реабилитации: первый — предоперационный (до 3 сут после травмы) или иммобилизационный (до 4 недель с момента травмы); второй — период ранней мобилизации ЛС; третий — период поздней мобилизации ЛС; четвертый — период амбулаторного восстановительного лечения. В каждом периоде реабилитации на основании общеизвестных методик разработан модифицированный комплекс ЛФК, состоящий из самостоятельных упражнений (пассивных и активных), выполняемых пациентом, и упражнений, выполняемых с инструктором ЛФК. Типичное тренировочное занятие предусматривало выполнение в течение 10–45 мин упражнений для увеличения амплитуды движений в ЛС, упражнений на растягивание мышечно-связочного аппарата верхней конечности и упражнений для укрепления мышц верхней конечности, которые повторялись пациентом самостоятельно 4–8 раз в день, а занятия с инструктором ЛФК проводились 2–3 раза в день. Для закрепления эффекта, достигнутого применением физических упражнений, и завершающим этапом занятий была т.н. «корректирующая укладка конечности»: конечности придавали определенное фиксированное положение растягивающим воздействием умеренной интенсивности, сопровождающееся натяжением капсульно-связочного аппарата в течение 10–15 мин. В перерывах между занятиями ЛС фиксировали ортезом или косыночной повязкой.

Первые занятия продолжались 10–20 мин с ежедневным увеличением к концу курса до 20–30 мин. К концу периода реабилитации пациент возобновлял трудовую деятельность.

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность диспансерного наблюдения составила 11 месяцев (от 7 месяца до 2 лет с момента травмы). В конце срока диспансерного наблюдения средняя амплитуда активных сгибательно-разгибательных движений в ЛС составила 1300 (от 700 до 1500), пронации/супинации — 850 (от 800 до 900). При оценке результатов лечения по модифицированной шкале. Средний балл составил 75 (от 65 до 80 баллов), а по шкале клиники Мейо — 85 (от 75 до 100 баллов). Осложнения отмечены у 4(4,3%) пациентов с переломами типа 13-C3.3 и были связаны с развитием сгибательно-разгибательных контрактур (амплитуда движений в ЛС в конце срока диспансерного наблюдения составила менее 1000 (от 700 до 1000))

Выводы: Физическая реабилитация больных с переломами ДМПК, основанная на особенностях перелома и способе лечения пострадавших, позволяет обоснованно реализовывать и применять достижения современной медицины, способствует снижению количества неблагоприятных результатов лечения и показателей первичной инвалидности данного контингента пациентов. Этапное и дозированное увеличение нагрузки в процессе физической реабилитации больных с переломами ДМПК позволяет восстановить физиологическую амплитуду движений в ЛС и предотвратить формирование контрактур и вегетодистрофических осложнений. Усовершенствованная программа физической реабилитации больных с переломами ДМПК и рациональная тактика восстановительного лечения позволили оптимизировать эффективность лечения и достигнуть отличных и хороших функциональных результатов у 90(95,7%) больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАДМЫШЕЦЕКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А.², Муминов А.Ш.², Жабборов Ж.Ю.², Юсупов С.Ю.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Травматологии и ортопедии, ²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ³Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Актуальность. Восстановление физиологического объема движений в локтевом суставе (ЛС) и профилактика контрактур является важным вопросом в реабилитации пациентов с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК). На сегодняшний день для восстановления утраченной вследствие травмы функции ЛС широко используются хирургические способы лечения. Однако взгляды на выбор способа фиксации переломов ДМПК различны. Так, при открытой репозиции создаются благоприятные условия для анатомической реконструкции суставной поверхности, окружающих структур, мягкотканых образований и ревизии сосудисто-нервного пучка. В то же время, причиной поздней мобилизации ЛС является нестабильность фиксации фрагментов перелома вследствие тяжести травмы, погрешностей технического характера или нестабильного остеосинтеза. При внеочаговом остеосинтезе мягкотканые структуры повреждаются минимально, имеется возможность манипулирования фрагментами перелома в процессе лечения и возможна мобилизация ЛС в аппарате внешней фиксации (АВФ). Однако возникают сложности восстановления конгруэнтности суставной поверхности с помощью спиц и стержней оскольчатых внутрисуставных переломов. Таким образом, с нашей точки зрения, возникает необходимость в исследовании преимуществ и недостатков различных способов фиксации фрагментов перелома.

Цель – улучшить результаты лечения больных с надмыщелковыми переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) путем обоснования оптимального способа оперативного лечения и методики восстановления функции.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 44 больных с надмыщелковыми переломами ДМПК средним возрастом 48,4 года (от 19 до 70 лет), мужчин – 16 (36,4%), женщин – 28 (63,6%). Способами лечения были: остеосинтез спицами – 8 (2%), остеосинтез винтами и спицами – 4 (1,0%), остеосинтез пластинами – 18 (41,0%) и ЧКДО – 14 (32,0%). Средняя длительность диспансерного наблюдения составила 24,7 мес. (от 6 мес. до 2,5 лет с момента травмы) в течение которого проводилась комплексная оценка проводимого лечения по модифицированной шкале с учетом 17 параметров клинического, рентгенологического и электрофизиологического профиля. В соответствии с предложенными периодами реабилитации проводилось индивидуальное физио-функциональное лечение и ЛФК.

Результаты и их обсуждение. В конце срока диспансерного наблюдения средняя амплитуда активных сгибательно-разгибательных движений в локтевом суставе (ЛС) составила 1100 (от 900 до 1400), просупинационных – 1700 (от 1600 до 1800). Средний балл по шкале Мейо – 90 (от 80 до 100 баллов) и средний балл по модифицированной шкале – 72 (от 64 до 80 баллов).

Выводы. Применение ЧКДО приводит к ограничению сгибательно-разгибательных и невозможности просупинационных движений в ЛС на этапе лечения аппаратом внешней фиксации. Предложенная программа реабилитации способствовала восстановлению физиологической амплитуды движений в ЛС, мышечного тонуса и профилактике возникновения контрактур за счет ранней пассивной мобилизации ЛС и дозированного увеличения нагрузок на этапах физической реабилитации при помощи специальных упражнений. Методом выбора при надмыщелковых переломах ДМПК является накостный остеосинтез вследствие возможности анатомической репозиции, стабильной фиксации и ранней мобилизации ЛС в послеоперационном периоде.

Сведения об авторах.

Орипов Аловаддин Абдусаматович – врач травматолог, сотрудник Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Научный соискатель Бухарского государственного медицинского института по имени Абу Али Ибн Сино.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО И ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАДИАФИЗОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Ортиков О.Р.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Бухара

Актуальность проблемы. Переломы костей голени встречаются очень часто, которые регистрируются в частоте от 20% до 37,3% от всех переломов трубчатых костей. Среди них околоуставные переломы встречаются еще чаще и составляют более 50%. Как всем известно, интрамедуллярный остеосинтез стал «золотым стандартом» для большинства диафизарных переломов большеберцовой кости. Однако методы лечения переломов дистального отдела большеберцовой кости остаются дискуссионными.

Цель исследования: анализ результатов блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза в лечении внесуставных переломов большеберцовой кости.

Материалы и методы. Проанализированы функциональные и анатомические результаты лечения пострадавших с 2017 по 2021 годы. Под наблюдением находилось 35 пациентов (20 женщин и 15 мужчин), средний возраст составил $44,5 \pm 4,9$ лет (от 17 до 65 лет). По механизму травмы в большинстве случаев - 29 (82,8%) - имел место прямой механизм травмы; не прямой - 6 (17,2%) случаев. У 6 (17,2%) пациентов имелись сочетанные и множественные повреждения. Все переломы были закрытыми.

Результаты.

Большинство операций было выполнено в период в среднем $4,5 \pm 1,4$. С целью подготовки к операции всем больным с переломами голени накладывалось скелетное вытяжение. Операции при переломах большеберцовой кости - БИОС переломов метадиафизарной зоны большеберцовой кости. У всех пациентов послеоперационные раны в местах введения стержня и над зоной перелома зажили первичным натяжением. Швы снимались на 10-12-е сутки с момента операции. Больные активизировались на 2-е — 3-и сутки (ходьба на костылях), при отсутствии противопоказаний проводилась активная лечебная физкультура оперированной конечности. Пациенты контролировались рентгенологически каждые 3 месяца с соответствующими индивидуальными рекомендациями по осевой нагрузке.

Удаление имплантатов произведено у 32 (91,4%) пациентов, через 8-14 мес. после операции остеосинтеза, при наличии рентгенологических данных консолидации переломов. На момент удаления имплантатов проводилась оценка анатомо-функциональных результатов по Маттис с балльной оценкой боли, анатомо-рентгенологических данных, трудоспособности, функции суставов. Во всех случаях достиг хороших клинических результатов.

Заключения.

Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез эффективен в лечении внесуставных метадиафизарных переломов большеберцовой кости. БИОС обеспечивает раннюю реабилитацию с хорошими анатомо-функциональными результатами у пострадавших.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Ходжиев Д.Ш., Султанзада Н.Д., Худайбергенов Ш.А

Хорезмский филиал республиканского специализированного научного центра онкологии и радиологии.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской академии.

Введение Очаговые поражения печени включают в себя широкий спектр заболеваний, включая злокачественные и доброкачественные опухоли, паразитарные инфекции и абсцессы. В Хорезмской области, что стимулирует повышенное внимание к этой проблеме, особенно злокачественным является неуклонный рост заболеваемости и высокая частота запущенных случаев опухолевого процесса. Однако, благодаря постоянному совершенствованию хирургических методов, удалось снизить риск интер-послеоперационных осложнений и смертности. Кроме того, достижения в области реаниматологии и анестезиологии сыграли важную роль в улучшении результатов лечения пациентов. Оперативное лечение остается основным методом лечения этих заболеваний, несмотря на значительный прогресс в области интервенционной радиологии и химиотерапии.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с очаговыми поражениями печени

Материалы и методы. С 2019 года в хирургическом отделении РСНПЦОиР Хорезмского филиала совместно с частной клиникой «Бахтли Оила» было выполнено 67 оперативных вмешательств, пациентам с различными очаговыми образованиями печени. Женщин было 42, мужчин – 23, возраст больных варьировал от 40 до 74 лет. В 15 наблюдениях была диагностирована гемангиома, у 10 пациентов фокальная нодулярная гиперплазия, первичный рак печени – в 39 наблюдениях, метастатический рак печени – у 3. Онкологический диагноз выставлен до оперативного вмешательства путем трепан-биопсии, в 25 наблюдениях верифицирован ГЦР, у 14 пациентов ХЦР, а также у 3 пациентов с метастазос колоректального рака аденокарцинома. Выполняли весь спектр резекций на печени – от краевой атипичной резекции до расширенной анатомической резекции, включая с комбинированными операциями.

В **56,7%(38)** наблюдений выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, в **17,9% (12)** - левосторонняя. В **11,9% (8)** случаев произведена расширенная гемигепатэктомия, в 10,4%(7) случаев произведена атипичная резекция, у 1 больной она сочеталась с резекцией гепатикохоледоха и наложением гепатико-энтероанастомоза на выключенной петле по Ру, также 2 пациентам выполнена паллиативная операция- перевязка печеночной артерии при неоперабельном случае. 4 пациентам предварительно выполнена рентгенэндоваскулярная селективная эмболизация печеночных артерий, что в дальнейшем улучшал результат хирургического лечения. Обширные резекции печени выполнялись воротным способом, по методике, подробно описанной Т. Starzl. И использованные методы рассечения ткани печени это дигитоклазия, монополярный и биполярный коагулятор, ультразвуковой скальпель “Harmonic”. В диагностике использовали лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, МСКТ-ангиографию, ЭГДС. Выбор объема резекции зависит от многих факторов, включая тип и размер поражения, общего состояние пациента и функционального резерва печени.

Результаты. При проведении резекций средний объем кровопотери составил 1050 ± 420 мл, при этом он не зависел от метода диссекции паренхимы печени. Послеоперационные осложнения возникли у 8 (11,9%) больных. Первое место среди осложнений занимает печёночная недостаточность (n=4), возникающая вследствие недостаточности объёма оставшейся части печени. Проявления печёночной недостаточности заключались в повышении уровня печёночных ферментов, повышении билирубина, гипоальбуминемии, энцефалопатии. У 2-х пациентов в послеоперационном периоде возникло желчеистечение, что объясняется, повидимому, предельно обширной раневой поверхностью печени после перенесённой расширенной гемигепатэктомии. К более редким послеоперационным осложнениям у больных, перенёвших обширную резекцию печени, следует отнести развитие реактивного плеврита (n=1) и формирование послеоперационного абсцесса (n=1). Нагноение послеоперационной раны также наблюдалось у одного больного, у которого была печёночная недостаточность. Несмотря на довольно высокую частоту и большое разнообразие послеоперационных осложнений после обширных резекций печени, только в двух случаях был летальный исход (5,7%) из-за развития печеночной недостаточности и острого инфаркта миокарда. В наблюдении до 2 х лет при выполнении резекции печени по поводу онкологических заболеваний, рецидива болезни не наблюдалось.

Результаты хирургического лечения очаговых поражений печени могут быть весьма обнадеживающими. В общем, резекция печени при злокачественных опухолей показывает высокую эффективность и длительные периоды без рецидивов. Однако, эти операции связаны с высоким риском осложнений и требуют высокого уровня хирургической квалификации.

Заключение. Несмотря на высокую эффективность хирургического лечения, существуют значительные проблемы, связанные с высокими требованиями к

хирургической квалификации, риском осложнений и недоступность трансплантации печени. Кроме того, у многих пациентов с очаговыми поражениями печени могут быть противопоказания к оперативному лечению из-за общего состояния здоровья или зашкаливающих показателей печеночной функции. Оперативное лечение очаговых поражений печени остается важным методом лечения, несмотря на все трудности и проблемы. Однако, необходимы дальнейшие исследования для оптимизации подходов к лечению и улучшения результатов у пациентов с очаговыми поражениями печени.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

Д.м.н., профессор, Г.М. Ходжиматов, С.М. Яхёев, М.П. Сидиков
Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение пострадавших торакоабдоминальной травмой является одной из наиболее сложных проблем хирургии. В условиях современного технологического прогресса распространенность травмы груди и живота, в том числе и торакоабдоминальной травмы, который достигают до 40% от всех травм.

Цель исследования. Улучшение качества медицинской помощи пострадавшим с торакоабдоминальными травмами на госпитальном этапе путем разработки и внедрения лечебно-диагностического алгоритма, а также внедрения в клиническую практику эндовидеохирургических способов диагностики и лечения.

Материал и методы. За 6 лет в отделении экстренной хирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2017 по 2022 годы находились на лечении 190 пострадавших с торакоабдоминальными травмами. Ретроспективно проанализированы истории болезни 122 (64,86%) больных (в контрольной группе лечились с 2017 по 2020 г.), с торакоабдоминальными травмами, у которых диагностический и лечебный этапы проводились по общепринятой схеме. В основной группе находились 65 (35,14%) больных с торакоабдоминальными травмами, которые находились на лечении с 2021 по 2022 годы, и у которых диагностика и лечение проводилась с разработанной нами диагностического и лечебного алгоритма с применением новых технологий.

Результаты исследования. Клинический опыт показал, что для выбора наиболее рационального лечения с последовательным применением оперативных и консервативных мероприятий, необходима классификация и определенный лечебно-диагностический алгоритм действий, которые служат руководством к действию практических врачей. Оперативная тактика зависела от характера и тяжести травмы, общего состояния пострадавших. Объем оперативных вмешательств и доступов у пострадавших с торакоабдоминальными травмами и объем повреждений, выполнялись следующими сочетанными доступов: Различные оперативные вмешательства выполнены у всех пациентов. Из данных таблицы следует, в первую очередь торакотомия, а затем лапаротомия- 13 (6,8%); торакотомия и френотомия- 5 (2,6%) соответственно; лапаротомия и дренирование плевральной полости без торакотомии – 25 (13,2%), первым этапом явилась лапаротомия, вторым- торакотомия- 11 (5,8%), торакофренолапаротомия-1 (0,5 %). Одновременная торакотомия и лапаротомия была выполнена у 3 (1,6%) пострадавших. Вместе с этим, у 19 (10%) операция завершена малоинвазивным доступом, без торако- или лапаротомии. При этом удалось ушить дефекты, как различных органов,

так и диафрагмы. До внедрения эндовидеохирургических способов лечения торакальный этап операции у 8 (4,2%) больных сводился к дренированию плевральной полости. Показания к торакотомии у этой категории пациентов устанавливались при подозрении на ранение сердца или крупных сосудов, либо при продолжающемся кровотечении. Следует отметить, что в ходе выполнения диагностических торакоскопий и лапароскопий вне зависимости от выявления или отсутствия повреждений внутренних органов брюшной полости во всех случаях ложноотрицательных результатов получено не было. При выполнении диагностической торакоскопии (6(3,2%) от общего числа операций – 8 (4,2%) от числа всех торакоскопических операций) при торакоабдоминальной травме патологии со стороны органов грудной клетки не было выявлено, что было подтверждено в ходе наблюдения за пациентами и составлен истинно отрицательный результат. Во время выполнения 2(1,1%) диагностических торакоскопий, было выявлено показание к конверсии оперативного доступа – массивное внутриплевральное кровотечение при колото-резанном ранении груди и легкого и при множественном повреждении легкого. Описанные причины массивного кровотечения были выявлены только при торакотомии, не позволяли визуализировать данные повреждения при эндовидеохирургической диагностической операции. Анализ результатов наших исследований при применении эндовидеохирургических технологий для диагностики и лечения больных с торакоабдоминальной травмой (интраоперационные, послеоперационные осложнения, летальность) и результатов операций посредством торакотомии или лапаротомии позволил вывести степень клинической эффективности эндовидеохирургических методик. Так, из 19 выполненных эндовидеохирургических диагностических и лечебных операций эффективными были признаны 18 (9,5) % от общего числа операций, 26,5% от числа операции II группы). В группе операции, выполненных посредством открытого оперативного доступа, в 38 случаях (31,2%) от общего числа операции, 74,6% от числа операций в I группе контрольной группы) были зафиксированные осложнения и в случае соответственно 2(2,9%) и 9 (7,4%) летальным исход). Клиническая эффективность эндовидеохирургических диагностических и лечебных операций в среднем в 1,1 раза выше такового при вмешательствах посредством открытого оперативного доступа. Хороший клинический эффект был достигнут в результате лечения больных основной группы больных с применением эндовидеохирургических вмешательств. Так в послеоперационном периоде болевой синдром был менее выражен, не было необходимости в длительном наблюдении и лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации. Кроме того, снизились показатели послеоперационных осложнений на 32 % (в том числе ранних на 26,1% и поздних на 5,9%), хорошего косметического эффекта, сократилось среднее пребывание в стационаре на $4,3 \pm 0,34$ койко-дня, и уменьшилась послеоперационная летальность на 11,7%. Отсутствовал косметический дефект на грудной и брюшной стенке.

Выводы. Примененная нами классификация торакоабдоминальных травм обосновывает своевременное использование малоинвазивных лечебно-диагностических манипуляций. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволяет уменьшить количество необоснованных лапаро- и торакотомий или вследствие этого травматизм операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ходжиматов Гуломидин Минходжиевич – д.м.н., профессор
Фозилжонов Омадуллох Шукуржон угли – студент 2-курса, лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Осложнения язвы двенадцатиперстной кишки в виде сочетания стеноза кишки, кровотечения, перфорации и их хирургическое лечение остаются нерешенной проблемой.

В современной литературе проблеме хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями хронической дуоденальной язвы уделено недостаточно внимания. Тем не менее эти осложнения являются наиболее опасными в хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования. На основании комплексного анализа современных способов диагностики и хирургического лечения сочетанных осложнений дуоденальных язв разработать рациональную диагностическую и лечебную программу, принципы выбора наиболее эффективного метода лечения больных с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 15 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Пациенты оперированы в клинике АГМИ в период с 2022 по 2023 гг.

Результаты исследования. При сочетанных осложнениях язвы двенадцатиперстной кишки, когда рубцовый стеноз осложняется перфорацией язвы или кровотечением, ситуация не вписывается в общепринятые принципы хирургической тактики. Ошибочная диагностика в этих случаях достигает 15%, а послеоперационная летальность - 34%. Такие недопустимо негативные результаты объясняются сложностью диагностики и неопределенностью хирургического вмешательства и послеоперационной терапии.

Диагностика стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением или перфорацией, основывается на комплексной оценке симптомов каждого из этих осложнений, а также данных инструментальных и лабораторных методов исследования. Наиболее информативным вспомогательным методом диагностики перфорации является пневмогастрография. Диагностическая эффективность ФГДС в этих случаях оказывается недостаточной из-за рубцовых изменений в пилородуоденальной зоне, не позволяющих в полной мере осмотреть слизистую двенадцатиперстной кишки.

Важным критерием выбора объема хирургического лечения при сочетанных осложнениях гастродуоденальных язв является общее состояние больного, определяемое возрастом, степенью стеноза двенадцатиперстной кишки, тяжестью кровопотери и перитонита.

При хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной одновременно рубцовым ее стенозом и кровотечением, эндоскопический гемостаз чаще всего оказывается неэффективным из-за недоступности язвенного кратера. В этих случаях необходимо склоняться к более активной хирургической тактике.

Использование стволовой поддиафрагмальной ваготомии с дренирующими желудок вмешательствами у больных перфоративными и кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки, сочетающимися с ее стенозом, приводит к подавлению кислотно-пептической активности желудочной секреции. При этом важная роль принадлежит адекватной дренирующей желудок операции. Наиболее выгодной из них в таких случаях является пилоропластика по Финнею, которая обеспечивает опорожнение желудка, хороший обзор двенадцатиперстной кишки и надежное прошивание не только кровоточащей "зеркальной язвы" задней стенки луковицы, но и, особенно важно, при ее

залуковичной локализации, что бывает невыполнимо при пилоропластике по Гейнеке-Микуличу.

Дальнейшее сколько-нибудь существенное улучшение результатов оперативного лечения больных с сочетанными осложнениями язвы двенадцатиперстной кишки невозможно без инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию постгеморрагической гипоксии и нарушений гомеостаза, а также без комплексной противо-язвенной терапии.

Рациональная антибиотикотерапия и гемостатическое противорецидивное лечение, проводимые с первых часов поступления таких больных в стационар, снижают частоту инфекционных осложнений более чем в два раза и сводят к минимуму число рецидивов кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Вывод. Разработанная техника выполнения резекции желудка в условиях трудной язвы двенадцатиперстной кишки позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и значительно улучшить непосредственные результаты оперативного лечения осложненной язвенной болезни. Показана необходимость дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения постбульбарных язв, в зависимости от степени вовлечения в периульцерозный процесс большого дуоденального сосочка.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Ходжиматов Г.М

Фозилжонов Омадуллох Шукуржон угли – студент 2-курса, лечебного факультета Андиганский государственный медицинский институт

Введение: Сочетанные травмы как наиболее тяжелый вид повреждения характеризуется высокой и не имеющей тенденции к снижению летальности, составляющей от 23,5-85 %, и длительной утратой трудоспособности и высоким уровнем инвалидности (от 25 до 80%), превышающей в 10 раз таковой при изолированных повреждениях.

По мнению многих авторов, неудовлетворительные результаты лечения пострадавших связаны с отсутствием единой хирургической доктрины оказания помощи при тяжелой сочетанной травме и с лечением большей части этих пострадавших в общехирургических стационарах и с недостаточным представлением хирургов об особенностях хирургической тактики при сочетанных повреждениях.

Цель исследования: определение показаний к хирургическому и консервативному методам лечения вторичных повреждений при сочетанных черепно-мозговых травмах в остром периоде.

Материалы и методы исследования: Наши исследования основаны на анализе 15 больных, за период с 2022-по 2023 г., прошедших комплексное обследование и лечение в Андиганском филиале РНЦЭМП.

Результаты исследования. Анализ динамики глубины бессознательного состояния среди оперированных и неоперированных больных показал, что неоперированные больные по уровню сознания были относительно стабильны в течение первых 11 суток после травмы, тогда как больные, которые были оперированы в АФРНЦЭМП часто демонстрировали клиническое ухудшение, связанное в основном с угнетением уровня сознания, а иногда, и нарастанием очагового неврологического дефицита.

При объеме менее 30 мл все больные лечились консервативно, а при объеме свыше 40 мл осуществлялось только хирургическое лечение. В случае объема очага ушиба от 30

до 40 мл использовали как хирургическое, так и консервативное лечение. Из 9 больных с объемом свыше 30 мл, которые не были оперированы, скончались трое: один больной скончался вследствие не удаленной внутримозговой гематомы, остальные от внечерепных причин.

Вывод. Условную границу между объемом очага ушиба-размозжения в хирургической и не хирургической группах можно провести на уровне 30 мл.

Если имеется проникающая черепно-мозговая травма или вдавленные переломы, оперативное лечение, безусловно, показано, даже если пострадавший соответствует вышеперечисленным критериям.

Выбор метода лечения больных с очаговыми ушибами размозжениями 3-4 видов основывается на клинических и МСКТ показателях. Успех лечения и правильный выбор тактики в настоящее время невозможен без учета вторичных внутрочерепных и внечерепных факторов и их выраженности, а также без учета удельного веса очаговых и диффузных повреждений мозга при СЧМТ.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Холматова Ш.Ш.,¹ Зуфарова Ш.А.,² Камалов Т.Т.,³ Ишанходжаева Д.Э.²

¹Базовый докторант Ташкентского педиатрического института кафедры
Акушерство и гинекологии, детской гинекологии;

²Республиканский центр репродуктивного здоровье население;

³Республиканский специализированный научно-практический центр эндокринологии
имени академика Ё.Х. Туракулова

Беременность у пациенток с сахарным диабетом (СД) 1 типа представляет собой серьезную проблему, требующую особого внимания к мониторингованию состояния женщины и плода со стороны эндокринологов и акушеров-гинекологов.

Цель исследования: изучить частоту осложнений беременности и родов при сахарном диабете 1 типа (СД 1 тип)

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные динамического наблюдения за 50 беременными с СД 1 типа (основная группа). Контрольную группу составили 20 беременных с нормально протекающей беременностью и без нарушения углеводного обмена. Возраст женщин составил от 20 до 35 лет. Длительность СД 1 типа варьировала от 3 до 15 лет (11,2±0,2 лет). Всем беременным основной группы исследования HbA1c проводился в каждом триместре беременности. Целевой уровень гликемии был натошак в пределах 3,3-5,5 ммоль/л; через 1-1,5 ч – 5,8-7,8 ммоль/л, гликемия в 3 ч ночи – 5,8-6,5 ммоль/л, а уровень HbA1c был менее 6,0%. Гипогликемические эпизоды определялись при снижении уровня гликемии менее 3,5 ммоль/л.

Результаты исследования: Частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при СД 1 типа достигает почти 80%. Угроза прерывания беременности и преждевременных родов отмечается у 30-50% пациенток, причем установлена четкая взаимосвязь между невынашиванием беременности и материнской гипергликемией. Многоводие осложняет течение беременности при СД 1 типа в 60% наблюдений, гестоз развивается в 65% случаев, а тяжелые его формы — в 3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при СД составляет 5,6%, перелом ключицы - 9%, паралич Эрба - 2,4%, травмы шейного отдела позвоночника - 2%, тяжелая асфиксия - 5,3%, а нарушение мозгового кровообращения травматического генеза – 18,5%.

Частота кесарева сечения (КС) у беременных с СД 1 типа составляет 46,6%, основными показаниями к КС являются крупные размеры плода, цефалопельвическая диспропорция, клинически узкий таз, слабость родовой деятельности, дистоция плечиков и острая гипоксия плода.

Диабетическая фетопатия (ДФ) при СД встречается в 60% случаев. Наиболее типичные ее признаки: макросомия (масса тела новорожденного свыше 3800 гр.), гиперемия кожных покровов, пастозность мягких тканей, лунообразное лицо, короткая шея, «относительно короткие» конечности, гипертрихоз, органомегалия.

Заключение: частота осложнений течения беременности при СД 1 типа достигает 80%, а выполнения кесаревого сечения – в 47%, диабетическая фетопатия развивается в 60% случаях. Таким образом, СД I типа требует от врачей акушеров-гинекологов, эндокринологов и неонатологов внедрения новых методов профилактики, диагностики и лечения осложнений, обусловленных СД в сочетании с беременностью.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Холматова Ш.Ш.,¹ Зуфарова Ш.А.,² Камалов Т.Т.,³ Ишанходжаева Д.Э.²

¹Базовый докторант Ташкентского педиатрического института кафедры Акушерство и гинекологии, детской гинекологии;

²Республиканский центр репродуктивного здоровье население;

³Республиканский специализированный научно-практический центр эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова

Беременность у пациенток с сахарным диабетом (СД) 1 типа представляет собой серьезную проблему, требующую особого внимания к мониторингованию состояния женщины и плода со стороны эндокринологов и акушеров-гинекологов.

Цель исследования: изучить частоту осложнений беременности и родов при сахарном диабете 1 типа (СД 1 тип)

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные динамического наблюдения за 50 беременными с СД 1 типа (основная группа). Контрольную группу составили 20 беременных с нормально протекающей беременностью и без нарушения углеводного обмена. Возраст женщин составил от 20 до 35 лет. Длительность СД 1 типа варьировала от 3 до 15 лет ($11,2 \pm 0,2$ лет). Всем беременным основной группы исследования HbA1c проводился в каждом триместре беременности. Целевой уровень гликемии был натошак в пределах 3,3-5,5 ммоль/л; через 1-1,5 ч – 5,8-7,8 ммоль/л, гликемия в 3 ч ночи – 5,8-6,5 ммоль/л, а уровень HbA1c был менее 6,0%. Гипогликемические эпизоды определялись при снижении уровня гликемии менее 3,5 ммоль/л.

Результаты исследования: Частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при СД 1 типа достигает почти 80%. Угроза прерывания беременности и преждевременных родов отмечается у 30-50% пациенток, причем установлена четкая взаимосвязь между невынашиванием беременности и материнской гипергликемией. Многоводие осложняет течение беременности при СД 1 типа в 60% наблюдений, гестоз развивается в 65% случаев, а тяжелые его формы — в 3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при СД составляет 5,6%, перелом ключицы - 9%, паралич Эрба - 2,4%, травмы шейного отдела позвоночника - 2%, тяжелая асфиксия - 5,3%, а нарушение мозгового кровообращения травматического генеза – 18,5%.

Частота кесарева сечения (КС) у беременных с СД 1 типа составляет 46,6%, основными показаниями к КС являются крупные размеры плода, цефалопельвическая

диспропорция, клинически узкий таз, слабость родовой деятельности, дистоция плечиков и острая гипоксия плода.

Диабетическая фетопатия (ДФ) при СД встречается в 60% случаев. Наиболее типичные ее признаки: макросомия (масса тела новорожденного свыше 3800 гр.), гиперемия кожных покровов, пастозность мягких тканей, лунообразное лицо, короткая шея, «относительно короткие» конечности, гипертрихоз, органомегалия.

Заключение: частота осложнений течения беременности при СД I типа достигает 80%, а выполнения кесаревого сечения – в 47%, диабетическая фетопатия развивается в 60% случаях. Таким образом, СД I типа требует от врачей акушеров-гинекологов, эндокринологов и неонатологов внедрения новых методов профилактики, диагностики и лечения осложнений, обусловленных СД в сочетании с беременностью.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НОАЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

Хомидова Г.Ж.

**Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Стеатогепатиты-этиологически гетерогенная группа патологических изменений печени, характеризующаяся воспалительной инфильтрацией паренхимы печени на фоне жировой дистрофии гепатоцитов. Клиническое значение стеатогепатита, независимо от этиологической причины, повышает риск образования фиброза печени и, как следствие, развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, которые являются опасными для жизни состояниями. Принято выделять следующие этиологические варианты стеатогепатитов: метаболические (55-65% случаев), алкогольные (45-55% случаев) и лекарственные (около 5% случаев).

При метаболическом стеатогепатите патогенетической основой являются механизмы увеличения липолиза, увеличения пула свободных жирных кислот и снижения р-окисления на основе ожирения и инсулинорезистентности. Проблема поражения печени у пациентов с метаболическим синдромом актуальна для клинической практики, так как достигает 25%.

Диагностика фиброза важна для оценки стадии и риска развития патологического процесса в печени. Биопсия печени остается золотым стандартом диагностики диффузных заболеваний печени, включая НАЖБП. Однако технические трудности и противопоказания к процедуре биопсии вынудили исследователей искать возможность неинвазивной диагностики фиброза.

УЗИ брюшной полости (УЗИ) в настоящее время является наиболее распространенным методом диагностики заболеваний печени и используется практически во всех лечебных учреждениях. Большинство ультразвуковых аппаратов имеют возможность исследовать кровотоки с помощью доплерометрии, и результаты могут быть использованы клиницистами не только в диагностических целях, но и для разработки дальнейшей тактики лечения. Однако в настоящее время эффективность диагностики состояния печени этими методами у пациентов с метаболическим синдромом не изучалась.

Диагностика фиброза важна для оценки стадии и риска развития патологического процесса в печени. Биопсия печени остается золотым стандартом диагностики диффузных заболеваний печени, включая НАЖБП. Однако технические трудности и

противопоказания к процедуре биопсии вынудили исследователей искать возможность неинвазивной диагностики фиброза.

УЗИ брюшной полости (УЗИ) в настоящее время является наиболее распространенным методом диагностики заболеваний печени и используется практически во всех лечебных учреждениях. Большинство ультразвуковых аппаратов имеют возможность исследовать кровоток с помощью доплерометрии, и результаты могут быть использованы клиницистами не только в диагностических целях, но и для разработки дальнейшей тактики лечения. Однако в настоящее время эффективность диагностики состояния печени этими методами у пациентов с метаболическим синдромом не изучалась.

Цель исследования. Оценка эффективности ультразвуковой доплерометрии селезеночной артерии с определением показателей пульсации и сопротивления при неинвазивной диагностике фиброза печени у пациентов с синдромом НАСГ.

Материалы и методы исследования. Чтобы выполнить поставленную задачу, мы обследовали 55 человек в возрасте от 18 до 60 лет, которые обратились в отделение гепатологии клиники АГМИ.

Результаты и методы исследования. Одним из патогенетических механизмов неалкогольной стеатогепатии является повреждение цепи переноса электронов митохондрий гепатоцитов, прежде всего в области ее над-зависимого комплекса, при котором в дыхательной цепи митохондрий наблюдается значительное (70%) снижение активности цитохромоксидазы.

При гистологическом исследовании биопсии печени у обследованных во всех случаях выявлены морфологические признаки воспаления воротных ходов различной степени выраженности. Сходные морфологические проявления поражения печени выявлены у лиц с латентным и манифестным течением неалкогольной стеатогепатита; наличие гранулярной и вакуолевой дистрофии, воспалительной инфильтрации и незначительных стадий некрозов, что позволяет рассматривать клинические варианты заболевания как стадии единого патологического процесса,

Использование simvastatin в неалкогольном стеатогепатите не приводит к усилению повреждения органов. Действие препарата не повреждает микросомально-окислительную систему и предотвращает повреждение над-зависимой части дыхательной цепи митохондрий гепатоцитов, при этом значительно снижается выраженность жировой дистрофии печени. Кроме того, simvastatin обладает гиполлипидемическим действием, снижает проявления внутрипеченочного холестаза, и не приводит к обострению цитолитического синдрома.

Неалкогольный стеатогепатит характеризуется легкими цитолитическими и холестатическими синдромами, развитием признаков жировой дистрофии гепатоцитов и повышением их митотической активности, а также умеренной воспалительной инфильтрацией воротных ходов с ранними признаками фиброза органа.

Вывод. Показаниями к назначению холудексана наряду с НАСГ являются: неосложненная желчнокаменная болезнь (желчнокаменная глина; растворение холестериновых камней в желчном пузыре при невозможности их удаления хирургическими или эндоскопическими методами; профилактика камнеобразования после холецистэктомии); хронический активный гепатит; токсическое (в том числе лекарственное) поражение печени; АБП; первичный билиарный процессор; первичный склерозирующий холангит; муковисцидоз; внутрипеченочная атрезия желчных протоков, врожденная атрезия желчных протоков; дискинезия желчных протоков, эффективность УДКА доказана при всех этих заболеваниях. Таким образом, спектр фармакотерапевтического действия Холудексана широк и, естественно, не ограничивается НАСГ.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ, ТЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

Хомидова Г.Д.

Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) - заболевание, сопровождающееся воспалительной инфильтрацией паренхимы и стромы печени с наличием очагового некроза. NASG-это промежуточное звено между последовательными стадиями одного патологического процесса (неалкогольный стеатоз и неалкогольный стеатофиброз), форма независимого метаболического заболевания - неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Поскольку в списке заболеваний КХТ-10 нет единого кода, отражающего полноту диагноза НАЖБП, наиболее часто используемым в настоящее время является: k 76.0 – жировая дегенерация печени, не классифицированная в других названиях.

Цель исследования. Оценка эффективности ультразвуковой доплерометрии селезеночной артерии с определением показателей пульсации и сопротивления при неинвазивной диагностике фиброза печени у пациентов с синдромом НАСГ.

Материалы и методы исследования. Чтобы выполнить поставленную задачу, мы обследовали 55 человек в возрасте от 18 до 60 лет, которые обратились в отделение гепатологии клиники АГМИ. При выборе учитывались следующие параметры:

1. Не употреблять алкоголь в опасных дозах (среднее суточное потребление этилового спирта более или равно 40 г для мужчин и 20 г для женщин в течение 5 и более лет).
2. Подтвержденный гепатит/цирроз вирусного происхождения, алкоголь, отсутствие другой этиологии.
3. Отсутствие рака.
4. Отсутствие врожденных заболеваний печени. Каждый пациент, отвечающий критериям приемлемости, был приглашен на двойное обследование с шестинедельными интервалами.

Результаты и методы исследования. Неалкогольный стеатогепатит характеризуется легкими цитолитическими и холестатическими синдромами, развитием признаков жировой дистрофии гепатоцитов и повышением их митотической активности, а также умеренной воспалительной инфильтрацией воротных ходов с ранними признаками фиброза органа.

Одним из патогенетических механизмов неалкогольной стеатогепатии является повреждение цепи переноса электронов митохондрий гепатоцитов, прежде всего в области ее над-зависимого комплекса, при котором в дыхательной цепи митохондрий наблюдается значительное (70%) снижение активности цнснхромоксидазы.

При гистологическом исследовании биопсии печени у обследованных во всех случаях выявлены морфологические признаки воспаления воротных ходов различной степени выраженности. Сходные морфологические проявления поражения печени выявлены у лиц с латентным и манифестным течением неалкогольной стеатогепатита; наличие гранулярной и вакуолевой дистрофии, воспалительной инфильтрации и незначительных стадий некрозов, что позволяет рассматривать клинические варианты заболевания как стадии единого патологического процесса,

Использование snmvastatnn в ноалкогольном стеатогепатите не приводит к усилению повреждения органов. Действие препарата не повреждает микросомально-окислительную систему и предотвращает повреждение над-зависимой части дыхательной цепи

митохондрий гепатоцитов, при этом значительно снижается выраженность жировой дистрофии печени. Кроме того, симвасгатин обладает гипополипидемическим действием, снижает проявления внутрипеченочного холестаза, и не приводит к обострению цитолитического синдрома.

Вывод. Таким образом, спектр фармакотерапевтического действия Холудексана широк и, естественно, не ограничивается НАСГ. Показаниями к назначению холудексана наряду с НАСГ являются: неосложненная желчнокаменная болезнь (желчнокаменная глина; растворение холестериновых камней в желчном пузыре при невозможности их удаления хирургическими или эндоскопическими методами; профилактика камнеобразования после холецистэктомии); хронический активный гепатит; токсическое (в том числе лекарственное) поражение печени; АБП; первичный билиарный процессор; первичный склерозирующий холангит; муковисцидоз; внутрипеченочная атрезия желчных протоков, врожденная атрезия желчных протоков; дискинезия желчных протоков, эффективность УДКА доказана при всех этих заболеваниях.

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (TAVI)

Хонниёзов Ж.Г., Халиков Ф.Ю., Рахимов Е.З.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI или TAVR) выполняется без стернотомии и подключения пациента к аппарату искусственного кровообращения. Это более щадящее вмешательство, которое может проводиться у пациентов из группы высокого риска – в пожилом возрасте, с нарушениями функции печени и почек, тяжелыми заболеваниями сердца и легких. Во время процедуры в бедренную артерию вводится катетер, на конце которого находится компактно сложенный протез аортального клапана. Продвигаясь по сосудистой системе под визуальным контролем (эхокардиография или рентгенография), катетер достигает аорты. Здесь протез отсоединяется от катетера и раскрывается, прижимая створки поврежденного аортального клапана пациента к стенкам аорты и замещая их. При внутрисосудистой операции, в отличие от открытой, протез надежно фиксируется в сосуде и без удаления старого клапана. Вся процедура занимает не более 2 часов. Эффективность и безопасность открытой и транскатетерной имплантации аортального клапана была изучена в нескольких рандомизированных многоцентровых клинических исследованиях. В частности, это исследования PARTNER 2A и SURTAVI. По их результатам TAVI демонстрирует аналогичную или более высокую эффективность по сравнению с традиционным хирургическим вмешательством. В связи с этим, спектр показаний для проведения транскатетерных процедур существенно расширился – согласно актуальным международным рекомендациям европейских и американских сообществ, с 2017 года сюда входят и пациенты из группы умеренного и низкого риска.

Преимущества:

- легкая переносимость, операция без общего наркоза
- без разрезов, быстрое восстановление и реабилитация
- нет ограничений по возрасту
- возможно выполнение операций при наличии сопутствующих заболеваний.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ КОВИД-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

Худойбердиев Б.А., Хужамбердиев И.Р., Исхаков Н.Б., Исабаев Ш.Б., Робиддитнов Б.С., Рашидов Д.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. COVID-19 проявляется как мультисистемное заболевание, однако легкие представляют собой наиболее часто поражаемый органмишень. При заболевании COVID-19 поражения легких составляет до 93%. Исследования ученых многих стран показали, что основным морфологическим проявлением в легких является диффузное альвеолярное повреждение в сочетании с вовлечением в патологический процесс сосудистого русла легких и альвеолярно-геморрагическим синдромом. Клиническое течение COVID-19 характеризуется гиперкоагуляцией с удлинением протромбинового времени, повышением уровня D-димера и фибриногена в сыворотке крови, что приводит к тромбозам разной локализации, тромбоэмболиям и развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома). Поэтому одним из основных компонентов в лечении данной патологии является применение антикоагулянтов в лечебных дозах. Одним из грозных осложнений данной проблемы являются внутриплевральные и внутрилегочные кровотечения. Хирургическое лечение плевральных осложнений, в частности, внутриплевральных и внутрилегочных кровотечений, при лечении легочных форм COVID-19 имеет актуальное значение.

Материалы и методы. Материалом послужили проведено лечение 31 больному с различными формами внутрилегочных и внутриплевральных осложнений вирусидентифицированной (COVID-19) пневмонии. Все пациенты поступили с выраженными внутрилегочными и внутриплевральными проявлениями. Внутриплевральное кровотечение как осложнение ковидассоциированной пневмонии диагностировано у 1 (3,22%) пациента. Внутрилегочная гематома диагностирована у 2 (6,45%) пациентов. Всем поступившим пациентам оказана специализированная хирургическая помощь. Полученные результаты. Во всех представленных случаях выполнена видеоторакоскопия, при которой отмечена повышенная контактная кровоточивость париетальной и висцеральной плевры. Легочная ткань при инструментальной пальпации диффузно уплотнена, тускло розового цвета. В первом случае визуализирован источник кровотечения, которым явился сосуд в одной из спаек в апикальных отделах гемиторакса между легким и костальной плеврой. Кровотечение остановлено путем электрокоагуляции. В двух других случаях при видеоторакоскопии отмечена имбиция паренхимы легочной ткани геморрагическим содержимым. Выполнено вскрытие внутрилегочных гематом с последующим ушиванием. Все операции закончились санацией и дренированием плевральной полости. В раннем послеоперационном периоде отмечена повышенная геморрагическая экссудация, что потребовало продолженного дренирования (до 4 дней) плевральной полости. Все пациенты выписаны из стационара с клиническим выздоровлением.

Выводы. 1. Лечение внутриплевральных и внутрилегочных осложнений вирусидентифицированной COVID-19 пневмонии на фоне проводимой массивной антикоагулянтной терапии сопряжено с крайне высоким риском развития диффузного легочного или внутриплеврального кровотечения. Оказание хирургической помощи пациентам с такими осложнениями целесообразно проводить на максимально ранних сроках диагностики этих осложнений. 2. После проведения КТ ОГК и выявления

свободной жидкости в плевральной полости следующим этапом необходимо проведение диагностической пункции плевральной полости. При получении геморрагического содержимого объем хирургической помощи не должен заканчиваться только дренированием плевральной полости. В условиях специализированного торакального отделения целесообразно выполнение видеоторакоскопии с возможной визуализацией источника кровотечения и последующей его остановкой. 3. При КТ-диагностике массивных внутрилегочных гематом целесообразно выполнение видеоторакоскопического вскрытия и эвакуации гематомы с последующим ушиванием легочной ткани. Операции заканчиваются санацией и дренированием плевральной полости.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Исабоев Ш.Б.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Острая толстокишечная непроходимость продолжает оставаться важной и нерешенной проблемой urgentной хирургии. Это прежде всего обусловлено как ростом онкологических заболеваний толстой кишки, так и высокими показателями послеоперационной летальности. Следует отметить, что среди больных с острой толстокишечной непроходимостью основную часть (до 80%) составляют лица старше 60 лет. Большинство этих больных страдают сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательных путей и нарушениями обмена веществ, которые в 30% случаев обнаруживаются в декомпенсированной стадии. До настоящего времени остаются не до конца решенными вопросы выбора рациональной хирургической тактики при острой толстокишечной непроходимости, в том числе показания, сроки, характер и объем операций.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью.

Материал и методы. С 2010 по 2020гг в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 101 больной с острой тонкокишечной непроходимостью. Мужчин было 51 (50,5%), женщин 50 (49,5%). Больных в возрасте от 18 до 44 лет было 53 (52,5%), 45-59 лет – 27 (26,7%), старше 60 лет – 21 (20,8%). 99 больных оперировано, в 2 случаях с картиной распространенного перитонита терминальной стадии оперативное лечение не выполнено.

Результаты. В течение 1 часа поступили – 14 больных, в течение суток – 60 больных, больше суток – 27 больных. Всем больным выполнено рентгенологическое исследование (ирригография), на основании которого у 60 больных имелась картина онкологической патологии толстой кишки: в 4 случаях - опухоль слепой кишки, в 6 случаях – опухоль восходящей ободочной кишки, в 18 случаях – опухоль печеночного угла, в 3 случаях – опухоль поперечно-ободочной кишки, в 12 случаях – опухоль селезеночного угла, в 4 случаях – опухоль нисходящей ободочной кишки, в 10 случаях – опухоль сигмовидной кишки, в 3 случаях – опухоль прямой кишки. В 39 случаях имелась картина заворота толстой кишки, преимущественно сигмовидной кишки. После установления диагноза толстокишечной непроходимости больные после предварительной подготовки были оперированы: в 28 случаях выполнена правосторонняя гемиколэктомия, в 26 случаях – левосторонняя гемиколэктомия. В 15 случаях выполнена резекция толстой кишки. В 15 случаях операция завершена наложением коло-колоанастомоза, в 14 случаях – илеотрансверзоанастомоза. В 14 случаях сформирован илеотрансверзоанастомоз.

Нагноение послеоперационной раны отмечалось в 6 случаях. Релапаротомия выполнена у 4 больных. Средний койко-день составил 6,4. Летальность была 10,9%

Заключение: Выполнение ирригографии у больных с картиной острой толстокишечной непроходимости является золотым стандартом диагностики и в большинстве случаев даёт возможность выявить этиологический фактор. Результаты лечения напрямую зависят от сроков госпитализации, возраста пациентов и наличия сопутствующих заболеваний.

МЕСТО ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Темиров Р.И., Худойбердиев Б.А., Исабаев Ш.Б., Робиддинов Б.С., Якуббаев А.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Ведущее место в экстренной медицине по-прежнему занимает проблема травматических повреждений внутренних органов. Это обусловлено наблюдаемой тенденцией в сторону увеличения удельного веса таких повреждений в структуре общего травматизма, неудовлетворенностью практических врачей результатами лечения, а также высокой частотой осложнений, инвалидности и летальности, которая наиболее присуща для множественных повреждений. Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста – первое место. Травматизм как высокозначимая социально-медицинская проблема до недавнего времени всесторонне изучалась под углом зрения изолированных травм узкими специалистами лишь в своей области. Но на современном этапе необходим комплексный подход к решению данной проблемы.

Цель. Оценить возможности лапароскопии при абдоминальной травме.

Материал и методы. С 2010 по 2020гг в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 338 больных с абдоминальной травмой. При этом в 90,2% случаях отмечалось повреждение органов брюшной полости. Среди госпитализированных преобладали больные мужского пола трудоспособного возраста. Распределение по полу было следующим: мужчин – 192 (56,8%), женщин – 146 (43,2%). По возрастному признаку: до 18лет было 10 (3,0%) больных, в возрасте от 18 до 44лет – 178 (52,7%), 45-59лет – 89 (26,3%), старше 60лет – 61 (18,0%). Выполнено 305 операций по поводу повреждений органов брюшной полости, из них 72 операции лапароскопическим доступом.

Результаты. Большая часть больных поступала в первые часы с момента получения травмы: до 1 часа – 285 (84,3%), в течение суток – 45 (13,3%), больше суток – 8 (2,4%) пострадавших. При поступлении больного с закрытой травмой живота проводилось комплексное обследование, которое заключалось в осмотре ответственного хирурга и смежных специалистов, выполнение общеклинических исследований крови и мочи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости и плевральных полостей. В случае отсутствия картины перитонита и внутрибрюшного кровотечения – больные госпитализированы для наблюдения в диагностическую палату, где проводились контрольные исследования. 33 больных без признаков повреждения органов брюшной полости были направлены на амбулаторное лечение. У 305 пострадавших имелась клиника повреждения органов брюшной полости. В структуре поврежденного органа брюшной полости больные были распределены следующим образом: повреждение полого

органа – 111, повреждение селезенки – 69, повреждение печени – 99, повреждение поджелудочной железы – 19 случаев. В 7 случаях отмечалось одновременное повреждение от 3-х и более органов брюшной полости. В последние годы чаще при абдоминальной травме на первом этапе выполняется лапароскопия, благодаря которой удается визуализировать органы брюшной полости. В 72 случаях операцию удалось завершить без выполнения лапаротомии, как правило, при поверхностных повреждениях печени. Благодаря выполнению диагностической лапароскопии удалось предотвратить выполнение «напрасной» лапаротомии. В 30 случаях при выявлении повреждения полого органа, а также для адекватной визуализации поврежденного органа выполнена конверсия. Релапаротомия выполнена в 5 случаях. Средняя продолжительность койко-дней составила 6,7. Летальность была 6,5%. Среди пациентов, которым выполнена лапароскопия, летальных исходов не отмечено.

Заключение: применение миниинвазивных методов визуализации при абдоминальной травме даёт возможность адекватной визуализации органов брюшной полости, малотравматична, ограничивает выполнение «напрасных» лапаротомий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Хужамбердиев И.Р., Мирзакулов А.Г., Робиддинов Б.С.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Мезентериальный тромбоз является одним из самых тяжелых заболеваний брюшной полости. В течение последних лет число больных с острой окклюзией брыжеечных сосудов неуклонно увеличивается вследствие возрастания численности людей пожилого и старческого возраста, с наличием различных сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы. Случаи мезентериального тромбоза составляют от 0,05 до 7,6 % всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на существенное развитие медицинских технологий, летальность при этом заболевании колеблется по данным различных авторов от 50 до 100 %, а единые подходы к диагностической и оперативной тактике отсутствуют.

Цель. Оценка эффективности оказания экстренной хирургической помощи больным с острым мезентериальным тромбозом.

Материал и методы. С 2010 по 2020гг в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 46 больных с острым мезентериальным тромбозом. Мужчин было 14 (30,4%), женщин 32 (69,6%). Больных в возрасте 18-44года было 24 (52,2%), 45-59 лет – 12 (26,1%), старше 60лет – 10 (21,7%). Во всех случаях диагноз острый мезентериальный тромбоз был подтвержден на основании интраоперационной картины.

Результаты. Как правило, больные поступали в поздние сроки от начала развития заболевания. В течение 1-го часа от момента появления первых симптомов обратилось 7 больных, в течение суток – 27 больных, больше суток – 12 больных. Все больные оперированы, интраоперационно установлено наличие картины некроза кишечной стенки различных локализаций и протяженности. Интраоперационно выполнена оценка жизнеспособности кишечной стенки: цвет, блеск, наличие перистальтики кишечника, наличие пульсации сосудов брыжейки, локальная пульсоксиметрия. В 17 случаях имелась картина тотального некроза тонкой и толстой кишок, во всех случаях операция была завершена эксплоративной лапароскопией и лапаротомией. В 3 случаях имелась картина тотального некроза тонкой кишки и некроза правой половины толстой кишки, что было

расценено как нерезектабельные случаи и операция также была завершена эксплорацией. В 2 случаях имелась картина тотального некроза толстой кишки, бальным выполнена тотальная колэктомия с выведением энтеростомы. В 24 случаях имелась картина сегментарного некроза тонкой кишки, во всех случаях выполнена лапаротомия, резекция некротизированного участка тонкой кишки с формированием межкишечного анастомоза. Репераций было 5, в 4 случаях релапаротомия, в 1 случае релапароскопия. Средний койко-день составил 7,6. Летальность была 41,3.

Заключение: Негативные результаты лечения больных с острым мезентериальным тромбозом обусловлена поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, стертой клинической картины, что способствует развитию и распространению некротического процесса кишечной стенки и прогрессированию картины перитонита. При хирургическом пособии пациентам с острым мезентериальным тромбозом, осложненным некрозом кишечной стенки, необходимо стремиться выполнить адекватную резекцию кишечника — удалять пораженный сегмент кишки в пределах здоровых тканей (отступить от видимой со стороны серозной оболочки границы некроза не менее 20-25 см в проксимальном направлении, 10-15 см в дистальном). Широкое использование диагностической лапароскопии при сомнительной картине заболевания может способствовать выявлению патологии ранней стадии, что способствует улучшению результатов хирургического лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Худойбердиев Б.А.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Острая кишечная непроходимость (ОКН) в течение многих лет остается одной из актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Несмотря на внедрение в практику современных методов диагностики и хирургических вмешательств, результаты лечения этого заболевания остаются неудовлетворительными. Послеоперационная летальность, по данным разных авторов, достигает 12–20%. Наиболее часто неблагоприятные исходы хирургического лечения ОКН наблюдаются у пациентов старшей возрастной группы (старше 60 лет). Основной патогенетическим звеном, приводящим к развитию полиорганной недостаточности и летальных исходов пожилых пациентов в раннем послеоперационном периоде, служит синдром кишечной недостаточности на фоне тяжелой сопутствующей патологии.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы. С 2010 по 2020гг в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 875 больных с острой тонкокишечной непроходимостью. Мужчин было 404 (46,2%), женщин 471 (53,8%). Больных в возрасте до 18 лет было – 17 (2,0%), 18-44 года было 462 (52,8%), 45-59 лет – 233 (26,6%), старше 60 лет – 163 (18,6%). 316 больных оперировано, в 559 случаях проведена консервативная терапия с разрешением картины острой кишечной непроходимости.

Результаты. Большая часть больных поступила в первые 24 часа с момента появления признаков заболевания: до 1 часа – 123, в течение суток – 516, больше суток – 236. У больных, поступивших без клинической картины перитонита, выполнялось динамическое рентгенологическое исследование с пассажем бариевой взвеси. При отсутствии положительной динамики в течение 6 часов, а также развитие картины

перитонита – явились показаниями к выполнению оперативного лечения, который был применен у 316 больных. Срединный доступ был выполнен у пациентов. Операция ограничилась рассечением спаек – у больных, в случаях выполнена резекция кишечника. В случаях произведена фрагментация фитобезоара с низведением в толстую кишку. В случаях выполнена энтеротомия с удалением желчного камня и ушиванием кишечной стенки. На протяжении последних лет чаще стали использовать лапароскопический доступ, выполненный у больных, которым произведено рассечение спаек. У больных, оперированных лапароскопическим доступом летальных исходов не отмечалось. Средний койко-день составил 4,5. Летальность была 2,29.

Заключение: Проведение комплексной инфузионно-спазмолитической терапии с динамическим рентгенологическим контролем пассажа бариевой взвеси по кишечнику может служить надёжным критерием для оценки эффективности консервативной терапии при острой тонкокишечной непроходимости спаечного генеза. Операцией выбора служит широкое применение лапароскопического доступа с возможностью устранения спаечной кишечной непроходимости, а также выявления этиологического фактора данного патологического состояния.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Абдуллаев У.У.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Грыжесечение остаётся одной из наиболее часто выполняемых операций в хирургическом стационаре. По всему миру накоплен огромный опыт различных методик грыжесечений с герниопластикой. Несмотря на стремительное развитие малоинвазивных технологий в абдоминальной хирургии, количество оперативных вмешательств с использованием традиционного лапаротомного доступа остается высоким, после которых в 3-19% случаев развиваются послеоперационные вентральные грыжи. Как правило, грыженосительство отмечается у трудоспособного населения страны, что подчеркивает социальную и экономическую значимость этой проблемы.

Цель. Анализ оказываемой стационарной хирургической помощи пациентам с ущемленными грыжами различных локализаций.

Материал и методы. С 2010 по 2020гг в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 1334 больных с ущемленными вентральными грыжами. Среди госпитализированных преобладали больные мужского пола трудоспособного возраста. Мужчин было 739 (55,4%), женщин – 595 (44,6%). По возрастному признаку: до 18лет было 45 (3,4%) больных, в возрасте от 18 до 44лет – 704 (52,8%), 45-59лет – 354 (26,5%), старше 60лет – 231 (17,3%). Выполнено 1098 операций по поводу ущемленных грыж различной локализации.

Результаты. Большая часть больных поступала в первые часы с момента получения травмы: до 1 часа – 188 (14,1%), в течение суток – 787 (59%), больше суток – 359 (26,9%) пострадавших. При поступлении больного с ущемленной грыжей ставились показания к выполнению операции в экстренном порядке. При наличии осложнения в виде перитонита больным по показаниям проведена предварительная предоперационная инфузионная терапия. В 236 случаях отмечалось разущемление грыжевого выпячивания: указанные больные находились под динамическим наблюдением и в последующем выписаны в удовлетворительном состоянии на оперативное лечение в плановом порядке. В 705 (52,9%) случаях имелась картина ущемленной паховой грыжи, в 326 (24,4%) случаях –

пупочной, в 263 (19,7%) случаях – послеоперационной вентральной и в 40 (3,0%) случаях – бедренной грыжи. В 456 (34,2%) случаях ущемленным органом оказалась петля тонкой кишки, причём в 102 случаях ввиду наличия картины некроза или сомнительных признаках жизнеспособности кишечника – выполнена резекция. Следует отметить, что во всех случаях резекции кишечника больные поступали в поздние сроки от начала заболевания. Выполнено 16 релапаротомий, из них в 2 случаях имелась картина эвентерации. Повторные операции выполнены у больных, поступивших с клинической картиной распространенного перитонита. В 36 случаях по показаниям выполнена пластика с закрытием дефекта грыжевых ворот сетчатым эндопротезом. Средняя продолжительность койко-дней составила 4,4. Летальность была 1,2, отмечалась у больных, поступивших в поздние сроки с момента начала заболевания.

Заключение: Поздняя обращаемость больных с ущемленными грыжами способствует развитию осложнений и ухудшению результатов лечения. Применение сетчатого эндопротеза для герниопластики при ущемленных вентральных грыжах является перспективным направлением современной герниологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Хужамбердиев И.Р., Мирзакулов А.Г., Абдуллаев У.У.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Проблема осложненного течения гастродуоденальных язв сохраняет свою актуальность в системе экстренной медицины. При этом доля первичных гастродуоденальных кровотечений в общей структуре осложнений не имеет тенденции к снижению, в том числе у больных старшей возрастной группы, с наличием сопутствующих заболеваний, с высоким операционным риском. В связи с этим активное внедрение в клиническую практику методов эндоскопического гемостаза может способствовать эффективной остановке кровотечения, а также проводить профилактику рецидива.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности использования различных методов эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Материал и методы. С 2010 по 2020гг в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 1248 больных с осложненным течением язвенной болезни. При этом доля кровотечений в общей структуре осложнений составила 70,9%. Среди госпитализированных преобладали больные мужского пола трудоспособного возраста. Распределение по гендерному признаку было следующим: мужчин – 628 (71%), женщин – 257 (29,0%). По возрастному признаку: до 18 лет было 13 (1,5%) больных, в возрасте от 18 до 44 лет – 468 (52,9%), 45-59 лет – 236 (26,7%), старше 60 лет – 168 (18,9%). Больным поступающим с клинической картиной язвенного кровотечения применяли классификацию J. Forrest (1974 г.), согласно которой у 28 больных имелась картина продолжающегося кровотечения (Ia Ib), у 680 больных – кровотечение на момент поступления было приостановлено (IIa, IIb, IIc, III). С целью гемостаза и профилактики риска рецидива у 686 больных применяли следующие эндоскопические способы: диатермокоагуляцию – у 178 (25,9%), инъекционную (35% раствор этанола и 0,18% раствор адреналина) – у 395 (57,6%) пациентов, комбинацию указанных методов – у 113 (16,5%) больных.

Результаты. Большая часть больных поступала в первые сутки с момента развития признаков кровотечения: до 1 часа – 125 (14,1%), в течение суток – 522 (59,0%), больше суток – 238 (26,9%) больных. У 28 больных с продолжающимся кровотечением (Ia Ib) эндоскопический гемостаз был эффективен в 12 (42,9%), остальные 16 больных с были оперированы в экстренном порядке. Из 680 больных с остановившимся кровотечением у 658 (Ia, Ib) с целью профилактики рецидива выполнены методы эндоскопического гемостаза. Рецидив кровотечения отмечался у 112 больных, которым повторно выполнены повторные эндоскопические вмешательства комбинированным методом. В связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза 57 больных было оперировано. Средняя продолжительность койко-дней составила 3,9. Летальность была 2,37.

Заключение: применение методов эндоскопического гемостаза способствует эффективной первичной остановке кровотечения, которая может рассматриваться в качестве окончательного вмешательства или подготовки к операции у больных с высоким риском рецидива.

10-ЛЕТНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

**Хужамбердиев И.Р., Исабаев Ш.Б., Худойбердиев Б.А., Мирзакулов А.Г.,
Неъматуллаев О.И., Робидинов Б.С., Якуббаев А.**

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Острый аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки, обусловленное внедрением в его стенку патогенной микробной флоры, является второй по частоте причиной госпитализации в хирургический стационар по неотложным показаниям (до 30% больных) и первая — по количеству выполняемых неотложных операций (до 80%). По данным литературы, несмотря на достижения в области диагностики и совершенствовании хирургических методов лечения, послеоперационные осложнения при остром аппендиците составляют до 9%, а летальность – до 0,3%. Диагностика острого аппендицита остаётся затруднительной, особенно для женщин детородного возраста и пациентов старческого возраста, а задержка диагностики и лечения при остром аппендиците может явиться результатом увеличения осложнений и летальности.

Цель. Анализ и обобщение результатов лечения больных с острым аппендицитом.

Материал и методы. С 2010 по 2020гг в отделении экстренной хирургии №3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 4350 больных с острым аппендицитом. Мужчин было 2074 (75,3%), женщин 2276 (24,7%). Больных до 18лет было 213, 18-44года – 2297, 45-59 лет – 1157, старше 60лет – 683. В 3943 случаях выполнены операции лапаротомным, в 407 случаях – лапароскопическим доступом.

Результаты. Большая часть больных поступила в первые 24 часа с момента появления признаков заболевания: до 1 часа – 613, в течение суток – 2566, больше суток – 1171. Доступ Мак-Бурнея использован при типичной картине острого аппендицита и выполнен в 3091 случаях, как правило, данный доступ чаще применялся на начальных этапах работы до широкого внедрения лапароскопических технологий. Лапароскопический доступ применялся у 407 больных, причем он был основным методом выбора при сомнительной картине острого аппендицита. Следует отметить, что в последние годы преимущественно применяется данный доступ не только при сомнительных случаях, но также и при установленной картине острого аппендицита. При наличии картины распространенного перитонита использована срединная лапаротомия, которая была выполнена у 852 больных. При оценке результатов морфологического

исследования в 443 случаях имела место катаральная форма, в 2633 случаях – флегмонозная форма, в остальных случаях гангренозная и гангренозно-перфоративные формы острого аппендицита. Причем в 59 случаях интраоперационно установлена картина периаппендикулярного абсцесса. В 16 случаях имелась картина аппендикулярного инфильтрата, причем в сомнительных 2 случаях указанный диагноз был установлен на основании диагностической лапароскопии. Средний койко-день составил 3,7, причем при лапароскопическом доступе он был 2,0-2,5 раза меньше, нежели при традиционном доступе. Летальность была 0,09, отмечалась у больных с тяжелой сопутствующей патологией, которые поступили в стационар с картиной запущенного распространенного перитонита. У больных с лапароскопическим доступом летальных исходов не отмечалось.

Заключение: Таким образом, учитывая широкое применение лапароскопического доступа в диагностике и лечении острого аппендицита способствует минимальной травматизации брюшной стенки, уменьшает контакт инфицированного материала с тканями брюшной стенки, что соответственно приводит к уменьшению риска раневых осложнений, ранней реабилитации, а также возможность ограничиться диагностической лапароскопией в сомнительных случаях.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Хурсанов Ё.Э.

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП. Республика Узбекистан

Актуальность. Одним из актуальных методов лечения желчекаменной болезни (ЖКБ), острого холецистита (ОХ) является холецистэктомия. До введения лапароскопической холецистэктомии в конце 80-х и в начале 90-х открытая холецистэктомия (ОХЭ) являлась золотым стандартом лечения симптоматического холелитиаза. В этот период диагноз ОХ служил противопоказанием к лапароскопическому лечению вследствие воспаления и отека. ОХ в тот период лечился консервативно: внутривенными растворами и антибиотиками. Это требовало отсроченной холецистэктомии через 6-12 недель после выписки больного. Однако окончательно исключать из арсенала лечебных методик ОХЭ, видимо, пока не следует, принимая во внимание, хотя и очень немногочисленные, позитивные оценки этой методики в лечении ОХ у соматически тяжёлых пациентов даже в сравнении с перкутанной холецистостомией. Альтернативой хирургической холецистэктомии стала лапароскопическая холецистэктомия.

Благодаря внедрению современных методов визуальной диагностики (прежде всего ультразвуковой), а также лапароскопических и миниинвазивных операций результаты лечения ОХ во всем мире улучшились, что привело к снижению летальности до 2,5-4%, а в некоторых ведущих центрах – до 1,1% и менее.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 452 пациентов с диагнозом острый холецистит, находившихся в СФ РНЦЭМП. Мужчин было 101 (22,3%), женщин 351 (77,7%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Средний возраст больных - 52,9 года.

Все больные поступили в стационар экстренно. Давность заболевания варьировала от 1 часа до 10 суток. В исследование брали пациентов с калькулезными формами ОХ.

Гангренозный холецистит диагностирован у 66 пациентов, флегмонозный – у 386. Оперативному лечению были подвергнуты 450 (99,5%) больных ОХ.

Необходимо отметить, что у некоторых больных имелись различные сопутствующие заболевания, среди которых основное место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца имела место у 29 больных, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз у 5, гипертоническая болезнь у 9. У 7 больных отмечался сахарный диабет, у 5 - хронические заболевания легких. Всем этим больным проводили соответствующую предоперационную подготовку. Ожирение III-IV степени наблюдалось чаще у лиц женского пола - 52, чем у мужчин - 3, что не являлось противопоказанием к лапароскопическим операциям.

Последовательное использование таких технических приемов как холецистолитотомия, эндолигатурная тракция шейки желчного пузыря в сочетании с холецистэктомией по Прибраму, выделение пузырного протока и одноименной артерии с помощью специального инструмента, позволило предотвратить повреждение магистральных желчных протоков. В 6 случаях имело место значительное кровотечение из короткого ствола пузырной артерии. Для его остановки нами использовалась инсуффляционная приставка, позволяющая значительно увеличить скорость подачи газа в брюшную полость, что крайне необходимо при интенсивной работе отсоса. Осуществлялась эвакуация кровяных сгустков после их механической фрагментации. Переход на лапаротомию имел место в 2 случае - при синдроме Миризи. Среднее время операции составило 84,1+7,2 мин. Летальных исходов и тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством мы не наблюдали.

Результаты. Для осуществления оперативного вмешательства при ОХ мы располагали двумя основными технологиями оперативного лечения: открытыми (традиционными) и эндовидеохирургическими. Операцией выбора при ОХ мы считаем ЛХЭ.

Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 4,5 койко-дня. Послеоперационная летальность в группе пациентов, оперированных лапароскопическим способом не было. Количество ранних послеоперационных осложнений уменьшилось с 6,6 после открытой холецистэктомии до 2,2% после лапароскопической.

Выводы. При остром холецистите УЗИ имеет низкий показатель чувствительности (25,3%) в выявлении сопутствующего холедохолитиаза, в то время как РПХГ показала чувствительность в 96%, а МСКТ - в 100%.

Тщательное обследование больных перед операцией, совершенствование и оптимизация техники оперативного вмешательства, применение доплерографического исследования и МСКТ у оперируемых пациентов позволяют предупредить ряд ошибок и развитие возможных осложнений при ЛХЭ и улучшить результаты хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Шадиев А.Э., Насретдинова М.Т., Абдуманнобов Ж.Г.
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Происходящие изменения слизистой оболочки носа опасны, могут приводить в дальнейшем к изменениям костной ткани. Возбудителями атрофического ринита являются инфекции, что говорит об отрицательном воздействии на организм. Субатрофический ринит встречается у 10% пациентов с хроническими заболеваниями носовой полости, и характеризуется длительным течением, невыраженными симптомами

сухости и зуда в носу, затруднением дыхания. Спровоцировать такое состояние могут хронические болезни. Хронический субатрофический ринит возникает вследствие эндогенных и экзогенных факторов. Заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой и нервной системы относятся к общим причинам. Они способствуют развитию патогенной (болезнетворной) микрофлоры, накоплению продуктов распада клеток в организме. При этом нарушается регуляция восстановления эпителия носовой полости, клетки начинают замещаться соединительной тканью.

Целью исследования явилась исследование показателей крови у больных с хроническим атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования В клинике Самаркандского медицинского института с 2020 по 2023 год обследовано 20 человек, из них 11 мужчин и 9 женщин с диагнозом хронический атрофический ринит в возрасте 15—70 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа больных 9 больных, после проведенных оперативных вмешательств на перегородке и полости носа. Предъявляли жалобы на образование корок в носу, атрофию, сухость слизистой, слабость, нарушение дыхания. Вторая группа больных 11 больных, ранее не оперированных на полости носа и перегородке носа. Предъявляли жалобы на сухость и образование корок в носу. Все они имели признаки атрофического поражения носовой полости, но ранее не находились на амбулаторном приеме у оториноларинголога. Больным было произведено исследование общего анализа крови, железа, ферритина в крови. Выполняется в комплексе с исследованиями на гемоглобин, трансферрин, общую железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС) и ферритин. Забор крови выполняется из вены. Исследование проводится колориметрическим фотометрическим методом (с феррозином). В норме у мужчин содержание железа в сыворотке составляет 11,6-31,3 мкмоль/л, у женщин – 9,0-30,4 мкмоль/л. Определение железа выполняется колориметрическим методом, часто с использованием феррозина.

Результаты исследования: Суммируя и обобщая данные картины крови, можно свести их к следующему: общее количество лейкоцитов в 57,5% случаев было нормальным, в 25% мало выраженный лейкоцитоз и в 17,5% некоторая лейкопения. Нейтрофильная группа лейкоцитов отличалась уменьшением процентного содержания и характеризовалась дегенеративными формами как сегментированных клеток, так и палочкоядерных. Число палочковидных в большей части гемограмм было уменьшенным и лишь в 12 ти случаях несколько увеличенным, хотя дегенерация была достаточно выражена. Количество эозинофилов у преобладающего большинства больных 64% было нормальным у других же давало некоторые колебания в ту или другую сторону. Число моноцитов за немногими исключениями, особых уклонений не имело,

В норме у больных нормальными значениями железа для взрослого пациента являются показатели от 5.83 до 34.5 мкмоль/л. У 11 больных показатели были в пределах 4,35 мкмоль/л, у 9 больных 6,35 мкмоль/л. В физиологических условиях ферритин отражает содержание железа в крови. Так 1 мкг/л ферритина крови соответствует 8 мг депонированного железа. В 2-х группах больных также было отмечено снижение ферритина в крови ниже 10 нг/мл.

Выводы дегенеративный сдвиг при увеличении числа лимфоцитов должен свидетельствовать по-видимому, о хроническом инфекционном раздражителе. Но менее выраженные изменения не только не исключают инфекции, но подтверждают наше заключение тем, что инфекция, являющаяся раздражителем, еще в силу тех или иных условий не приобрела у этих больных значения хронического фактора. Хотя у больных с хроническим атрофическим ринитом также наблюдается снижение железа и ферритина в крови, что в основном может и является основным фактором, обуславливающим образование сухости и корок в носу.

ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ОККЛЮЗИЕЙ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ.

Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Абдусаттаров К.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Мадиев У.Б, Гуломов А.А.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Доказано, что при опухолях пинеальной области, сопровождающихся обструктивной гидроцефалией, в стадии суб- и декомпенсации, необходимо проводить эндоскопическую вентрикулоцистерностомию III желудочка (ЭВЦС), как первый этап оперативного вмешательства.

Цель работы: применение нейроэндоскопа при опухолях пинеальной области с окклюзией ликворных путей.

Материалы и методы: нами было оперированы 2 больных мужчина 54 лет и ребенок 1 года, с наличием объемного образования в пинеальной области, которым была выполнена ЭВЦС III желудочка по предложенной методике.

Результаты: больные оперированы с использованием ригидного нейроэндоскопа, который позволило значительно уменьшить травматизацию головного мозга во время доступа. Доступ в боковой желудочек осуществлялся стандартным путём в точке Арндта, отходя на 3 см от сагиттального шва и 2 см вперед от коронарного шва. Размеры отступа от швов определялся после просмотра МРТ и МСКТ обследований, что позволило более точную пункцию боковых желудочков, с последующим более широкого осмотра боковых и III-го желудочка через щель Монро. С постоянным эндоскопическим контролем было произведено перфорация дна III-го желудочка. Во время эндоскопической перфорации повреждения сосудистых и нервных структур не отмечено. После для контроля желудочковую полость установлен наружный дренаж по типу Арндта. Наружный дренаж удален на 3 суток. Ликвор чистый, прозрачный.

Заключение: Эндоскопическая вентрикулоцистерностомия III- желудочка является менее травматичным и экономически более выгодным методом лечения по сравнению с имплантацией искусственных шунтов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕГО НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ В ЖЕЛУДОЧКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Жиянов И.А., Бокиев А.М., Каримбаев Ш.Т., Отабаев И.И., Рузматов Ж.И., Рахманов Н.А., Рахимов Н.Н.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение: Кровоизлияние в желудочки головного мозга – это патология, которая относится к острому нарушению мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу. Синонимами данного заболевания являются вентрикулярная геморрагия (внутрижелудочковое кровоизлияние - ВЖК), геморрагический инсульт с прорывом крови в желудочки. По данным статистики, смертность в первый месяц от начала заболевания достигает 80% даже в странах с высоким уровнем развития медицины. В течение первого года умирают 60-80% больных, а более половины выживших навсегда остаются инвалидами.

Цель исследования: оценка эффективности применения раннего наружного дренирование боковых желудочков головного мозга при ОНМК по геморрагическому

типу с кровоизлияниями в желудочки, путем применения малоинвазивных хирургических методов лечения.

Материалы и методы: Малоинвазивные хирургические методы удаления внутрижелудочковых гематом были проведены у 37 больных, находившиеся на лечении в отделении нейрореанимации Наманганского филиала РНЦЭМП по 2019-2022г.г. Возраст больных от 33 до 42 лет, среднем 37 лет. Из них мужчин 22, женщин 15.

Методы нейровизуализации включали компьютерную томографию(КТ) головного мозга, по данным которой определяли динамику объема внутрижелудочковой гематомы, а также места положение катетера в желудочках мозга и по отношению к максимальной диагонали гематомы.

Результаты и обсуждения: Показаниям к малоинвазивным хирургическим методам удаления внутрижелудочковых гематом служили гематомы малого объема до 30 см³ при наличии соответствующей очаговой симптоматики и отсутствии клиники прогрессирующего окклюзии желудочков, отсутствие признаков быстро прогрессирующей декомпенсации дислокационного синдрома. Кроме объема гематомы при выборе тактики оперативного лечения в первую очередь учитывали степень угнетения сознания и выраженность окклюзионного синдрома. У всех больных при поступлении в неврологическом статусе сознание было на уровне глубокого оглушения и сопора. По шкале Хант-Хесса состояние оценивалось как II - III степени. При проведении МСКТ головного мозга выявлено наличие нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу с кровоизлиянием в боковые желудочки, III и IV желудочки. Всем больным было показано экстренная операция по устранению тампонады желудочков. У девяти больнqx операция было проведено на 3 сутки после поступления в клинику, после развития клиники тампонады желудочков, когда сознание было на уровне кома 1 степени по ШКГ, по шкале Хант-Хесса IV-V степени.

Больным было произведено операция «Длительное наружное дренирование передних рогов боковых желудочков по Арндту». Учитывая возможное нахождение дренажных трубок в течении нескольких суток, для профилактики вторичных инфекционных осложнений, дренажные трубки выводили через контуропертуру минимум на 10-15 см от операционной раны.

Перед удалением дренажных трубок, для предупреждения возможной вторичной гидроцефалии, больным было произведено люмбальная пункция.

Хороший исход с полным удалением гематомы и клиническим регрессом, без неврологического дефицита требующего постороннего ухода наблюдался у пяти больных. Летальный исход наступил у 13 больных на фоне двухсторонней пневмонии, вследствие развития окклюзионной гидроцефалии с последующим отеком и вторичным нарушением кровообращения в стволовых структурах головного мозга.

Заключение: Малоинвазивные хирургические методы являются самостоятельными методиками хирургического лечения при внутрижелудочковых кровоизлияниях, позволяющие радикально удалят гематомы у 90% больных, находящихся в компенсированном состоянии, до начала стадии окклюзионного синдрома с хорошими функциональными исходами. Данная методика должна проводится строго по показаниям, под пристальным динамическим неврологическим и КТ-мониторингом в нейрохирургических учреждениях. У пациентов с внутрижелудочковыми кровоизлияниями в компенсированном и субкомпенсированном состоянии предложенная ранняя малоинвазивная методика достаточно перспективна. Она должна проводится при отсутствии признаков прогрессирования окклюзионного синдрома.

НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ – КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ.

Шарифбаев С.А., Абдусаттаров К.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А.,
Ходжиев С.К., Мадиев У.Б..
Наманганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время применение малоинвазивных методов в хирургическом лечении больных с церебральной патологией стало всеобще доступным и нашло свое отражение в многочисленных работах современности. Требования к минимальной травматизации мозговой ткани по ходу хирургического доступа обусловили пересмотр уже существующих хирургических стандартов и стратегий лечения многих нозологических форм, в частности при жидкостных внутричерепных процессах (кисты головного мозга, гидроцефалии, ХСГ), где эндоскопический метод имеет ряд неоспоримых преимуществ в сравнении с классической микрохирургической техникой.

Цель работы: внедрить в клиническую практику новый малоинвазивный метод выполнения нейроэндоскопической вентрикулоцистерностомии дна III желудочка (ЭВЦС III) у больных с окклюзионной гидроцефалией с использованием ригидного нейроэндоскопа. Материалы и методы: в конце 2019 года нами было приобретено нейроэндоскоп. После нами было вылечено 3 больных с окклюзионной гидроцефалией различного генеза. Из них двое дети в возрасте от 2 до 5 лет, 1 больной 54 лет мужчина, которым была выполнена ЭВЦС III по предложенной методике.

Результаты: применение малоинвазивной техники выполнения ЭВЦС III с использованием ригидного нейроэндоскопа позволило значительно уменьшить длину разреза мягких тканей в области доступа. Доступ в боковой желудочек осуществляется путём прокола после разреза твёрдой мозговой оболочки и сопровождается минимальным повреждением паренхимы головного мозга. Это является очень важным, учитывая проведение данной операции у детей с окклюзионной гидроцефалией, у которых головной мозг уже подвержен органическим изменениям. Постоянный эндоскопический контроль при доступе в боковой желудочек повышает безопасность и снижает риск повреждения сосудистых и нервных структур. Он может быть выполнен при резком сужении или полной окклюзии межножковой цистерны, узких (щелевидных) желудочках головного мозга (ширина третьего желудочка менее 8 мм в передних отделах), узком межжелудочковом отверстии Монро, переднезаднем размере препонтиной цистерны менее 6 мм. Летальных исходов не было. Послеоперационных неврологических, эндокринных и инфекционных осложнений не отмечено.

Заключение: малоинвазивная техника выполнения ЭВЦС III с использованием ригидного нейроэндоскопа является эффективным и безопасным способом хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии, который позволяет минимизировать операционную травму на всех его этапах, снизить интра и послеоперационные осложнения и может быть рекомендован к широкому клиническому применению.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНО-ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛИ СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ (1 СЛУЧАЯ ИЗ СОБСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ)

Шарифбаев С.А., Аманов Р.Д., Жиянов И.А., Солижанов Ш.Ш., Бокиев А.М.,
Рахимов Н.Н., Рахманов Н.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Мадиев У.Б.,
Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение: Транссфеноидальный доступ для удаления аденом гипофиза и других новообразований sellarной области является в большинстве случаев эффективным и безопасным методом.

В последние годы в Наманганском филиале РНЦЭМП успешно внедрена и активно применяется методика эндоскопического эндоназального транссфеноидального удаления образований хиазмально-селлярной области. В настоящее время в отделении нейрохирургии РНЦЭМП Нф с использованием данной методики ежегодно оперируются более 20 больных.

Одним из самых серьезных осложнений транссфеноидальной хирургии является повреждение кавернозного сегмента внутренней сонной артерии (ВСА), которое может произойти при вскрытии твердой мозговой оболочки (ТМО) дна турецкого седла не по средней линии на этапе доступа к опухоли. Ранение ВСА может быть также вызвано агрессивными действиями в процессе удаления опухоли из полости кавернозного синуса. Данное осложнение наблюдается, по сообщениям разных авторов от 0 до 3,8%. По данным Р. Carrabianca и соавт. повреждение ВСА наблюдалось у 1 (0,68%) пациента из 146 оперированных транссфеноидально. Больному сразу же была успешно проведена эндоваскулярная операция. Авторами не сообщается, каким образом была выполнена пластика дефекта ВСА. А. Tabae и соавт. сообщают о 2 (0,24%) смертельных случаях, которые связаны с повреждением ВСА. При этом авторы не сообщают о тех случаях повреждения ВСА, которые не привели к летальному исходу. А. Kassam и соавт. после 800 эндоскопических операций сообщают о 2 (0,25%) случаях повреждения ВСА. J. Raymond и J. Hardy [8] после 1800 проведенных микрохирургических транссфеноидальных операций наблюдали окклюзию сонной артерии у 8 больных, стеноз ВСА у 5 и ЛА у 3. Окклюзия и стеноз могут быть вызваны локальным спазмом в ответ на ранение ВСА, тромбообразованием или тугой тампонадой полости кавернозного синуса гемостатическими материалами.

Цель работы: определение тактики при повреждении кавернозного отдела ВСА при трансназальных эндоскопических операциях.

Материалы и методы: Больной 22 лет. При радиологических исследованиях диагностировано кистозное объемное образование (Краниофарингиома) sellarной области с распространением опухоли супраселлярно. Опухоль разрушала дно турецкого седла. Повреждение правой ВСА произошло во время удаления кальцификатов опухоли кюретками. Следует отметить, что кровотечение удалось остановить путем тугой тампонады области кавернозного синуса гемостатическими материалами. При проведении компьютерной томографии, сразу после операции, выявлено кровоизлияние в боковые желудочки и в III- желудочку головного мозга, с признаками гемотампонады. Больному по жизненным показаниям проведена операция “Наружное дренирование обеих боковых желудочков по Арндту”. Несмотря на ренимационные мероприятия у больного отмечается летальный исход на 2 сутки после операции.

Заключение: Повреждение кавернозного сегмента ВСА при транссфеноидальной хирургии является редким, но потенциально смертельным осложнением. Тщательная

подготовка к операции - изучение данных нейровизуализации, отработка техники выполнения трансфеноидального доступа в условиях анатомической лаборатории - позволяет уменьшить риск возникновения данного осложнения. При осуществлении эндоскопического трансфеноидального доступа, удалении опухолей гипофиза и околооселлярного пространства важное значение имеет правильное определение средней линии. Особое значение это имеет при удалении опухолей из полости кавернозного синуса. В тех случаях, когда опухоль плотная, целесообразно часть опухоли, прилегающую к ВСА, не удалять. В данной ситуации важным является использование различных методов нейронавигации (навигационные системы, доплерография). Медицинские учреждения, где проводятся эндоскопические трансфеноидальные операции, должны быть оснащены эндоваскулярной операционной для скорейшего решения проблемы в случае ранения ВСА.

ПРИМЕНЕНИЕ «НЕЙРОЭНДОСКОПА» ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А..
Наманганский филиал РНЦЭМП

Эндоскопическая хирургия направлена на то, чтобы минимизировать область вмешательства в организм человека. Развитие методов нейроэндоскопии изменили кардинальным образом способы операций на головном мозге. В нейроэндоскопе размером в несколько миллиметров используются микрохирургические приборы, установленные на конце гибкой трубки эндоскопа, которую можно проводить сквозь сложные анатомические образования мозга.

Цель работы: применение «Нейроэндоскопа» при патологиях головного мозга

Материалы и методы: с 2020 по 2023 года оперировано 44 больных с применением нейроэндоскопа. 34(77,7%) больных оперированы макроаденомами гипофиза. 11 больным диагностировано акромегалия. У всех больных были явления сдавления зрительных нервов. 6(13,6%) больных оперированы по поводу острых нарушениях мозгового кровообращения с прорывом в желудочковую систему с нейроэндоскопической ассистентированием, 4(9,09%) больным произведено миниинвазивное операция для эндоскопическая фенестрации дна III-желудочка головного мозга при окклюзионной гидроцефалии.

Результаты: больные оперированы с использованием нейроэндоскопа, который позволило значительно уменьшить травматизацию головного мозга во время доступа. Доступы в аденомы гипофиза проводился трансназально, через сфеноидальную полость клиновидной кости. В боковой желудочек осуществлялся стандартным путём в точке Арендта, отходя на 3 см от сагиттального шва и 2 см вперед от коронарного шва. При внутримозговых кровоизлияниях «Нейроэндоскоп» применялся для ревизии места кровоизлияния.

Заключение: Применение «Нейроэндоскопа» является миниинвазивным, менее травматичным и экономически более выгодным методом лечения при патологиях головного мозга

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ УРГЕНТНЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРРАГИЯХ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Нуритдинова Ш.М

Кафедра терапии, кардиологии и скорой помощи
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность. Несмотря на большие успехи в неотложной акушерстве и гинекологии ургентные негравидарные метроррагии (УНгрМ) остаются одними из наиболее менее изученных острых проблем, особенно эпидемиологические и неотложные профилактические аспекты, современного здравоохранения. Эпидемиологическая и неотложная диагностика требуется практически во всех неотложных клинических ситуациях. Это крайне необходимо для ранней разработки оптимизированных алгоритмов донозологической диагностики и профилактики, а также «прицельного» определения стратегии экстренной медицинской помощи и набора дальнейших неотложных исследований при УНгрМ.

Важно отметить, что распространенность УНгрМ досихпор до конца неизвестна. В литературе представлены лишь статистические, не эпидемиологические данные, которые показали, что клиническая ситуация в отношении УНгрМ в целом по различным регионам мира неблагоприятная: • 1 млн женщин в год обращаются за скорой медицинской помощью в связи с отдельными формами УНгрМ в климатических условиях Англии; • у женщин с УНгрМ [например, при наиболее ее распространенных типах – обильных менструальных (ОМК) или аномальных маточных кровотечениях (АМК)] риски экстренной госпитализации повышаются более чем в 2 раза; • с другой стороны каждая вторая женщина с УНгрМ не обращается за медицинской помощью и они живут с высоким риском развития «акушерского континуума» (увеличение смертности в связи с существующей коморбидной патологией) и/или эта патология увеличивает частоту оперативных вмешательств; • более чем у 50% женщин репродуктивного возраста встречается хотя бы один раз в жизни аномальные маточные кровотечения.

Цель исследования – разработка инновационных технологий по ранней диагностике, неотложной помощи и профилактике ургентных негравидарных метроррагий в условиях Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. В качестве ретро-проспективного исследования будут выбраны девочки – подростки (12 – 18 лет) женщины репродуктивного периода (18-45лет) и женщины перименопаузального периода (45 – 55 лет), находившиеся в стационарном лечении АФ РНЦЭМП в период 2022 - 2023 гг.

Все будут обследованы с применением опросных, биохимических, инструментальных, лабораторных, клинических и акушер-гинекологических методов с оценкой: 1) характера и количества кровянистых выделений; 2) гемодинамических показателей (исследовать пульса, артериального давления) и состояний жизненно важных функций (сознания, дыхания, кровообращения); 3) цвета кожного покрова и слизистых оболочек, наличие кахексии, асцита, сыпи, признаков поражения печени); 4) длительности и интенсивности кровотечения; 5) сроков последних нормальных месячных; 6) наличия возможной беременности; 7) наличия миомы матки, аденомиоза, злокачественных заболеваний половых органов, лечение у гематологов; 8) органический и функциональных причин ОКМ и/или АМК.

Результаты исследования. Факторы риска/причины ургентных негравидарных метроррагий будут выявлены и оценены по принятой «Классификационной системе FIGO (PALM – COEIN): Polyp (полип) (АМК-Р); adenomiosis (аденомиоз) (АМК-А); • leiomyoma (лейомиома) (АМК-Л); • malignancy (малигнизация) (АМК-М) и hyperplasiya

(гиперплазия); coagulopathy (коагулопатия) (АМК-С); ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) (АМК-О); endometrial (эндометриальные) (АМК-Е); iatrogenic (ятрогенное) (АМК-1); - hot yet classified (ещё неклассифицированные) (АМК-Н).

Также будут учтены следующие коррекции в отношении классификационной системы PALM – COEIN [Edelman A. et al., 2007; Andreeva E.H. и др. 2019): • АМК-А – улучшенные критерии ультразвуковой диагностики; • АМК-L – определение 3 типа узла как субмукозная миома матки. Типы и отличия между узлами: 1) типов 0 и 1; 6 и 7; 2) типов 2 и 3; 4 и 5.; • АМК-С – больше не содержит АМК, связанные с препаратами, которые нарушают свертывание крови; • АМК-I – содержит АМК, связанные с любой ятрогенией, включая использование антикоагулянтов и препаратов, влияющих на овуляцию; • АМК-О – не включает в себя овуляторные расстройства, связанные с лекарствами, известными или подозреваемыми в нарушении овуляции; • АМК-Н – «Ни относятся ни к одной из категорий».

Для диагностики аномальных маточных кровотечений будет применен «Алгоритм диагностики аномальных кровотечений» (Mungo M.G. et al., 2018 и Чернуха Г.Е. и соавт. (2013): 1) ОМК с менархе; 2) одно из нижеперечисленных кровотечений послеродовые, во время операции и связанное со стоматологическими вмешательствами; 3) два или более из следующих симптомов: • синяки 1-2 раза в месяц; • носовое кровотечения 1-2 раза в месяц; - частая кровоточивость десен; • случай кровотечений в семейном анамнезе; 4) сбор анамнеза; 5) объективизация чрезмерной менструальной кровопотери для исключения острого АМК; 6) исключить беременность (анализ мочи или сыворотки крови на наличие β -субъединицы ХГЧ); 7) установить факт кровотечения из матки (а не из влагалища, вульвы, промежности или перинеальной области; 8) после выявления кровотечения из матки оценивается каждый из компонентов системы PALM – COEIN; 9) овуляторный статус (измерение прогестерона в сыворотке в лютеиновую фазу); 10) оценка функции щитовидной железы (при наличии клинических симптомов); 11) показания к биопсии эндометрия (NICE 2018): постоянное межменструальное кровотечение; женщины в возрасте 45 лет и старше; неудачное или неэффективное лечение; 12) ультразвуковой метод исследования – как диагностический инструмент первой линии для выявления структурных нарушений и гистероскопия (если результаты УЗИ не убедительны); 13) магнитно-резонансная томография (альтернативный метод при невозможности УЗИ; (гистероскопии) 14) дилатация и выскабливание (РДВ) (по необходимости).

Вывод. По данным исследования будет разработан алгоритм и прогнозирующая шкала эпидемиологического выявления urgentных негравидарных метроррагий, которые позволяют выявить этих заболеваний на ранней стадии или «предсказать» уровень их опасности.

Результаты фармакоэпидемиологического мониторинга способствуют резкому улучшению лечения и повышению эффективности оказания неотложной медицинской помощи при urgentных негравидарных метроррагиях.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Шоназаров И.Ш., Муродуллаев С.О.

Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП. Самарканд, Республика Узбекистан.

Введение. Вопросы ранней профилактики и рациональной лечебной тактики при острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) продолжают оставаться одной из сложных и весьма актуальных проблем абдоминальной хирургии. По данным разных авторов, частота ОСКН составляет от 50 до 93.3% от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза. Летальность при этом колеблется в пределах от 7,6 до 57%.

Целью настоящего исследования явился поиск путей улучшения профилактики и выбора хирургической тактики при острой спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 202 пациентов острой кишечной непроходимостью. Из них (I группа) 118 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), госпитализированных в хирургические отделения Самаркандского филиала РНЦЭМП и находившимся под нашим наблюдением за период 2018- 2020гг. Контрольную группу составили 84 больных, которым операция лапаротомия произведена традиционным способом (II группа), леченных 2016-2018гг. Возраст больных, пол, сроки госпитализации в стационар после заболевания были сопоставимы. Данное заболевание у мужчин встречалось значительно чаще (65,5%), чем у женщин (34,5%). Наиболее частыми причинами возникновения ОСКН являются аппендэктомия, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесённые операции по поводу гинекологических заболеваний и травмы органов брюшной полости. Общеизвестно важное значение для исходов лечения больных с ОСКН сроков госпитализации. В 74,5% наблюдений в обеих группах пациенты были госпитализированы в течение 24 часов от момента начала заболевания и лишь 19,5% больных - до 6 часов. Ранее больные перенесли от 1 до 7 операций на органах брюшной полости; у 8 пациентов в I группе операций в анамнезе не было. Хирургическая тактика базировалась на принятом в клинике лечебно – диагностическом алгоритме. В предоперационную диагностическую программу входили клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы обследования.

Результаты. Больным с ОСКН и признаками перитонита выполнялась экстренная операция. Лечебные мероприятия у больных (без признаков перитонита) начинали с консервативных мероприятий, при этом удалось полностью ликвидировать явления непроходимости у 27 больных I группы и у 13 больных во II группе соответственно. При отсутствии клинического эффекта от консервативного лечения в течение 3-5 часов выполнялась лапаротомия. Оперировано было 78 (66%) больных из 118 (I группы). При операциях были выявлены некроз кишки (20), массивный спаечный конгломерат (31), распространенный спаечный процесс (17), резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки (5), сочетание ОСКН с узлообразованием (3) и плотный рубцовый процесс (2). Во время операции в 74,6% случаев произведено рассечение спаек, у 17 больных выполнена резекция кишки с наложением первичного анастомоза и лишь в 3 случаях накладывали разгрузочную илеостому. Во время операции для профилактики рецидива острой спаечной кишечной непроходимости проводили интубацию всего тонкого кишечника зондом Меллори-Эботта и у 36 (31,5%) больных трансректально интубирован толстый кишечник. Применяем

специальную смесь для вливания в брюшную полость: гемодез 100-150 мл, 20-30 мг трипсин, гидрокортизон 125 мг или преднизолон 30 мг. В зависимости от характера спаечного процесса брюшной полости вливание смеси можно продолжать в течении 3-4 дней через специально установленный микроиригатор. С 2018 года в послеоперационном периоде у 74 больных (I группа) мы начали применять низкочастотную полупроводниковую лазеротерапию лазером АЛТ "Восток". Методика лазеротерапии: контактная, через повязку. Импульсная мощность 6- 7 Вт, частота импульсов 300 Гц. Больные до выписки получают 8-10 сеансов лазеротерапии. Из 84 (II группа) оперировано было 71 (84,5%) больных. Во время лапаротомии выполнялось в 77,4% случаев рассечение спаек, у 4 больных произведена резекция кишки с наложением анастомоза. Операция заканчивалась интубацией назогастральным зондом, в послеоперационном периоде лазеротерапия не проводилась. В послеоперационном периоде у 6 больных I группы восстановление функции кишечника наблюдалось через 18-30 часов, а во II группе - 48-72 часов. Из 78 оперированных больных (I группа) лишь у 6 (7,6%) в послеоперационном периоде отмечались осложнения в виде прогрессирующего перитонита - у 3, нагноение операционной раны и эвентрация кишечника - у 3. Релапаротомия выполнена у 9 больных. Послеоперационная летальность составила 10,3%. Тогда как, из 71 больного (II группа) в послеоперационном периоде у 15 пациентов (21,1%) наблюдались различные осложнения: нагноение операционной раны, разлитой перитонит и др. Релапаротомия осуществлена у 6 больных. Послеоперационная летальность составила 22,3% (16). Среднее пребывание на койке у больных I группы составило $8.5 \pm 1,5$ дней, во II группе - $11,4 \pm 2,0$ койко/дней. В отдаленные сроки (3-5 лет) из 70 оперированных больных (I группа) у 65 обследованных рецидивов заболевания не выявлено, а среди больных II группы из 61 обследованного рецидив заболевания наблюдался у 9 (14,7%) пациентов. Из них 7 человек повторно оперированы.

Заключение. Таким образом, с целью профилактики повторного спайкообразования одновременное применение специальной смеси в брюшную полость, шинирование во время операции тонкого и толстого кишечника и использование низкочастотной полупроводниковой лазеротерапии на область раны в послеоперационном периоде, являясь патогенетически обоснованным, позволило улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ У ПОЖИЛЫХ

Шоназаров И.Ш., Муродуллаев С.О.

**Самаркандский Государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП. Республика Узбекистан.**

Цель работы. Изучит возможности лапароскопического адгезиолизиса в хирургическом лечении острой спаечной непроходимости у пожилых.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП выполнено 56 операций лапароскопического адгезиолизиса, что составило 33,1% из 169 операция по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2015-2020 гг. Операция проводится эндотрахеальным наркозом. Возраст больных колебался от 60 до 84 лет. Мужчин было 37(66%), женщин-19(44%). Доступ осуществляется после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см во избежание повреждения кишечника. Затем в той же точке вводится смотровой троакар в

удобных для манипуляций местах. Осмотр кишечника начинается со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводится при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2см) шнуровидные изолированные спайки (штранги), содержащие сосуды, пересекаем ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения анатомическими точно разделяем ножницами при полной их визуализации и осторожной тракции кишечника, отступя не менее 0,5 см от его стенки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степень) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника - переходим к лапаротомии. Длительности операции составила от 20 до 155 минут (в среднем 45 минут).

Результаты. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 2 до 10 суток (в среднем 5,5 дня).

Выводы.

Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости.

При лапароскопическом адгезиолизисе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИО ФУНДАЛЬ НЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

Эгамбердиев А.А., Арзиев И.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Оперативное лечение кардиофундальных и субтотальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) часто вызывает ряд трудностей, связанных с размерами содержимого грыжи и изменениями в области пищеводножелудочного перехода. Эндовидеохирургический доступ несмотря на то, что является наиболее сложным с технической точки зрения, сегодня широко используется при этой операции. Но все же остаются открытыми ряд вопросов, касающихся техники лапароскопического лечения: поиск безопасного и эффективного способа восстановления дефекта пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и создания эффективной манжеты.

Материал и методы. С 2010 по 2023 год выполнено 35 операции у больных с кардиофундальными (КФ) 18, субтотальными (СТ) – 14 и тотальными (Т) 3 ГПОД. Доступ: 20 (57,1%) лапароскопически (КФ – 12, СТ – 6, Т 2) и 15 (42,8%) из лапаротомного доступа (КФ 8, СТ – 5, Т – 2). Средний возраст 62,5 года (41 – 83). Длительность заболевания 8,9 лет. Внепищеводные симптомы у 17 (48,5%) больных: 10 – бронхолегочный, 8 – гастрокардиальный. Укорочение пищевода (УП) диагностировано у всех пациентов. Вне зависимости от доступа этапы операции не изменялись: низведение

грыжевого содержимого, иссечение грыжевого мешка, симметричная фундо или гастропликация по Черноусову при 1 или 2 степени УП, задняя крурорафия. Проведено 17 фундопликаций (эндоскопически – 11) при укорочении 1 степени и 19 гастропликаций (эндоскопически – 14) преимущественно при УП 2 степени. Дефект пищеводного отверстия всегда устранялся без установки аллотрансплантатов, выполнялась задняя крурорафия. Осложнения во время операции у 3 больных (1 – кровотечение, 1 – вскрытие плевры, 1 – травма кардии); все устранены во время операции без конверсии, на послеоперационный период не повлияли. Результаты. Средний койкодень после лапароскопии 6,5, при лапаротомии – 9,3. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у 10 пациентов: лапароскопия: 2 – дуоденостаз, гастростаз, 1 – бронхоспазм, 1 – рецидив ГПОД (неполное иссечение грыжевого мешка), 1 дисфагия, 1 – пневмоторакс; лапаротомия – гастродуоденостаз – 1, острый панкреатит – 1, гиперфункция манжеты – 1 (выполнена дилатация), сердечная недостаточность – 1. Рецидив ГПОД и послеоперационная дисфагия после лапароскопии у 1 пациента потребовали повторные операции в раннем послеоперационном периодах. Остальные осложнения разрешены консервативно. Рецидивов рефлюксэзофагита, осложнений в отдаленном периоде не выявлено. Адекватно функционирующая манжета располагалась в заднем средостении у трети пациентов. Крурорафия эффективна у всех пациентов вне зависимости от изначальных размеров ПОД.

Выводы. 1. Формирование полной симметричной манжеты – оптимальный метод антирефлюксной операции у больных с кардиофундальными, субтотальными и тотальными ГПОД при УП. 2. Правильно сформированная манжета корригирует рефлюксэзофагит вне зависимости от ее расположения относительно диафрагмы. Фиксация манжеты к окружающим тканям является ошибочной. 3. Полное иссечение грыжевого мешка – эффективная профилактика рецидива грыжи. 4. Задняя крурорафия дает возможность эффективно устранить дефект ПОД без аллопластики. 5. Операция выполнима и эффективна при использовании лапароскопии. Процент послеоперационных осложнений сопоставим при сравнении двух доступов.

НЕКОТОРЫЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

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

Актуальность. В структуре госпитализируемых пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости острый калькулезный холецистит (ОКХ) занимает второе место (24,4%) после острого аппендицита (26,4%), а холецистэктомия (ХЭ) – в структуре экстренных и неотложных операций (25,3%) после аппендэктомии (42,5%) [Ревитшвили А.Ш., 2019]. Одним из ведущих мест в структуре ранних послеоперационных осложнений после ХЭ является желчеистечение (ЖИ). После открытой ХЭ утечка желчи наблюдается в 5-15% случаев, после ХЭ из мини-доступа, в 3,6%, после ЛХЭ, в 2-5% случаев [Давлатов С.С., 2020; Хаджибаев А.М., 2019].

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного ЖИ у 79 больных по поводу острого калькулезного холецистита за период 2016–2023гг. на клинических базах первого и второго хирургического отделений РЦЭМП «АФ», а также в 3 хирургическом отделении Клиники и городской больницы Андижанского государственного медицинского института.

Результаты и их обсуждение. Как известно на выбор метода хирургического лечения и его исходы определенную роль играет возраст больного. Распределение исследуемых больных, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021г.). Однотипность основной хирургической патологии, равные условия оказания специализированной помощи, однотипность сопутствующих заболеваний и равная частота их встречаемости, а также характер оперативных вмешательств позволили привести количественные характеристики в объединенном виде.

При остром калькулезном холецистите, после оперативных вмешательств на желчном пузыре (ЖП), наибольший контингент больных с послеоперационным ЖИ составили в возрасте 45-59 лет – 41 (56,9%), т.е. в зрелом возрасте, которые составляют наиболее трудоспособную часть населения и имеет важное медицинское и экономическое значение. В возрасте 19-44 лет, т.е. в молодом возрасте у наблюдаемых, послеоперационное ЖИ диагностировано у 9 (12,5%), которые являются будущим нашего общества. В возрасте 60 лет и старше, т.е. в пожилом возрасте – 22 (30,6%) больных, что имеет важное медико-социальное значение.

При анализе мужчины составили 33 (45,8%), а женщины – 39 (54,2%) с соотношением, приблизительно 1:1, что в последующем явилось причиной более тщательного анализа данного положения. При ОКХ наибольший контингент с послеоперационным ЖИ составили с ожирением второй степени - у 41 (56,9%) больных. У исследуемых, первая степень ожирения установлена – у 19 (26,4%) и с третьей степенью – у 12 (16,7%) больных. При всех степенях ожирения возникали определенные сложности в плане тактики и техники оперирования, которые, однако более выражены при третьей степени. Наиболее часто ЖИ на фоне ожирения установлена при флегмонозной форме ОКХ – у 33 (45,8%) больных. На фоне ожирения, послеоперационное ЖИ установлена при ОКХ, осложненной простой формой – у 25 (34,7%) и гангренозной форме – 14 (19,4%) больных.

В диагностике и определении хирургической тактики важным является определение степени послеоперационного ЖИ. Для этого мы придерживались классификации Моргенштерна (Morgenstern L., 2006). У исследуемых на фоне ожирения послеоперационный период осложнился ЖИ I степени – 33 (45,8%), II степени – у 29 больных (40,3%) и III степени – у 10 (13,9%) больных.

Источником послеоперационного ЖИ в 11 наблюдениях были дополнительные (аберрантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе ЖП, в 29 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания лигатуры и клипс, в 19 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков, у 3 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха и у 4 - вследствие выпадения установленного дренажа из общего желчного протока. В 6 наблюдениях источник не идентифицирован.

При ОКХ на фоне ожирения послеоперационное ЖИ возникло после ЛХЭ у 30 (41,7%) больных, после ХЭ из мини доступа – у 26 (36,1%) и после «традиционной» ХЭ – у 16 (22,2%). Полученные данные свидетельствуют о значительных технических сложностях при выполнении ЛХЭ и ХЭ из мини доступа, что требовало совершенствования технических подходов и уточнений к выбору оперативного вмешательства у данного контингента.

У 33 (45,8%) больных диагностирована различного рода сопутствующая терапевтическая патология. Это относится, в большей степени, к пациентам старших возрастных групп, хотя такая патология как ожирение (11,1%), встречалась в молодом и среднем возрасте. Значительные сложности возникали при определении хирургической тактики при сочетании двух и более терапевтической патологии, которая установлена у 6 (8,3%) больных.

Заключение. Таким образом, при ОКХ на фоне ожирения, учет типологических особенностей и некоторых тактико-технических аспектов, позволит уменьшить частоту послеоперационного желчеистечения

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Бобоев У., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из ведущих мест в структуре ранних послеоперационных осложнений после холецистэктомии (ХЭ) является желчеистечение (ЖИ), который колеблется от 1 до 4% в год [Назыров Ф.Г., 2019]. Тревожным является тот факт, что отмечается рост людей с ожирением и в нашей Республике [World Population Review, 2019]. Вызывает тревогу ситуация, когда частота релапаротомий и послеоперационная летальность при ЖИ после urgentных операций сохраняется стабильно высокой [Зубрицкий В.Ф., 2019]. Несмотря на большое количество публикаций, общепринятая тактика лечения отсутствует, а результаты хирургического лечения остаются не всегда удовлетворительными [Seon Ung Yun, 2017].

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного желчеистечения у 79 больных по поводу острого калькулезного холецистита за период 2016–2023гг. на клинических базах первого и второго хирургического отделений РЦЭМП «АФ», а также в 3 хирургическом отделении Клиники и городской больницы Андижанского государственного медицинского института.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения показал, что из 922 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ), за период с 2016 по 2019 годы (4 года) послеоперационное желчеистечение (ЖИ) отмечено в 43 (4,7%) случаев. В целом, в контрольной группе послеоперационное ЖИ, отмечено у 43 (4,7%) больных, где релапаротомии выполнены у 30 (3,3%) с летальным исходом у 9 (1,0%) и релапароскопии у 13 (1,4%) больных. В контрольной группе послеоперационные гнойно-септические (раневые) осложнения отмечены у 34 (3,7%) больных, а послеоперационные осложнения общего характера – у 63 (6,8%) с летальным исходом в 6 (0,7%) случаев. Ретроспективный анализ результатов urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения явилось базой для изучения недочетов и упущений, что явилось основанием для определения путей оптимизации хирургической тактики и разработки мер профилактики возникновения послеоперационного ЖИ.

В основной группе анализ результатов хирургического лечения показал, что из 1247 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу ОКХ, за период с 2019 по 2023 годы (4 года) послеоперационное ЖИ отмечено в 29 (2,3%) случаев. В целом, в основной группе послеоперационное ЖИ, отмечено у 29 (2,3%) больных, где релапаротомии выполнены у 10 (0,8%) с летальным исходом у 1 (0,1%) и релапароскопии у 19 (1,5%) больных. Послеоперационные гнойно-септические (раневые) осложнения отмечены у 19 (1,5%) больных, а послеоперационные осложнения общего характера – у 33 (2,6%) с летальным исходом в 3 (0,2%) случаев.

Проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения показал, что за последующий аналогичный промежуток времени частота возникновения и развития

послеоперационного ЖИ уменьшилось с 43 (4,7%) до 29 (2,3%) – (снижение в 2 раза), частота выполнения релапаротомий уменьшилось с 30 (3,3%) до 10 (0,8%) – (снижение в 4 раза) и летальных исходов с 8 (0,9%) до 0,1% – (снижение в 10 раз). Вместе с тем частота гнойно-септических (раневых) осложнений уменьшилось с 34 (3,7%) до 19 (1,5%) – (снижение в 2,5 раза), а осложнения общего характера уменьшились с 63 (6,8%) до 33 (2,6%) – (снижение в 2,6 раза) и частота летальных исходов – с 6 (0,7%) до 3 (0,2%) – (снижение в 3,5 раза).

Заключение. Таким образом, в процессе проведенного исследования у больных с деструктивными формами ОКХ на фоне ожирения развитие послеоперационного ЖИ нами установлена взаимосвязь степени ожирения, характера патоморфологических изменений в желчном пузыре, метода оперативного вмешательства на характер и степень послеоперационного ЖИ, а также на его исходы. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм действий в профилактике, своевременной диагностике и лечении данного контингента и в том числе усовершенствовать способ «погружного» инвагинационного холедоходуоденоанастомоза, что в целом позволило оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения. Также нами установлено, что при возникновении данного осложнения объем и характер реоперации зависит не от объема послеоперационного ЖИ, а от причины его возникновения.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ ДОСТУПА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А., Бобоев У.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время частота желчеистечения (ЖИ) в структуре послеоперационных осложнений колеблется в пределах 0,53-6,3%. Причины развития послеоперационного ЖИ многообразны [Лебедев Н.В., 2021]. Несмотря на большое количество публикаций, общепринятая тактика лечения отсутствует, а результаты хирургического лечения остаются не всегда удовлетворительными [Seon Ung Yun, 2017].

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного желчеистечения у 79 больных по поводу острого калькулезного холецистита за период 2016–2023гг. на клинических базах первого и второго хирургического отделений РЦЭМП «АФ», а также в 3 хирургическом отделении Клиники и городской больницы Андижанского государственного медицинского института.

Результаты и их обсуждение. Организация проведения исследования, в соответствии с поставленной целью, заключалась в следующем: на первом (ретроспективном) этапе осуществлен анализ результатов хирургического лечения больных с ургентными заболеваниями, у которых послеоперационный период осложнился желчеистечением, где придерживались традиционных подходов при релапаротомии и релапароскопии с 2016 по 2019 годы (контрольная группа – 43 больных).

Результаты этого этапа наблюдения явились базой для изучения исходов желчеистечения и несостоятельности швов межкишечных анастомозов после ургентных оперативных вмешательств (характера и частоты послеоперационных осложнений, гнойно-септических осложнений и осложнений общего характера, а также летальности).

Ретроспективный анализ полученных данных показал, что в контрольной группе наиболее часто послеоперационное ЖИ наблюдалось при выполнении первичных оперативных вмешательств в виде ХЭ из мини доступа – 21 (14,8%). В контрольной

группе после ХЭ из мини доступа (142 больных) желчеистечение из 21 (14,8%) в 5 (3,5%) диагностировано в 1-е сутки послеоперационного периода, в 10 (7,0%) – на 2-3 сутки и в 6 (4,2%) – на 4-7 сутки. При этом, в контрольной группе причиной ЖИ явилось несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания лигатуры у 3 (2,1%), выпадение дренажа из холедоха – у 2 (1,4%), ЖИ из ходов Люшка и ложа ЖП – у 8 (5,6%), ограниченное пересечение не основного ЖПр – у 1 (0,7%), полное пересечение не основного ЖПр – у 2 (1,4%), ограниченное повреждение холедоха – у 2 (1,4%), а также полное пересечение и перевязка холедоха – у 2 (1,4%) больных. После ХЭ из мини доступа ЖИ I степени отмечено у 7 (4,9%) больных, II степени – у 11 (7,7%) и III степени – 3 (2,1%). В контрольной группе в возникновении послеоперационного ЖИ также повлияли значительные технические сложности, обусловленные ожирением II и III степени у 18 (12,6 %) больных, а также флегмонозная и гангренозная формы ОКХ – у 14 (9,8%). После ХЭ из мини доступа 21 (14,8%) больной с послеоперационным желчеистечением в 15 (10,5%) случаев подлежали релапаротомии, а в 6 (4,2%) – релапароскопии.

После ХЭ из мини доступа возникновение послеоперационного желчеистечения в связи с несостоятельностью культи ППр и ограниченным ятрогенным повреждением и окклюзией холедоха наступил летальный исход у 3 (2,1%) больных. У всех больных ЖИ наступило на фоне ожирения II и III степени, а также при флегмонозной и гангренозной формах ОКХ, с наличием сопутствующей патологии со стороны сердечно сосудистой системы. Также было установлено, что в период предоперационной подготовки допущены упущения в связи с выжидательной тактикой и применением множества дополнительных исследований. К тому же, выполнение релапаротомии у данного контингента на фоне ожирения оказалось более травматичным.

В контрольной группе у больных с желчеистечением послеоперационные раневые осложнения диагностированы в 34 (3,7%) случаев. При этом, после ХЭ из мини доступа – 6 (4,2%) больных. Послеоперационные осложнения общего характера отмечены у 63 (6,8%) больных с летальным исходом в 6 (0,7%) случаев. При этом, после ХЭ из мини доступа – у 13 (9,1%) больных с летальным исходом в 1 (0,7%) случае.

Заключение. Ретроспективный анализ результатов у больных с деструктивными формами ОКХ на фоне ожирения развитие послеоперационного ЖИ после ХЭ из мини доступа позволил нам установить наличие взаимосвязи степени ожирения, характера патоморфологических изменений в ЖП, метода оперативного вмешательства на характер и степень послеоперационного ЖИ, а также на его исходы. Пути улучшения результатов при данном осложнении возможно разработкой лечебно-диагностического алгоритма действий в профилактике, своевременной диагностике и лечения, что в целом позволит оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения данной категории больных.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Хамидов Ф.Ш., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Внедрение в клиническую практику усовершенствованных лечебно-диагностических алгоритмов, способствующих раннему распознаванию послеоперационного желчеистечения (ЖИ), а также принятия

своевременных лечебных мероприятий, заслуживают самого пристального внимания [Куликовский В.Ф., 2018; Луцевич О.Э., 2021].

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного желчеистечения у 79 больных по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ) за период 2016–2023 гг.

Результаты и их обсуждение. Согласно предлагаемому лечебно-диагностическому алгоритму при послеоперационном ЖИ, наряду с анализом жалоб, сбором анамнеза с установлением особенностей первичной операции, повторное ЭКГ, проводились клинические и повторные лабораторные исследования. При диагностировании сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами (в зависимости от характера патологии). Параллельно, проводилось УЗИ как наиболее доступный и неинвазивный метод лучевой диагностики. Индекс массы тела (ИМТ) определяли по Келли (2022). К релапароскопии прибегали с диагностической целью, когда при неблагоприятном течении послеоперационного периода предполагалось наличие отграниченного перитонита, а неинвазивные методы диагностики ожидаемой информации не дали. При УЗИ, определение следов жидкости или его наличие менее 500 мл, необходимо активное наблюдение в динамике. Следует добавить ингибиторы протеаз и антисекреторные препараты, а также проводить аспирацию желудочного содержимого с использованием зонда для постоянной декомпрессии.

При распространение свободной жидкости по всей брюшной полости, превышающая объем более 500 мл, позволяет судить о возникновении жизнеугрожающего осложнения. Этому контингенту, в экстренном порядке (по показаниям) следует провести КТ или МСКТ. Чтобы определить характер и уровень дефекта и избрать соответствующую лечебную тактику необходимо произвести эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ). Интраоперационная холангиография (ИОХГ) через культю пузырного протока (ППр) позволяет установить причину гипертензии, но устранить ее лапароскопическим путем сложно, тем более в столь неблагоприятных условиях. Проще и безопаснее сделать это «открытым» способом.

Дальнейшая тактика лапароскопического вмешательства зависит от результатов холангиографии и заключается в клипировании ППр, его дренировании или расширении объема операции с вероятным переходом на лапаротомию. После устранения причины ЖИ промывают брюшную полость, устанавливают дренажи. Подозрение на послеоперационное ЖИ, диагностируемое по отделяемому по дренажу или вследствие комплексной диагностики, являются показанием к релапароскопии.

Отсутствие эффекта от спазмолитической терапии в течение 1-2 суток следует рассматривать как показание к релапароскопии даже при небольшом (до 100 мл), но стабильном объеме желчных выделений.

Вопрос о безотлагательной релапароскопии встает в тех случаях, когда объем желчи, выделившейся по дренажу в первые сутки после операции, превышает 500 мл, либо УЗИ обнаруживает свободную жидкость в брюшной полости. Это может быть связано с повреждением магистральных желчевыводящих протоков, несостоятельностью или дефектом в культе пузырного протока. В первом случае релапароскопия малоперспективна. Здесь требуется вмешательство лапаротомным доступом. При ЖИ из культы пузырного протока следует отдать предпочтение релапароскопии. Повторное вмешательство выполнялось в сроки от 2 дней до 7 суток после операции.

При несостоятельности культы ППр или же выпадении дренажа из общего ЖПр, оптимально выполнение релапароскопии с клипированием культы ППр или повторной установкой дренажа в холедох и его повторной фиксацией. При ЖИ из ходов Люшка, при

отсутствии эффекта консервативной терапии, также оптимально выполнение в качестве реоперации – релапароскопии, с ушиванием, клипированием или же коагуляцией. Ограниченное пересечение или окклюзия не основных ЖПр, также являются показанием к релапароскопии с ушиванием или же клипированием на каркасном дренаже. При полном пересечении или окклюзии не основных ЖПр или же ограниченном пересечении холедоха являются показанием к релапаротомии «традиционным» способом, с ушиванием на Т-образном дренаже, с последующим стентированием. При полном пересечении или окклюзии общего ЖПр, показано релапаротомия с холедоходуоденоанастомозом (ХДА) или холедохоеюноанастомозом (ХЕА) «конец в бок» «погружными» швами по нашей методике, с назогастро – или же –еюно-билиарным дренированием. В определенных клинических ситуациях показано РВО.

Заключение. Применение данного лечебно-диагностического алгоритма действий способствует оптимизации хирургической тактики и улучшению результатов хирургического лечения данной категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

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

Актуальность проблемы. Острый калькулезный холецистит (ОКХ) сопровождается высокой послеоперационной летальностью - 0,9 до 14,6%, которая у больных старше 60 лет достигает 20-23%, среди которых преимущественно лица с ожирением. Вызывает тревогу ситуация, когда частота релапаротомий и послеоперационная летальность при желчеистечении после urgentных операций сохраняется стабильно высокой. По данным ряда авторов, частота релапаротомии колеблется от 0,5 до 13,6%.

На сегодня не существует единой доктрины в диагностической и хирургической тактике, а лечебно-диагностические алгоритмы требуют совершенствования. Решению этих вопросов и посвящено настоящее исследование.

Цель исследования. Улучшение результатов релапаротомии и релапароскопии при желчеистечении в urgentной хирургии, путем разработки лечебно-диагностического алгоритма действий.

Материал и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения послеоперационного желчеистечения (ЖИ) у 72 больных по поводу ОКХ за период 2016–2023гг.

Исследуемые больные условно разделена на две группы:

- контрольная группа – (2016-2019 годы) - 43 (59,7%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- основная группа – (2020-2023 годы) - 29 (40,3%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Распределение исследуемых больных, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021г.).

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ результатов urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения явилось базой для изучения недочетов и упущений, что явилось основанием для разработки лечебно-диагностического алгоритма действий при оптимизации хирургической тактики и разработки мер профилактики возникновения послеоперационного ЖИ и в том числе

усовершенствованного способа инвагинационного холедоходуоденоанастомоза (ХДА).

Придерживаясь разработанного лечебно-диагностического алгоритма действий, а также оптимизировав некоторые тактико-технические аспекты с 2019 по 2023 годы, в основной группе послеоперационное ЖИ, отмечено у 29 (2,3%) больных, где релапаротомии выполнены у 10 (0,8%) с летальным исходом у 1 (0,1%) и релапароскопии у 19 (1,5%) больных. В основной группе, послеоперационные гнойно-септические (раневые) осложнения отмечены у 19 (1,5%) больных, а послеоперационные осложнения общего характера – у 33 (2,6%) с летальным исходом в 3 (0,2%) случаев.

Таким образом, после urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения за последующий аналогичный промежуток времени частота возникновения и развития послеоперационного ЖИ уменьшилось с 43 (4,7%) до 29 (2,3%) – (снижение в 2 раза), частота выполнения релапаротомий уменьшилось с 30 (3,3%) до 10 (0,8%) – (снижение в 4 раза) и летальных исходов с 8 (0,9%) до 0,1% – (снижение в 10 раз). Вместе с тем частота гнойно-септических (раневых) осложнений уменьшилось с 34 (3,7%) до 19 (1,5%) – (снижение в 2,5 раза), а осложнения общего характера уменьшились с 63 (6,8%) до 33 (2,6%) – (снижение в 2,6 раза) и частота летальных исходов – с 6 (0,7%) до 3 (0,2%) – (снижение в 3,5 раза).

Заключение. Таким образом, при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения развитие и степень послеоперационного ЖИ взаимосвязана со степенью ожирения, характером патоморфологических изменений в желчном пузыре, метода оперативного вмешательства. В результате, разработан лечебно-диагностический алгоритм действий в профилактике, своевременной диагностики и лечении данного контингента, что в целом позволило оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения данной категории больных. Также установлено, что объем и характер реоперации зависит не от объема послеоперационного ЖИ, а от причины его возникновения. Так при повреждении трубчатых структур желчевыводящих путей, операцией выбора на сегодня в подавляющем большинстве случаев является выполнение релапаротомии, при других причинах (ЖИ из культи ППр, ходов Люшка и ложа ЖП) – релапароскопии.

РОЛЬ И МЕСТО СКАНИРОВАНИЯ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ИНТОКИСКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Эгамов Ю.С., Тажибаев Ш.А., Латипов Р.Ж., Худайбергенов П.К.
Андижанский государственный медицинский институт. г. Андижан.
Республика Узбекистан.

Введение: Перитонит, несмотря на достижения современной медицины, остается одной из актуальных проблем. Согласно современным представлениям, ведущим фактором в патогенезе острого перитонита, определяющим тяжесть и исход заболевания, является синдром эндогенной интоксикации (Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В., 2000).

В процессе нормальной жизнедеятельности, а еще больше – при различных заболеваниях в организме образуются и накапливаются токсические вещества. Это явление называется внутренней интоксикацией – эндотоксикозом. Именно эндотоксикоз вызывает серьезные нарушения функций жизненно важных органов и иммунной системы, что влечет за собой уменьшение продолжительности жизни. Эндогенная интоксикация рассматривается современной наукой как синдром, характерных для многих патологических процессов и состояний (Хиггинс К. 2004).

На основании сканирования крови определяется состояние форменных элементов, их подвижность в плазме, агрегация и сладж. Анализируя состояние тромбоцитов, лимфоцитов и лейкоцитов, можно определить активность иммунной системы и способность организма к самовосстановлению, а также патологические изменения состава крови, приводящие к развитию многих заболеваний (Durald Lopez, 2009). До настоящего времени о степени интоксикации организма судилось по определению лейкоцитарного индекса интоксикации организма (Остапенко В.А., 2007). Не так давно ученые пришли к выводу, что более точные характеристики может дать не количественная, а качественная оценка форменных элементов крови и плазмы.

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики, определение степени тяжести и эффективности комплексного лечения острого разлитого перитонита с использованием темнопольного исследования крови в динамике в течении заболевания.

Материалы и методы исследования: Спектр оценки функционального состояния крови при остром перитоните очень широкий и позволяет сделать заключение о состоянии степени интоксикации организма. При темнопольном исследовании крови у больных после поступления отмечается, что степень токсичности крови зависит от фазы течения заболевания. Нами у 62 больных с острым перитонитом после поступления в стационар с первых суток была исследована кровь темнопольным сканированием.

Во время темнопольного сканирования крови особое внимание обращено на время обследования, часто произведено исследование в утренние часы суток. Больным особой подготовки к исследованию не производилось. Особое внимание обращали на состояние форменных элементов и морфофункциональных состояний крови. На первые сутки после поступления в стационар больных с острым перитонитом установлено, что эритроциты деформированы, обнаружено множество монетных столбиков. Достоверно снижена функциональная активность лейкоцитов. Отмечено увеличение количества лейкоцитов за счет юных форм, которое в функциональном отношении очень снижено.

По результатам исследования отмечено, что состояние кровеносной системы больных острым перитонитом зависит от формы развития заболевания.

В реактивной фазе у 22 (9-контрольная) больных с острым перитонитом, несмотря на отсутствие клинических проявлений интоксикации организма в крови отмечено увеличение кислотности, снижение функции эритроцитов, образование монетных столбиков.

В токсической фазе заболевания у 27 (10-контрольная) больных отмечены выраженные морфофункциональные изменения форменных элементов крови. В этой фазе заболевания отмечено выраженное и достоверное увеличение количества столбиков эритроцитов и одновременно окисление крови.

В терминальной фазе острого перитонита у 13 (6-контрольная) больных в динамике лечения проведены аналогичные исследования крови. В результате ежедневного обследования в этой стадии заболевания обнаружены в крови загрязненные участки, где находятся в большом количестве бактерии, микробы, кристаллоиды, агрегаты эритроцитов, функциональные снижения форменных элементов крови.

Результаты и их обсуждение: Проведенное темнопольное исследование крови острого перитонита показало, что изменения состава загрязненности крови зависит от стадии заболевания. В реактивной стадии заболевания у больных были отмечены увеличения количества бактерий, лимфоцитов, кристаллов холестерина, но достоверное различие от контрольной группы больных не отмечалось.

У больных острым перитонитом в токсической фазе заболевания отмечена сильная загрязненность крови. В поле зрения на 1-ые сутки после поступления в стационар было обнаружено $14,4 \pm 1,2$ шт бактерий. В последующие дни количество бактерий достоверно

уменьшается. На вторые сутки количество бактерии было $10,5 \pm 1,1$ шт. Приблизительно в первые и вторые сутки бактерии сохранились в одинаковом количестве.

Начиная с 3-суток на фоне лечения больных антибиотиками, дезинтоксикации, после удаления источника интоксикации отмечено достоверное снижение количество бактерий. На 3-сутки снизилось до $5,2 \pm 0,8$ шт в поле зрения. На 5-сутки обследования отвлечены единичные бактерии $2,2 \pm 0,6$.

В этой фазе заболевания реология крови, кислотно-щелочное равновесие резко изменилось. На 1-ые сутки отмечена агрегация эритроцитов, окисление эритроцитов доходило до $14,5 \pm 1,3$. Такое высокое содержания сохранилось и на 2-ые сутки. $15,0 \pm 1,2$. Начиная с 4-5 суток после коррекции кислотно-щелочного равновесия крови, отмечено достоверное уменьшение агрегации эритроцитов в поле зрения.

В терминальной стадии заболевания отмечено в крови скопление массы различных токсических веществ. В этой фазе отмечена повышенная загрязненность крови. В таких случаях необходима срочная дезинтоксикационная терапия. Установлено, что при исследовании крови количество бактерий на 1-2 сутки доходило до $17,5 \pm 1,3$ шт, агрегация эритроцитов доходила до $25,4 \pm 1,7$ шт, еще отмечено появления юных лимфоцитов, которое доходило до $6,7 \pm 0,6$ шт. В динамике проведенного комплексного лечения больных до 3-4 суток кровь оставалось загрязненной. Начиная с 4-5 суток, отмечено достоверное снижение этих показателей. Количество бактерий на 5-сутки снизилось до $4,8 \pm 0,9$ шт. Агрегация эритроцитов тоже уменьшались в зависимости от коррекции кислотности крови, на 6-7 сутки снизилась до $6,2 \pm 1,0$ шт.

Во время сканирования крови в начале особое внимание было обращено на количественный состав крови. В ходе лечения и обследования внимание было обращено на функциональную активность форменных элементов крови. Особое внимание обращено на состояние эритроцитов и лейкоцитов. Было отмечена сферичность эритроцитов, которая резко изменилась по тяжести заболевания и снижения функциональной активности. Параллельно отмечено снижение фагоцитарной и защитной активности лейкоцитов. По ходу проведенного лечения функциональная активность крови восстановилась. Степень восстановления функциональной активности форменных элементов крови прямо зависела от общего состояния больных и снижения интоксикации организма.

Несмотря на множество защитных факторов предупреждающих попадание микроорганизмов в кровеносную систему, все таки в живой крови было обнаружено в большом количестве микрофлоры, изменения реологии крови и снижения функциональной активности форменных элементов крови. Эти изменения зависели от стадии заболевания, от продолжительности болезни и от степени интоксикации организма. Судя по изменениям состава и функциональной активности крови можно было определить степени интоксикации организма, эффективности проводимого лечения и исхода заболевания.

Увеличение количества агрегации эритроцитов часто приводило к скрытой гипоксии организма и возникновению тромбоэмболических осложнений.

В комплексном обследовании и лечении больных с острым перитонитом применение темнопольного сканирования крови существенно дополняет информацию о степени интоксикации организма, исхода и выздоровления. Это существенно улучшает исход и результат лечения больных с острым перитонитом.

Выводы:

При остром разлитом перитоните отмечается высокая эндогенная интоксикация организма, о чем свидетельствуют результаты темнопольного сканирования крови.

Темнопольное сканирование крови рекомендуется проводить у больных с острым разлитым перитонитом после поступления в стационар для определения степени

интоксикации, эффективности проводимой терапии, изменения тактики комплексного лечения и прогнозирования течения заболевания.

РОЛЬ И МЕСТО СКАНИРОВАНИЯ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Эгамов Ю.С., Тажибаев Ш.А., Латипов Р.Ж., Худайбергенов П.К.
Андижанский государственный медицинский институт.

Введение: На основании сканирования крови определяется состояние форменных элементов, их подвижность в плазме, агрегация и сладж. Анализируя состояние тромбоцитов, лимфоцитов и лейкоцитов, можно определить активность иммунной системы и способность организма к самовосстановлению, а также патологические изменения состава крови, приводящие к развитию многих заболеваний (Durald Lopez, 2009).

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики, определение степени тяжести и эффективности комплексного лечения острого разлитого перитонита с использованием темнопольного исследования крови в динамике в течении заболевания.

Материалы и методы исследования: Спектр оценки функционального состояния крови при остром перитоните очень широкий и позволяет сделать заключение о состоянии степени интоксикации организма. При темнопольном исследовании крови у больных после поступления отмечается, что степень токсичности крови зависит от фазы течения заболевания. Нами у 62 больных с острым перитонитом после поступления в стационар с первых суток была исследована кровь темнопольным сканированием.

Во время темнопольного сканирования крови особое внимание обращено на время обследования, часто произведено исследование в утренние часы суток. Больным особой подготовки к исследованию не производилось. Особое внимание обращали на состояние форменных элементов и морфофункциональных состояний крови. На первые сутки после поступления в стационар больных с острым перитонитом установлено, что эритроциты деформированы, обнаружено множество монетных столбиков. Достоверно снижена функциональная активность лейкоцитов. Отмечено увеличение количества лейкоцитов за счет юных форм, которое в функциональном отношении очень снижено.

По результатам исследования отмечено, что состояние кровеносной системы больных острым перитонитом зависит от формы развития заболевания.

В реактивной фазе у 22 (9-контрольная) больных с острым перитонитом, несмотря на отсутствие клинических проявлений интоксикации организма в крови отмечено увеличение кислотности, снижение функции эритроцитов, образование монетных столбиков.

В токсической фазе заболевания у 27 (10-контрольная) больных отмечены выраженные морфофункциональные изменения форменных элементов крови. В этой фазе заболевания отмечено выраженное и достоверное увеличение количества столбиков эритроцитов и одновременно окисление крови.

Результаты и их обсуждение: Проведенное темнопольное исследование крови острого перитонита показало, что изменения состава загрязненности крови зависит от стадии заболевания. В реактивной стадии заболевания у больных были отмечены увеличения количества бактерий, лимфоцитов, кристаллов холестерина, но достоверное различие от контрольной группы больных не отмечалось.

У больных острым перитонитом в токсической фазе заболевания отмечена сильная загрязненность крови. В поле зрения на 1-ые сутки после поступления в стационар было

обнаружено $14,4 \pm 1,2$ шт бактерий. В последующие дни количество бактерий достоверно уменьшается. На вторые сутки количество бактерии было $10,5 \pm 1,1$ шт. Приблизительно в первые и вторые сутки бактерии сохранились в одинаковом количестве.

Начиная с 3-суток на фоне лечения больных антибиотиками, дезинтоксикации, после удаления источника интоксикации отмечено достоверное снижение количество бактерий. На 3-сутки снизилось до $5,2 \pm 0,8$ шт в поле зрения. На 5-сутки обследования отвлечены единичные бактерии $2,2 \pm 0,6$.

В этой фазе заболевания реология крови, кислотно-щелочное равновесие резко изменилось. На 1-ые сутки отмечена агрегация эритроцитов, окисление эритроцитов доходило до $14,5 \pm 1,3$. Такое высокое содержания сохранилось и на 2-ые сутки. $15,0 \pm 1,2$. Начиная с 4-5 суток после коррекции кислотно-щелочного равновесия крови, отмечено достоверное уменьшение агрегации эритроцитов в поле зрения.

В терминальной стадии заболевания отмечено в крови скопление массы различных токсических веществ. В этой фазе отмечена повышенная загрязненность крови. В таких случаях необходима срочная дезинтоксикационная терапия. Установлено, что при исследовании крови количество бактерий на 1-2 сутки доходило до $17,5 \pm 1,3$ шт, агрегация эритроцитов доходила до $25,4 \pm 1,7$ шт, еще отмечено появления юных лимфоцитов, которое доходило до $6,7 \pm 0,6$ шт. В динамике проведенного комплексного лечения больных до 3-4 суток кровь оставалось загрязненной. Начиная с 4-5 суток, отмечено достоверное снижение этих показателей. Количество бактерий на 5-сутки снизилось до $4,8 \pm 0,9$ шт. Агрегация эритроцитов тоже уменьшались в зависимости от коррекции кислотности крови, на 6-7 сутки снизилась до $6,2 \pm 1,0$ шт.

Во время сканирования крови в начале особое внимание было обращено на количественный состав крови. В ходе лечения и обследования внимание было обращено на функциональную активность форменных элементов крови. Особое внимание обращено на состояние эритроцитов и лейкоцитов. Было отмечена сферичность эритроцитов, которая резко изменилась по тяжести заболевания и снижения функциональной активности. Параллельно отмечено снижение фагоцитарной и защитной активности лейкоцитов. По ходу проведенного лечения функциональная активность крови восстановилась. Степень восстановления функциональной активности форменных элементов крови прямо зависела от общего состояния больных и снижения интоксикации организма.

Увеличение количества агрегации эритроцитов часто приводило к скрытой гипоксии организма и возникновению тромбоэмболических осложнений.

В комплексном обследовании и лечении больных с острым перитонитом применение темнопольного сканирования крови существенно дополняет информацию о степени интоксикации организма, исхода и выздоровления. Это существенно улучшает исход и результат лечения больных с острым перитонитом.

Выводы: При остром разлитом перитоните отмечается высокая эндогенная интоксикация организма, о чем свидетельствуют результаты темнопольного сканирования крови.

Темнопольное сканирование крови рекомендуется проводить у больных с острым разлитым перитонитом после поступления в стационар для определения степени интоксикации, эффективности проводимой терапии, изменения тактики комплексного лечения и прогнозирования течения заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ЭГАМОВ Ю.С., ИСМАИЛОВ К.Р., ИБРАГИМОВА М.А., ДУРДИЕВ Х.Б.
АндГосМИ, г.Андижан, Узбекистан.

Введение. Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий, послеоперационные осложнения и летальность при остром распространённом перитоните (ОРП) остается высокой. Особенно высокая летальность наблюдается при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев.

Цель работы: улучшить результаты профилактики и лечения больных при хирургической патологии с высокой интоксикацией с применением в комплексе лимфотропной терапии.

Материал и методы: нами проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространённого перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике за период с 2013 по 2023 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=97), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациенту во второй - основной группе (n=105) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия. Для того, чтобы оценить эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, мы постарались изучить состояние лимфоотока в брыжейках кишечника в норме и при созданной нами модели язвенного колита. Доказательством этому послужили результаты всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника на созданной нами модели язвенного колита после лимфостимуляции.

После лимфостимуляции лимфоток в брыжейках кишечника улучшается, устраняя при этом лимфостаз в «лимфатическом коллекторе», который развивается на фоне воспалительного процесса.

Причинами перитонита в основной группе больных (из 98 больных с перитонитом только 68), которым применялась эндомезентериальная лимфотропная терапия явились: острый деструктивный аппендицит у 29 больных (29,6 %), прободная язва желудка и 12-перстной кишки – у 18 больных (18,4 %), деструктивный холецистит – у 7 больных (7,1 %), гинекологические деструктивные заболевания – у 9 больных (9,2 %), острая кишечная непроходимость – у 5 больных (5,1 %). Сюда, в основную группу, еще вошли больные НЯК в количестве 30 (30,6 %).

Наличие больших изменений в забрюшинном пространстве у больных с различными формами перитонита в виде инфильтрации, отека, набухания, гиперемии, гнойно-воспалительных изменений, а также у всех больных основной группы неспецифическим язвенным колитом явились показанием для включения в комплексное лечение эндомезентериальной лимфотропной терапии.

Всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, интраоперационно, в брыжейку кишечника - эндомезентериально установили изобретенный нами полихлорвиниловый - специальный катетер для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде и закрепили его при помощи тонкого кетгута.

У больных перитонитом, прежде всего, уделяли внимание борьбе с микробным фактором. В связи с этим в послеоперационном периоде через катетер, установленный в брыжейку кишечника, сразу после проведения лимфостимуляции, начали лимфотропное введение антибиотиков широкого спектра действия, капельным путем. Тут же определяли чувствительность микрофлоры брюшной полости к антибактериальным препаратам. При

изучении микрофлоры брюшной полости у 84,5% больных были обнаружены кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка. У остальных больных с острым перитонитом при посеве обнаруживались сочетанные виды микроорганизмов.

Для лимфотропной терапии в качестве лимфостимуляторов применяли глюкозо-новокаиновую смесь в соотношении 1:1 в дозе 4 мл на кг массы тела больного с лидазой (0,5 ед/кг) либо добавляя гепарин (80 ед/кг) с учетом свёртываемости крови больного, тимоген в дозе 150 мкг, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспороны III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе, в дальнейшем с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Результаты лечения с применением лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями контрольной группы больных. На фоне проведения комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением лимфотропной терапии у больных основной группы на 2-е сутки возобновилась перистальтика кишечника, а на 3-сутки отмечено отхождение газа. У больных контрольной группы слабые перистальтические шумы кишечника появились на 3-сутки после операции. Только на 4-5 сутки восстановилась функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных.

По сравнению с традиционными способами лечения острого перитонита, лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечалось на 6-сутки после операции. ЛИИ нормализовался у больных основной группы на 4-сутки после операции, а в контрольной группе на 7-сутки. Также, уменьшение СОЭ отмечалось, начиная с 4-суток у больных основной группы, а у больных контрольной группы с 6-7 суток.

В результате проводимой лимфотропной терапии в комплексе лечения в послеоперационном периоде, количество выделяемой жидкости из брюшной полости у больных основной группы начало убавляться по сравнению с контрольной, начиная со 2-го дня после операции.

Таким образом, при абдоминальном хирургическом заболевании с высокой интоксикацией толстой кишки применяемая лимфотропная терапия в комплексе лечения больных положительно влияет на восстановительную функцию организма, предотвращая осложнение со стороны основного заболевания, сокращает расходы на медикаменты и пребывание больного в стационаре на $3,5 \pm 1,5$ дней.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Элмуродов А.Н., Умедов Х.А., Набиев Х.

Самаркандский государственный медицинский университет.

г. Самарканд, Узбекистан

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Ожоговая болезнь у пожилых развивается даже при ограниченных (3-5% поверхности тела) по площади поражениях, ее течение часто усугубляется сопутствующей патологией (у 98%). Все это представляет больше трудности при оказании первой врачебной помощи, оказание противошоковой терапии, оперативного лечения и выбора анестезиологического пособия (К.М.Крылов с соавт., 2011).

Материалы и методы. Анализ характера оказания первой помощи у 110 больных старше 60 лет показал, что для уменьшения чувства боли наиболее часто осуществляются следующие мероприятия: охлаждение обожженных участков тела водой, снегом, льдом (у 17 больных); употребление алкоголя внутрь (у 21); приём обезболивающих таблеток (у

30); аппликация на раны растворов анальгетиков (у 11); внутримышечное и внутривенное введение наркотических и ненаркотических анальгетиков (у 97 больных).

Результаты. Для оказания помощи у пожилых морфин применяют относительно редко. Его введение может привести к угнетению моторики желудочно-кишечного тракта. Чаще всего врачи "скорой помощи" для обезболивания часто (до 95%) применяют промедол, значительно уступающий по своей анальгетической активности морфину, фентанилу и морадолу.

Анестезиологические пособия проводились в условиях ожогового шока (различной степени тяжести), выраженного болевого синдрома, гиповолемии, гипопроteinемии, нарушения гомеостаза и т.д., на фоне противошоковой терапии; обострения сопутствующих хронических заболеваний: язва 12-ти перстной кишки и желудка, сахарный диабет, ИБС, перенесенные инфаркты миокарда, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения, бронхиальная астма и др. Большая часть (85%) анестезиологических пособий оказывались в условиях минимального наличия следящей и контролирующей аппаратуры (кардиомониторы и др).

Нами проанализирован опыт оперативного лечения и вид анестезии у пострадавших старше 60-ти лет. Средний возраст пациентов составил $75 \pm 2,5$ лет (от 60 до 87 лет). Ранние некрэктомии с последующей аутодермопластикой, экзартикуляции и ампутации (у 12) были выполнены у 167 пострадавших. Показанием для подобных вмешательств были глубокие (ШБ - IV степени), ограниченные по площади ожоги (от 2 до 10%), которые локализовались на туловище, верхних и нижних конечностях.

При оперативном лечении обожженных старше 60-ти лет риск анестезии нередко повышает риск хирургического вмешательства. Сопутствующая соматическая патология, реальная угроза декомпенсации состояния в ходе оперативного лечения требует соблюдения основных принципов проведения анестезии: достаточность анальгезии, адекватность вентиляции (искусственной либо спонтанной).

Наиболее распространенной методикой анестезии при аутодермотрансплантации является внутривенный наркоз с использованием кетамина, атарактиков, барбитуратов.

Многокомпонентные внутривенные анестезиологические пособия: кетамин+ реланиум+ дроперидол+ баралгин+ трамал составили 95% всех наркозов, при любых локализациях, площади и глубины термического поражения. Катетеризация центральных вен выполнялась 100% случаях ожогового шока.

Выводы. Все виды анестезиологического пособия проводятся строго индивидуально, в тесном взаимодействии комбустиолога и анестезиолога.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМЕРШИХ С ТУПОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА

Элмуродов К.С.², Рузиева З.М.³, Шукуров Б.И.¹, Элмуродов Ш.К.², Инаков А.Г.², Аллаев Д.Х.²

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП,

³Кашкадарьинский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы

Представлены результаты аутопсии умерших с тупой травмой груди и живота по данным Кашкадарьинского бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) 2020-2021 гг.

У погибших с тупой 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 тупой 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 тупой травмой мы не обнаружили повреждения груди и живота.

Средний объем кровопотери у этой категории умерших составило 1639 ± 119 мл, в том числе в 311 (62,2%) случаях этот показатель превышал 1 литра. При этом гемотрансфузия выполнена только в 76 (15,2%) случаях.

Изолированное ($n=121$) и сочетанное ($n=285$) повреждение органов грудной клетки диагностированы у 406 (67,2%) умерших от тупой травмы. При травмах груди наиболее часто отмечали переломы ребер – выявлены у 302 (74,4%) умерших. При тяжелой травме груди с переломами ребер, в более половине случаев (153; 50,7%) обнаруживали множественные переломы ребер, охватывающие и верхние (I-V) и нижние (VI-XII) ребра. Переломы только верхних ребер имели место у 88 (29,1%) погибших, только нижних ребер – у 61 (20,2%).

Перелому несколько чаще подвергалась левая сторона грудной клетки – констатировано у 122 (40,4%) погибших, правосторонние переломы ребер имели место в 97 (32,1%) случаях, двусторонние переломы – у 83 (27,5%) умерших.

На 1 умершего человека с переломами ребер в среднем приходилось $6,0 \pm 2,6$ поврежденных ребер, общее число которых в наших наблюдениях составило 1826. У 259 (85,9%) умерших с переломами ребер имели место повреждение 4 и более ребер.

При воздействии механического фактора ребра наиболее часто подвергаются перелому по среднеключичной (24,8%) и аксиллярным (47,6%) линиям. Нередко (13,2%) переломы отмечали по паравертебральной линии. Переломам наименее подвержены участки ребер по парастернальной (5,5%) и лопаточные линии (8,9%).

Среди умерших, у которых были различного рода закрытые повреждения грудной клетки ($n=406$), на аутопсии практически всегда (у 370 (91,1%) погибших) находили наличие гемоторакса (168; 41,4%), или гемопневмоторакса (202; 49,8%). У этой категории пострадавших крайне редко (14; 3,4%) обнаруживали наличие пневмоторакса без накопления в плевральных полостях крови. В структуре внутригрудных повреждений абсолютно 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 тупой травмы были выявлены разрывы трахеи и крупных бронхов.

Что же касается внутрибрюшных/забрюшинных повреждений у умерших с тупой 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. Частота повреждения почек у этой категории погибших составляет 12,6% (40 случаев). Наиболее защищенным от травмы паренхиматозным органом пищеварения представляется поджелудочная железа – только у 6 (1,9%) умерших мы констатировали травму этого органа.

При тупой травме живота наиболее подверженным к разрыву среди полых органов брюшной полости оказался мочевого пузырь (выявлено у 55 (17,3%) умерших), а наиболее защищенным – двенадцатиперстная кишка (8 (2,5%) случаев). Частота разрыва тонкой и

толстой кишок составляет, соответственно, 7,5 и 3,5%, а разрывы желудка по частоте занимают промежуточное между ними положение – 5,0%. Травмы живота нередко (32; 10,1%) сопровождаются разрывами брыжейки кишечника.

Таким образом, при тяжелой тупой травме риск повреждения органов грудной клетки и живота может превышать 80%, что необходимо учитывать при оказании помощи пациентам с политравмой. Более чем у трети умерших от тупой травмы (37,1%) имеет место сочетанное поражение органов грудной клетки и живота.

ОБЩАЯ СТРУКТУРА ПОГИБШИХ С ТУПОЙ ТРАВМОЙ В КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Элмуродов К.С.², Рузиева З.М.³, Шукуров Б.И.¹, Элмуродов Ш.К.², Инаков А.Г.², Аллаев Д.Х.²

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП,

³Кашкадарьинский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы

Проведено изучение структуры и причин 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 тупой травмы, которая имела место в 604 (84,2%) случаях. Только 83 (13,7%) умерших от тупой 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 тупой травмой было 458 (75,8%), женщин – 146 (24,2%).

В структуре механизма фатальной тупой 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.

535 (88,6%) погибших умерли вне стационара, в том числе 450 (74,5%) – погибли 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. Данное обстоятельство со всей очевидностью требует детального изучения и разработки рекомендаций по усилению догоспитального звена оказания помощи пострадавшим с механической травмой.

450 (74,5%) пострадавших с тупой травмой погибли в первый час после получения травмы, как правило умерли на месте происшествия, что еще раз доказывает важность оказания надлежащей медицинской помощи в первый «золотой» час.

Только у 208 (34,4%) погибших на аутопсии выявлена изолированная травма одной анатомической зоны, а у всех остальных умерших – у 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 тупой 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%).

В разрезе районов Кашкадарьинской области наибольшее число погибших от тупой травмы зарегистрированы в Чиракчинском и Шахрисабском районах, по территории которых проходит скоростной участок двух автомобильных трасс международного (М39) и государственного (А378) значений. Далее по количеству летальных случаев от закрытой травмы следуют Каршинский, Камашинский, Касанский, Гузарский районы и г. Карши, по территории которых также проходит автомобильная трасса государственного значения А380, интенсивность движения по которой несколько меньше, чем по трассам М39 и А378.

При пересчете общего числа погибших на 10 000 населения соответствующей территории также прослеживается более высокие показатели умерших в регионах с интенсивным движением автотранспорта, в частности в Чиракчинском и Шахрисабском районах этот показатель составляет 4,1 и 4,00/000, в Мубарекском, Дехканабадском, Гузарском и Каршинским районах – превышает 2,00/000. Интересно заметить, что в Мубарекском районе, где проживает наименьшее число населения в области (91,1 тыс. человек), но по территории которой проходит автомобильная трасса А380, при абсолютном числе погибших за изучаемый период равной 22 человек (10-е место в области), при пересчете на 10 000 населения по уровню летальности этот район занимает 3-е место в области (2,40/000), что также указывает на наличие заметного влияния наличия автомобильных трасс с интенсивным движением на уровень травматизма и летальности от травм.

Заключение. Первое место в структуре внезапно умерших в Кашкадарьинской области людей, подвергнутых судебно-медицинской аутопсии, занимает механическая травма с частотой 39,2%. Из числа умерших от механической травмы 84,2% человек погибли от последствий тупой травмы. В структуре механизма фатальной тупой травмы 86,4% приходится на дорожно-транспортные происшествия (ДТП). 88,6% погибших умирают вне стационара на месте происшествия (74,5%) или во время транспортировки (14,1%). 74,5% пострадавших с тупой травмой погибают первый «золотой» час после получения травмы. До стационара успевают довести только 11,4% умерших, из них хирургическую помощь успевают оказать только 6,5% погибшим. Данное обстоятельство со всей очевидностью требует детального изучения и разработки рекомендаций по усилению догоспитального звена оказания помощи пострадавшим с механической травмой.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

**Эшонкулов.Ч.И.,Махмудов Н.И.,Расулов.А.Ф.
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 2018 по 2022 г.

В стандартной ситуации выполняли обзорную рентгенографию шеи и груди, эзофагоскопия, исследование глотки и пищевода с контрастным раствором тразографом, триамбромом 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 имбибированных 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 12см, 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.etal.,1996).

В преобладающем большинстве целостность сосуда в Iи II зоне восстанавливалась наложением ароматичного краевого (у 12 пациентов) и циркулярного (у 4 пострадавших) (по Каррелю) сосудистых швов. В 3 случаях при значительном дефекте сосуда выполнено вшивание венозного аутоотрансплантата. Следует отметить, что период полного прекращения кровотечения по сонным артериям не превышал 20мин (MauchJ.etal.,2000). Поэтому 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 после операционном 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 нарушение 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. 2006гг) 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 средостение 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 (моментальное) решение 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 кровотечения по магистральным сосудам не должно превышать до 20 мин;
3. При наличии сочетанных повреждений гортани, трахеи, пищевода, щитовидной и слюнных желез одновременно проведя 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.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ю.С. ЭГАМОВ., ИБРАГИМОВА М.А., ИСМАИЛОВ К.Р., ДУРДИЕВ Х.Б.
АндГосМИ, г.Андижан, Узбекистан.

Введение. Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий, послеоперационные осложнения и летальность при остром распространённом перитоните (ОРП) остается высокой. Особенно высокая летальность наблюдается при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев.

Одним из наиболее неблагоприятных в прогностическом значении синдромов ОРП является – прогрессирующая эндогенная интоксикация организма, которая связана с очагом поражения в брюшной полости. Этот процесс способствует развитию функциональной кишечной недостаточности с транслокацией бактериальной флоры из кишечника в брюшную полость. Указанные факторы, прогрессируя и вовлекая в процесс органы и системы, являются причиной глубоких метаболических расстройств организма, которые приводят к полиорганной недостаточности и гибели больного.

Цель работы: улучшить результаты профилактики и лечения больных при хирургической патологии с высокой интоксикацией с применением в комплексе лимфотропной терапии.

Материал и методы: нами проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространённого перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике за период с 2013 по 2023 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу

включены пациенты (n=97), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациенту во второй - основной группе (n=105) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия. Для того, чтобы оценить эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, мы постарались изучить состояние лимфоотока в брыжейках кишечника в норме и при созданной нами модели язвенного колита. Доказательством этому послужили результаты всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника на созданной нами модели язвенного колита после лимфостимуляции.

После лимфостимуляции лимфоток в брыжейках кишечника улучшается, устраняя при этом лимфостаз в «лимфатическом коллекторе», который развивается на фоне воспалительного процесса.

Причинами перитонита в основной группе больных (из 98 больных с перитонитом только 68), которым применялась эндомезентериальная лимфотропная терапия явились: острый деструктивный аппендицит у 29 больных (29,6 %), прободная язва желудка и 12-перстной кишки – у 18 больных (18,4 %), деструктивный холецистит – у 7 больных (7,1 %), гинекологические деструктивные заболевания – у 9 больных (9,2 %), острая кишечная непроходимость – у 5 больных (5,1 %). Сюда, в основную группу, еще вошли больные НЯК в количестве 30 (30,6 %).

Наличие больших изменений в забрюшинном пространстве у больных с различными формами перитонита в виде инфильтрации, отека, набухания, гиперемии, гнойно-воспалительных изменений, а также у всех больных основной группы неспецифическим язвенным колитом явились показанием для включения в комплексное лечение эндомезентериальной лимфотропной терапии.

Всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, интраоперационно, в брыжейку кишечника - эндомезентериально установили изобретенный нами полихлорвиниловый - специальный катетер для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде и закрепили его при помощи тонкого кетгута.

Наружный конец катетера выводили из брюшной полости через отдельный разрез и фиксировали его к коже передней брюшной стенки живота шелковой нитью.

У больных перитонитом, прежде всего, уделяли внимание борьбе с микробным фактором. В связи с этим в послеоперационном периоде через катетер, установленный в брыжейку кишечника, сразу после проведения лимфостимуляции, начали лимфотропное введение антибиотиков широкого спектра действия, капельным путем. Тут же определяли чувствительность микрофлоры брюшной полости к антибактериальным препаратам. При изучении микрофлоры брюшной полости у 84,5% больных были обнаружены кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка. У остальных больных с острым перитонитом при посеве обнаруживались сочетанные виды микроорганизмов.

Наибольшая чувствительность микрофлоры брюшной полости обнаружена к препаратам цефалоспоринового ряда: цефтриаксону и цефазолину (84,7%) больных с острым перитонитом. Как только была установлена чувствительность к антибиотику, сразу переходили на использование эндомезентральной лимфотропной терапии данного препарата, которому микробы были чувствительны.

Для лимфотропной терапии в качестве лимфостимуляторов применяли глюкозо-новокаиновую смесь в соотношении 1:1в дозе 4 мл на кг массы тела больного с лидазой (0,5 ед/кг) либо добавляя гепарин (80 ед/кг) с учетом свёртываемости крови больного, тимоген в дозе 150 мкг, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспороны III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе, в дальнейшем с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Лимфотропная терапия при перитонитах проводилась в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного один или два раза в сутки в течение 4-5 дней. При

гемиколэктомиях по поводу неспецифического язвенного колита один раз в сутки, а при субтотальных либо тотальных колэктомиях два раза в сутки, также в течение 4-5 дней.

Результаты лечения с применением лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями контрольной группы больных.

На фоне проведения комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением лимфотропной терапии у больных основной группы на 2-е сутки возобновилась перистальтика кишечника, а на 3-сутки отмечено отхождение газа. У больных контрольной группы слабые перистальтические шумы кишечника появились на 3-сутки после операции. Только на 4-5 сутки восстановилась функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных.

По сравнению с традиционными способами лечения острого перитонита, лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечалось на 6-сутки после операции. ЛИИ нормализовался у больных основной группы на 4-сутки после операции, а в контрольной группе на 7-сутки. Также, уменьшение СОЭ отмечалось, начиная с 4-суток у больных основной группы, а у больных контрольной группы с 6-7 суток.

В результате проводимой лимфотропной терапии в комплексе лечения в послеоперационном периоде, количество выделяемой жидкости из брюшной полости у больных основной группы начало убавляться по сравнению с контрольной, начиная со 2-го дня после операции.

Таким образом, при абдоминальном хирургическом заболевании с высокой интоксикацией толстой кишки применяемая лимфотропная терапия в комплексе лечения больных положительно влияет на восстановительную функцию организма, предотвращая осложнение со стороны основного заболевания, сокращает расходы на медикаменты и пребывание больного в стационаре на $3,5 \pm 1,5$ дней.

ЛЕЧЕНИЕ ГИДАТИДНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ И МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.

Юлдашев Г.Ю. Отаджанов Д.Э.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель исследования . Улучшение результатов лечения заболевания, с преимущественным использованием миниинвазивных технологий , стало целью нашего исследования.

Материалы и методы : Про анализированы вмешательства, выполненных у 65 больных в клинике Ургенчского филиала Ташкентской Медицинской Академии в период с 2018 по 2022 гг.

Для постановки диагноза всем больным выполнены общеклинические лабораторные исследования крови . УЗИ , КТ.

В исследуемой группе больных были выполнены следующие виды вмешательств: чрескожные эхоконтролируемые пункции у 25 (38.4 %) пациентов. лапароскопические операции у 40 (61,6 %).

Лапароскопические операции были выполнены 40 больным эхококковыми кистами печени и включали в себя лапароскопическую эхинококкэктомия 22 (55.0 %), лапароскопическую перицистэктомия - 17 (42,5 %), лапароскопическую краевую резекцию печени с кистой - 1(2,5 %).

Результаты. Специфических осложнений во время выполнения пункционных вмешательств не отмечено. У 13 (52 %) пациентов для достижения стойкого лечебного эффекта потребовалось выполнение одного вмешательства, у 6 (24 %) пункции

выполнялись дважды с интервалами 3-7 дней. В 6 (24 %) наблюдениях вмешательства выполнялись трижды с интервалами 7 (после первого) и 21-30 дней (после второго). В данных наблюдениях целью повторных инвазии была ликвидация остаточных полостей.

Критериями излечения считали полное исчезновение полостей кист, а также отсутствие элементов паразита при тонкоигольной аспирационной биопсии остаточных полостей. Рецидивов заболевания не отмечено.

Специфических осложнений во время выполнения лапароскопических операций не отмечено.

Общее количество осложнений ближайшего послеоперационного периода составило 5 (12,5 %). Специфические осложнения наблюдались у 1 (2,5 %) больного после лапароскопической эхинококкэктомии в виде не закрывающегося желчного свища. Длительность пребывания больных в стационаре после выполнения лапароскопической эхинококкэктомии составила от 4 до 12 дней (в среднем 7,3-2,4). Наибольшие сроки с наружным дренированием остаточной полости кисты в печени (9,3-1,8).

Максимальный срок наблюдения пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства, составил 32 месяца. Диагностирован рецидив у 1 (2,5 %) пациента после открытой эхинококкэктомии.

Заключение: При строгом соблюдении показаний к использованию миниинвазивных методов лечения, последние являются эффективными в лечении гидатидных эхинококковых кист печени.

К ВОПРОСУ О КОНСЕРВАТИВНЫХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СУБТОТАЛЬНО-ТОТАЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.

Юлдашев Г.Ю. Отаджанов Д.Э.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Заболеваемость острым панкреатитом в последние десятилетия неуклонно возрастает, и с 2000 года в нашем регионе вышла на третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Тем не менее, споры о лечебной тактике продолжаются.

Цель. Показать возможности консервативных и малоинвазивных методов лечения больных субтотально-тотальным панкреонекрозом.

Материалы и методы. Работа основано на анализе результатов консервативных и малоинвазивных методов лечения 122 пациентов с субтотально-тотальным панкреонекрозом в возрасте от 21 до 66 лет, мужчин насчитывается-76, а женщин-36. По этиологическому фактору больные распределены на 3 группы: алиментарный - 79 (70,5%) больных, билиарный – 27 (24,1%), прочие – 6 (5,4%). Для диагностики применяли лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, Лапароскопия и МРТ). По методам лечения больные распределены на 3 группы: 1 группа консервативная терапия – 39 (34,8%) пациентов, 2 группа малоинвазивные вмешательства 37 (27,7%) пациентов, 3 группа открытый метод 42 (37,5%) пациентов. Умерло 17 (15,2%) больных. В группе 1 умерло двое больных, во 2 один, в 3 четырнадцать.

Результаты и их обсуждение. Консервативное лечение включало общепринятые современные схемы, противовоспалительную, дезинфекционную терапию, цито статики, ингибиторы протеаза, экстракорпоральные методы дезоксидации (пазмофарез) антибактериальную терапию. Интенсивная терапия оказалась эффективна у 39 (34,8%) пациентов.

Во 2 группе применяли малоинвазивные методы хирургического лечения: санационная лапароскопия, видео ассистированная холицистэктомия, дренирование брюшной полости, оментобурзостомия из мини доступа, программированная санационная оментобурсоскопия. Эти вмешательства были произведены 31 (27,7%) больным в 1-3 сутки с момента поступления в хирургический стационар. Показанием для их выполнения являлось нарастание интоксикации и отсутствие положительной динамики от проведения консервативного лечения, обнаружение деструктивных изменений в поджелудочной железе, по данным УЗИ или МРТ.

Открытым способом в 3 группе оперировано 42 (37,5%) больных. Показанием к операции у этой группы больных являлись: инфицированный ПН 9 больных, полиорганная недостаточность и желтуха 16, подозрение на перфорацию полого органа 17. Оперативные вмешательства выполнялись по общепринятой методике (омениобрусостомия – 11, некросеквестрэктомия выполнена у 22, радикальное (полное) удаления секвестров произведено у 9 пациентов.

Заключение.

-Применение интенсивного консервативного лечения и малоинвазивных оперативных вмешательств позволило добиться выздоровления у 67 (59,9%) пациентов.

-Предложенная тактика лечения субтотально-тотальным панкреонекрозом позволила снизить летальность до 15,2%.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Юлдашов П.А., Арзиев И.А., Сайинаев Ф.К.

Самаркандский государственный медицинский университет

Несмотря на динамическое развитие медицинской науки, проблема лечения вентральной грыжи остается актуальной. Рост заболеваемости вентральной грыжи сохраняется в основном за счет послеоперационных вентральных грыж, их количество после выполненных лапаротомий составляет по разным данным от 10 до 15%.

Анализ научно-медицинской и патентной документации свидетельствует о том, что в доступной нам литературе отсутствуют определения показаний к использованию того или иного способа герниопластики с учетом различных факторов риска. Решение этих задач является актуальной и приоритетной проблемой современной герниологии.

Цель исследования: Разработать программу выбора хирургической тактики при вентральных грыжах.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов герниопластики у 228 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами. Все операции были выполнены в хирургическом отделении 1-клиники СамМИ в сроки с 2011 по 2020 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (96 – 42,1%) и основная группа (132 – 57,9%). Больные основной группы были разделены на 3 подгруппы

Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 выполняли лапароскопическую герниоаллопластику.

Эту группу составили больные с нормальной массой тела, у которых, как правило, имелись небольшие дефекты и не отмечалось выраженных изменений тканей передней брюшной стенки, отсутствовали сопутствующие заболевания и без выраженного спаечного процесса брюшной полости. Таким больным после осмотра брюшной полости, выполняли адгезиолизис и выделяли грыжевые ворота. Далее выполняли П-образное

рассечение и отсепокровку париетальной брюшины, после чего в предбрюшинном пространстве устанавливали полипропиленовый имплантат. Сетчатый имплантат подшивали при помощи иглы Endoclose (Covidien, USA) к передней брюшной стенке изнутри с завязыванием узлов над апоневрозом. Затем непрерывным швом над сеткой, восстанавливали целостность брюшины.

Во 2-ю подгруппу отнесли больные с нормальными или избыточным весом и функциональными нарушениями дыхательной системы, сопутствующей соматической патологией и выраженной спаечной болезнью брюшной полости. Они имели от 6 до 10 баллов и с учетом риска периоперационных осложнений им было выполнено открытая герниоаллопластика 2 способами: дефект апоневроза ушивали край в край с дополнительным укрытием линии швов полипропиленовой сеткой; больным с риском повышения внутрибрюшного давления выполняли ненапряжную герниоаллопластику без ушивания апоневроза. Это позволило избежать повышения внутрибрюшного давления в раннем послеоперационном периоде.

В 3-й подгруппе больных с количеством баллов от 11 до 20, которые имели ожирение III степени, а также с большими (W3) и гигантскими (W4) грыжами по Chervel J.P. и Rath A.M. (1999) применяли также открытую герниоаллопластику 2 способами как было выполнено больным 2-й подгруппы, но в этой подгруппе кроме герниоаллопластики было произведено дерматоллипидэктомия (ДЛЭ).

Для сравнения полученных результатов нами в качестве контрольной группы взяты 96 больных, которых оперировали по поводу вентральных грыж в плановом порядке без учета балльной оценки. Использовали те же методы пластики, что и в основной группе

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты хирургического лечения послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки нами прослежены у 196 больных в интервале от 1 года до 10 лет. Из 196 обследованных пациентов с изученными отдаленными результатами 112 был из основных групп, в которых использовали балльную оценку, и 84 из контрольной группы. Из 84 обследованных больных контрольной группы пластика с использованием местных тканей выполнялась 36, пластика с использованием полипропиленовой сетки - 41 и ненапряжная аллопластика пластика - 7 пациентам. Из 112 обследованного пациента, которому выполнялась пластика с учетом балльной оценки, герниоаллопластика лапароскопическим методом производилась 31, открытая герниоаллопластика с ушиванием дефекта – 6, ненапряжная аллопластика – 26, открытая герниоаллопластика с ушиванием дефекта и ДЛЭ – 12, ненапряжная аллопластика и ДЛЭ – 37.

В основной группе больных рецидив заболевания выявлен нами у одного больного, что составило 0,9% от общего числа обследованных больных в отдаленном послеоперационном периоде. Рецидив отмечен у больного из 2-й подгруппы, которому было произведено герниоаллопластика с ушиванием дефекта. Причиной рецидива стал недостаточной площади аллопротез.

В группе, в которой выполнялась пластика передней брюшной стенки без учета балльной оценки, рецидив заболевания выявлен у 7 (8,3%) больных из 84 обследованных в отдаленном послеоперационном периоде. Причем рецидив был у 5 больных с ожирением III степени и у 2 больных с большими грыжами (W₃). При этом 3 с ожирением III степени было произведено герниоаллопластика лапароскопическим методом. При изучении причин рецидивирования на макро- и микроскопическом уровне, нами установлено, что под воздействием гравитационной силы кожно-жирового фартука сетчатый протез, установленный предбрюшинно, смещается книзу, тем самым, оголяя слабое место в брюшной стенке, где была фиксирована верхняя часть протеза. 4 больным с ожирением III степени и большими грыжами (W₃) была произведена пластика край в край с дополнительным укреплением линии швов полипропиленовой сеткой. Причиной

рецидива у 2-х больных также было смещение ранее наложенного протеза книзу из-за воздействия гравитационной силы кожно-жирового фартука. У больных, которым выполнено ДЛЭ, рецидивов не выявлено. Ещё у 2-х больных смещению протеза способствовало более выраженная экссудативная реакция и соответственно более медленная фиброзная инкорпорация протеза.

Выводы. Таким образом балльная оценка периоперационных критериев риска у больных с послеоперационными вентральными грыжами позволяет выбрать оптимальный способ пластики с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения. Причиной рецидивов при аллопластике вентральной грыжи у больных с ожирением является смещение протеза книзу под действием тяжести кожно-жирового фартука. При выраженной фартукоподобной деформации живота у больных с ожирением предпочтительнее выполнении открытой герниоаллопластики с ДЛЭ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТНО-МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юлдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Саттаров А.А., Иброхимов М.М.

Наманганский филиал Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

Введение. Сочетанная сосудисто-костная травма конечностей чаще выступает в качестве составляющей политравмы, возникшей в результате производственной или бытовой. Даже в изолированном виде артериального повреждения конечности приводит к тяжелому и крайне тяжелому состоянию пострадавшего, поэтому вполне оправдано отнести эту травму к категории тяжелой сочетанной. Как отмечают большинства авторы, при поступлении раненых и пострадавших с костно-сосудистыми повреждениями, как правило, перед хирургом возникает дилемма – ампутировать или попытаться сохранить конечность. Абышов Н.С. Ближайшие и отдаленные результаты аутовенозных реконструкций артерий конечностей при травматических повреждениях / Н.С. Абышов // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2002. - Т. 8, № 4. - С. 103 - 109.

Цель работы: определение хирургической тактики при переломах костей конечности и как осложнённого повреждения магистральных сосудов.

Материал и методы: Проведен анализ тактики лечения Наманганском филиале РЭНЦМП за период (2018-2023 годов). В нашем учреждении находились на лечении 1487 пациентов с сочетанными травмами конечностей. Из них 137 (9,2%) пациентов с травмой магистральных артерий нижних и верхних конечностей. Мужчин было – 118 (86,2%), женщин – 19 (13,86). Средний возраст пострадавших составил от 12-60 (средний возраст +37,5) лет. Длительность получения травмы до госпитализации в стационар колебалась от 30 минут до 6 часов. Чаще всего пострадавшие травму получали при производственных и бытовых травмах. Население города составляет 80 человек (58,47%). Население сельский составляет 57 человек (41,6%). Из 137 пациентов 91 (66,4%) получили травмы на производстве. 46 (33,6%) - на счет травм бытовой. Все пациенты поступили в больницу в течение 6 часов после получения травмы. Из них 123 (89,7%) – в первые часы с момента после получения травмы. 8 (5,8%) – в течение 3 часов, 6 (4,3%) - до 6 часов. Службой СМП доставлено 32 (23,3%) больных. На своей машине и по путной машине 86 (62,7%) пациентов. Через травмы пункт и поликлиника по направлениям обратились 19(13,8%) больных. 18 (12,4%) были доставлены в критическом состоянии постгеморрагического и посттравматического шока. был доставлен в стационар в терминальном состоянии. Все пациенты были обследованы по стандарту и экстренном

порядки проведена первичная хирургическая обработка повреждений и реконструктивные операции.

Локализация повреждений магистральных сосудов конечностей при сочетанных травмах

Сосуды	Количество	%
Общая бедренная артерия	21	15,3
Подколенная артерия	23	16,7
Поверхностная артерия бедра	18	13,1
Передняя/задняя артерия голени	61	44,5
Плечевая артерия	14	10,2
Всего	137	100

Алгоритм обследования больных включал в себя оценка общего состояния пострадавшего и степени нарушения кровообращения, проведения ультразвукового дуплексного ангиосканирования, рентгенографию костей конечностей, а если возможности будут делают экстренной ангиографию магистрального и пифического сосудов.

Результаты. Клинически сочетанные костно-сосудистые повреждения проявились в виде деформации и патологической подвижности конечности в зоне перелома, кровотечением, если Костно-сосудистые ранения требовали применения наиболее щадящих и простых методов фиксации костных отломков. В тоже время иммобилизация отломков должна быть прочной, чтобы исключить вторичную травматизацию восстановленных сосудов отломками, более ранним проведением мероприятий по реабилитации. Методы остеосинтеза при сочетанной костно-сосудистой травме нижних конечностей при решении вопроса о возможности выполнения восстановительной операции учитывали время ишемии конечности, ее глубину, особенно период, когда она находилась в состоянии декомпенсации кровообращения. Специализированный этап операции слагался из серии следующих один за другим оперативных приемов, направленных на предотвращение ишемии конечности, профилактику реперфузионного синдрома, восстановление целостности костных структур, наложение сосудистых анастомозов, а также дренирование раны. Восстановление магистрального кровотока при сочетанных костно-сосудистых повреждениях является основным приоритетом экстренной ангиохирургической помощи.

Выводы. Правильно выбранная тактика ведения пациентов с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями позволило в 81,3% случаев добиться хороших результатов. Вместе с тем, высокое число неудовлетворительных результатов, которые составили 15,2%, настаивают на продолжение исследования в этом направлении.

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Многочисленность клинических проявлений заболеваний молочной железы создает определенные трудности в установлении диагноза. Одними из ошибок, влияющих на тактику, являются трудности при тонкоигольной биопсии и при цитологической трактовке препаратов.

Цель исследования. Изучить ошибки амбулаторной диагностики при заболеваниях молочной железы.

Материалы и методы исследования. Изучено 138 историй болезни женщин, поступивших в клинику с диагнозом доброкачественного образования. Преобладали пациентки в возрасте от 45 до 60 лет (58%).

Результаты исследования. Чаще поражалась правая молочная железа (68%), верхне-наружный квадрант (44%). Размер опухоли был до 2 см у 85% больных. Наиболее часто был поставлен диагноз локализованного фиброаденоматоза (62%), у 21% - фиброаденома, у 17% констатирована киста молочной железы. Морфологическая верификация опухоли выполнялась при тонкоигольной биопсии, но не в стационаре. У 41% пациенток, при повторной пункции, выполненной в клинике, был верифицирован рак. У 35% больных диагноз рака поставлен при секторальной резекции, а у 21% только при плановом гистологическом исследовании. Гистологически в этих случаях был высокодифференцированный рак.

Вывод. Таким образом, к ошибкам амбулаторной диагностики можно отнести неправильно технически выполненную пункцию при небольших размерах опухоли и неправильную трактовку морфологического субстрата при высокодифференцированном раке.

КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

По данным ВОЗ около 10% населения Земли имеют очаговые поражения щитовидной железы (ЩЖ). При альпации узловые образования ЩЖ можно выявить только в 5% случаев, а при УЗИ почти в 10 раз чаще.

Образования размером до 1 см пальпаторно не определяются и протекают, как правило, бессимптомно. Анализ литературы говорит о том, что только 5% выявленных узлов – злокачественные опухоли. От 6 до 35% всех объемных образований, удаленных во время операций составляют кисты и аденомы ЩЖ. От правильной диагностической тактики зависят предполагаемый объем и материальные затраты на оказание лечебной помощи.

При этом, важна рациональная последовательность выполнения исследования от простых и малозатратных к более сложным и менее доступным. Из довольно большого количества методик, позволяющих исследовать ЩЖ и патологические процессы в ней, на первое место по доступности и информативности выходит ультразвуковое исследование. Совершенствование ультразвуковой аппаратуры и появление новых ультразвуковых методик, указывает на целесообразность исследования возможностей современных ультразвуковых технологий в решении проблемы диагностики узловых образований ЩЖ. До сих пор нет абсолютно достоверных ультразвуковых признаков доброкачественности или злокачественности образований щитовидной железы. Разные по морфологии и природе образования, могут иметь сходную ультразвуковую картину, отличаясь лишь по некоторым критериям.

Поэтому становится важным использование комплекса современных ультразвуковых методик для повышения точности дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы.

Цель исследования: изучить возможности комплекса современных технологий УЗИ и малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ, в дифференциальной диагностике узловых образований ЩЖ. Комплексное ультразвуковое исследование в диагностике узлов ЩЖ и дифференциальной диагностике характера поражения оценивали на

основании результатов последующего морфологического исследования 120 пациентов с узловыми образованиями ЩЖ после оперативного вмешательства. В 35% случаев диагностирован узловой коллоидный зоб, причем у 39% из них на фоне аутоиммунного тиреоидита, в 15% выявлена аденома, в 11% - рак ЩЖ. В режиме “серой шкалы” нами выявлены следующие семиотические особенности: для узлового зоба характерна множественность поражения, четкость контуров, неоднородность структуры. Эхогенность узлов была чаще сниженной и только в 10% случаев отмечена их гиперэхогенность. На фоне аутоиммунного тиреоидита в большинстве случаев проявлялась нечеткость контуров, структура была неоднородной, эхогенность практически у всех узлов была низкой. Аденомы имели смешанную эхогенность или были изоэхогенными с неоднородной структурой и четкими контурами. Злокачественные опухоли практически всегда были гипоехогенными, имели нечеткие, размытые контуры, для них было характерны наличие бугристой поверхности, “спикул” на поверхности узлов, неоднородность структуры. Кальцинаты в структуре узлов были выявлены в 27% случаев. Комплекс доплеровских методик, позволил оценить наличие кровотока и его распределение в ткани узлов. Для злокачественных образований было более характерно наличие интранодулярного кровотока, при этом имеется извитой ход сосудов, неравномерность их просвета, наличие “аляйзинг” эффекта. При аденомах наблюдали смешанную васкуляризацию, как за счет огибающих сосудов, так и за счет внутриузловых. Применение тканевой гармоник позволило лучше дифференцировать все виды узловых образований от окружающих тканей, особенно изоэхогенные узлы и образования с эхогенностью, незначительно отличающейся от окружающих тканей. Использование тканевой гармоник позволяет более точно оценить размеры узла и состояние окружающей ткани железы. Проведение тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии позволило в 88% случаев получить достоверные цитологические данные о природе узла. Т.о., ультразвуковое исследование при выявлении узловых образований щитовидной железы, должно включать весь комплекс современных аппаратных методик, что позволяет повысить точность дифференциальной диагностики узловых образований ЩЖ, что в последующем может быть использовано при определении рациональной тактики лечения пациентов.

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДРАКА И РАННИХ ФОРМ РАКА ВУЛЬВЫ

Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Задача исследования: Определить характер и тяжесть послеоперационных осложнений у больных с фоновыми, предраковыми заболеваниями и ранними формами рака вульвы, которым выполнены операции с применением методик реконструктивно-пластической хирургии.

Материал и методы: В исследование включены больные с нейродистрофическими процессами, лейкоплакией, кондиломами, внутриэпителиальными неоплазиями и ранними формами рака вульвы. Пациенткам выполнено хирургическое лечение в объеме задней, передней гемивульвэктомии, тотальной резекции вульвы, левосторонней, правосторонней гемивульвэктомии, при необходимости, дополненные резекцией влагалища и/или уретры. Оперативное лечение с применением методик пластической хирургии проведено 52 больным (первая группа), а без использования пластических операций - 50 больным (вторая группа).

Результаты: Из ранних послеоперационных осложнений нагноение раны в первой группе больных встретилось в 1,9% случаев, во второй группе - в 42% наблюдений. Послеоперационных кровотечений в первой группе не отмечено. Во второй группе они составили 18% случаев, их причиной явились отхождение некрозов и травматизация грануляций. Из отсроченных наиболее частыми осложнениями явились дизурические расстройства, которые в первой группе больных составили 13,4% случаев, а во второй группе - 58% наблюдений. Дискомфорт и боли в области вульвы и промежности соответственно составили 7% и 58% случаев. Стеноз влагалища наблюдался в 46% случаев и отмечен лишь во второй группе. Необходимо отметить, что тяжесть отсроченных послеоперационных осложнений была более выражена в группе без пластических операций. С пластическими операциями отсроченные послеоперационные осложнения носили лёгкий характер и с течением времени самостоятельно нивелировались.

Выводы: Применение методик реконструктивно-пластических операций существенно снижает частоту ранних и отсроченных послеоперационных осложнений и улучшает косметические результаты лечения.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Якубжон Эркинович ХУРСАНОВ, Абдурахим Абдурахманович АВАЗОВ

Ассистенты кафедры хирургических болезней №2 Самаркандского

Государственного медицинского Университета

Научный руководитель: к.м.н. Сайдуллаев З.Я.

Цель: В последние годы травмы стали ведущей причиной смерти в мире, опережая сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Количество ожогов во всем мире неуклонно растет в течение последних тридцати лет. По данным Всемирной организации здравоохранения, термическая травма занимает третье место среди других травм. Это связано с высокой мощностью и массовым соотношением современного производства, транспортировки, широким применением токов высокого напряжения агрессивных химических жидкостей и взрывоопасных газов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с сандаловыми ожогами в комбустиологическом отделении СФ РНЦЭМП и межобластного ожогового центра города Самарканда находились на лечении 112 обожженных, в возрасте от 7 месяцев до 71 лет. С глубокими ожогами до 5% поверхности тела было госпитализировано 43 больных, с ожогами до 10% поверхности тела – 56, и более 10% поверхности тела - 13 больных. 83 (74,1%) больных поступили в состоянии шока, а остальные 29 (25,9, %) поступили в стадии токсемии.

Результаты и обсуждение. Для местного консервативного лечения больных с сандаловыми ожогами применяли в зависимости от фазы раневого процесса: высушивание некротических тканей с применением марлевых влажно-высыхающих повязок с растворами антисептиков (йодовидон, йодопирон, бетадин) или повязок с многокомпонентными мазями на водорастворимой основе.

Для подготовки раны к аутодермопластике нами были произведены ранние некрэктомии. Ранняя некрэктомия - операция, выполненная до развития в ране признаков воспаления (как правило – первые 5 суток после получения ожога). Оно было произведено 17 больным. Отсроченная хирургическая некрэктомия – операция, выполненная на фоне воспалительных явлений в области раны - у 31 больных через 7-9 дней после ожога на площади не превышающий 5% поверхности тела. В остальных случаях нами было

произведено этапная хирургическая некрэктомия, показаниями которой являлись обширные глубокие ожоги поверхности тела.

Свободную кожную пластику мы проводили в основном на гранулирующую рану, когда рана была полностью готова для аутодермопластического закрытия. Считается, что хорошо подготовленная для оперативного лечения раневая поверхность должна быть ярко розового цвета, не отёчной, сочной, малокровоточащей, покрытой тонким слоем нежной мелкозернистой грануляционной тканью, без фиброзно-гнойных и некротических налётов и отсутствием воспалительных явлений кожи по периферии раны, а также с минимальным количеством микрофлоры.

Из 112 больных с сандаловыми ожогами у 89 рана зажила после первой аутодермопластики. Повторная аутодермопластика было произведено у 23 больных, у них общая площадь ожога превышало более 10% поверхности тела.

В послеоперационном периоде у 11 больных отмечался лизис кожных лоскутов. Основной причиной лизиса явились образовавшиеся под ними гематомы, что потребовало дополнительной кожной пластики.

ВЫВОДЫ. Таким образом, в течение 10 лет в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП и межобластного ожогового центра города Самарканда в лечении глубоких сандаловых ожогов стопы наблюдаются определённые успехи, связанные с организацией специализированной помощи, которые направлены на ускорении отторжения некротической ткани для подготовки к аутодермопластике и снижении послеожоговых контрактур и деформаций.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GALL BLADDER POLYPS

Akhmedov F.Kh., Jumaeva M.M., Hasanova D.A.

Bukhara State Medical Institute ,Bukhara branch of the RSECMP

Relevance. Gallbladder polyps are a common pathology and among all diseases it accounts for 3-6%, and among all operations on the gallbladder - up to 10%, which indicates the fact that polyps are not rare. In recent years, many researchers have noted an increase in incidence, which may be due not only to an increase in the number of patients, but also to the improvement of diagnostic methods. Despite the fact that the literature on gallbladder polyps is quite extensive, many questions remain unresolved. These are, first of all, issues of differential diagnosis and indications for surgical treatment. There is a search for more modern diagnostic methods and justification for surgical treatment.

Purpose of the study. Present the results of diagnosis and treatment of patients with gallbladder polyps.

Materials and methods of research. Under observation were 58 patients with gallbladder polyps, who were operated on in the surgical departments of the city hospital Bukhara branch of the RSECMP in the period from 2022 to 2023 inclusive. There were 37 women, 15 men, their ages ranged from 6 to 65 years, but the majority of those admitted were between 30 and 50 years of age. An analysis of patients operated on for gallbladder diseases (mainly cholelithiasis) showed that the number of patients operated on increased slightly, and the proportion of patients with polyps increased annually. So, if in 2022 patients with gall bladder polyps accounted for 0.37%, then in 2023 – already 1.35%. When examining patients, in addition to general clinical methods, ultrasound was used, in which special attention was paid to the location, size of polyps, their base, bacteriological examination of bile, histological examination of removed polyps and gallbladder and determination of the functional state of the liver and kidneys. We analyzed the semiotics and found that there were no specific symptoms characteristic of this disease. As a rule, there were symptoms that are most often detected in

chronic cholecystitis. The leading symptom was pain in the right hypochondrium, often dull and only in isolated cases; when polyps were localized in the area of the bladder neck and duct, the pain was paroxysmal in nature. When comparing the indicators obtained by ultrasound and clinical manifestations (pain syndrome), a connection was noted only depending on the location of the polyps.

Conclusions. Thus, our research has shown that gallbladder polyps are not uncommon; the main diagnostic method is ultrasound, but it does not make it possible to determine the nature of the polyps. For gallbladder polyps, surgical treatment is indicated, since adenomatous polyps tend to turn into a malignant tumor, and cholesteric polyps often cause inflammation of the gallbladder and pancreas. The postoperative period proceeds favorably. A bacteriological study of bile and the results of a histological study of the bladder wall give grounds to assert the importance of the role of the inflammatory process in the etiopathogenesis of polyps.

POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC-ASSISTED SURGERY FOR MEKKEL DIVERTICULITIS COMPLICATED WITH BLEEDING

Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Alizhanov A.A., Bazarbayev U.R.

Namangan Branch of the Republican Emergency Medical Service (NBREMS)

Introduction. Meckel's diverticulum (D.M.) is the most common congenital abnormality of the gastrointestinal tract, and its incidence in the population is 2%. Life-threatening complications of D.M. occur in 4–6% of cases. Thus, the frequency of bleeding in children under two years of age is 64.7%, while for those over the age of 8 years is 25%. (Schoenwolf G.C., Larsen W.J .. 2009.). Bleeding is caused by ectopia of the gastric mucosa or pancreatic cells in the diverticulum; in these areas, secretion of hydrochloric acid or alkaline pancreatic juice occurs, which leads to the formation of ulcers of the mucous membrane of the ileum (Higaki S, 2001). Mortality in DM is 2.5-15.0% (Timerbulatov M.T. 2017). Purpose: to familiarize practicing surgeons with a clinical case of Meckel's diverticulum complicated by bleeding.

Materials and methods. Patient T.U., 15 years old, was admitted to the Namangan branch of the RSCEMP with complaints of severe weakness, loose stools mixed with blood. From the 1'anamnesis, it became clear that the patient was in the private proctological clinic “Zh. Erkin” for four days, where hemorrhoids were examined and excluded. Upon admission, the condition was grave, and the position was passive. The skin and visible mucous membranes are pale. Blood pressure 100/60 mm Hg. Art. Pulse 100 per minute. The abdomen is soft, painless in all parts. Intestinal peristalsis is active. Symptoms of peritoneal irritation are negative. The liver and kidneys are not palpable. Installed a gastric tube. By gastric tube - there is no blood impurity in the washings. Rectal examination: gloved feces with cherry-colored blood. Fibrogastroduodenoscopy (FGDS) and fibrocolonoscopy (FCS) were urgently performed: the source of bleeding was not found. Indicators of laboratory tests upon admission: (Hb 51 g / l, erythrocytes - 2.01×10^{12} / l, Ts.p -0.6, leukocytes - 5.8×10^9 / l, P-3%, C- 64%, Lymph -26 %, Monocytes -6%. Eosinophils-1%, ESR-6 mm / h, Total protein - 54.2 g / l, urea in the blood - 7.2 mmol / l, creatinine - 74.48 mmol / l, creatinine - 74.48 μ mol / l, blood sugar 6.4 Mmol / l, bilirubin in the blood: total - 19.8, ALT - 0.8. Diastasis in the blood 16 units Coagulogram: recalcification time -76 sec, thrombotest 5- degree, ethanol test - neg, fibrinogen 1.44-g / l, HT 24%). The specific gravity of urine is 1020. Protein -avs, Lake -3-4, era 1-0 in field of view. Infusion and hemostatic therapy were performed and transfused 1500 ml of fresh frozen plasma, 1350 ml of erythrocyte mass. The patient's condition stabilized, hemodynamics within 110-120 / 65-70 mm Hg. After 24 hours, there were signs of ongoing bleeding. EGDS and FKS were repeated - the source of bleeding was not found. Considering the ineffectiveness of conservative therapy, continued bleeding, an increase in anemia (Hb 30g / l, erythrocytes - 1.01×10^{12} / l),

indications for surgical intervention were set. After 24 hours from the moment of admission, the patient was taken for diagnostic laparoscopy. The first trocar is inserted supraumbilically for 5mm and 10mm manipulation through both iliac regions. At the diagnostic stage of laparoscopy: in the abdominal cavity, about 200 ml of serous exudate. During revision: the large intestine is moderately swollen throughout its entire length, increased in diameter along its total length up to 8-10 cm, there is blood and gases in the lumen. The jejunum is collapsed, the terminal ileum is enlarged, and contains blood. Upon further revision, at 1.0 m from the ileocecal angle, an ileal diverticulum with a size of 4x2.5 cm with a broad base was found, blood is distal to the diverticulum throughout the lumen of the small intestine, blood is proximal to the diverticulum in the small intestine for 50 cm, blood is above the small intestine sleeping state. It was decided to perform a laparoscopically assisted diverticulectomy. The trocar wound was enlarged to 3.5 cm, and the diverticulum was removed from the damage. The D.M. was opened: in the lumen, there was dark blood with clots, on the apex from the side of the mucous membrane, the lumen was ulcerated, and a venous vessel up to 2-3 mm in diameter was found. Extraperitoneal wedge-shaped excision of Meckel's diverticulum was performed.

Postoperative diagnosis: Meckel's diverticulum is complicated by diverticulitis and intestinal bleeding. Severe post-hemorrhagic anemia. Multiple organ failure. The patient was discharged home on the 6th day after the operation in satisfactory condition. At discharge: HB 82g / l, erythrocytes - 2.95×10^{12} / l. Conclusion. In the presence of ongoing bleeding from the gastrointestinal tract, when no sources of bleeding have been identified with FGDS and FCS, the diagnosis "Meckel's diverticulum of the ileum, complicated by bleeding" comes to the fore. Diagnosis of Meckel's diverticulum is rarely diagnosed in the absence of complications. One of the popular methods for diagnosing Meckel's diverticulitis is diagnostic laparoscopy. This clinical case proves once again that in adults, the diagnosis of Meckel's diverticulum should be considered when bleeding from the gastrointestinal tract occurs.

EPITHELIZATION OF WOUND SURFACES IN DIABETIC FOOT SYNDROME

Kasimov U.K., Yoruklov A.Sh.
Tashkent medical academy

Relevance. In Europe, it is estimated that about 1.5–2 million people live with various types of wounds, with chronic ones being the dominant type. In the United States, chronic wounds resulting from acute wounds simultaneously affect approximately 6.5 million people.

The problem of treating chronic wounds remains relevant, especially difficulties arise in the treatment of wounds against the background of diabetes mellitus. Treatment of wounds must be observed in strict accordance with the phases of the wound process.

Target. Evaluation of the wound-healing activity of the original combination drug "Timogel" in comparison with the drug "Levomekol" to identify the possibility of recommending timogel for wide clinical use.

Material and research methods. The object of the study was an original wound-healing gel-based drug "Tymogel", which contains the antibacterial drug metronidazole, the antiseptic Chlorhexidine and the immunomodulatory thyoptin.

The drug "Levomekol" (Nizhpharm, Russia), which contains chloramphenicol and methyluracil, was used as a comparison drug.

The study is based on the results of observation of 60 patients who were treated at the Republican Center for Purulent Surgery and Surgical Complications of the multidisciplinary clinics of the Tashkent Medical Academy of the Republic of Uzbekistan. The patients were divided into 2 groups: the main group, in which the drug "Timogel" was used - 30 patients, and

the control group, in which the comparison drug "Levomekol" was used - 30 patients. The groups were comparable according to clinical, anamnestic and laboratory data.

The criteria for inclusion of patients in the study were the following diagnoses: a) surgical infections of soft tissues of various locations that developed against the background of diabetes (carbuncle, cellulitis, purulent-necrotic lesions of the feet, trophic ulcers). Patients were informed and included in the study after their written consent to participate in this clinical study.

Drug prescription scheme. Patients of the main group (30 people) were prescribed Timogel in the form of applications to the wound 1-2 times a day against the background of basic therapy (antihyperglycemic drugs, as well as antibacterial drugs and anticoagulants) during their hospital stay. The patients who made up the comparison group (30 people) received Levomekol in a similar way, according to the instructions, against the background of similar basic therapy. The volume of Levomekol and Timogel drugs used was selected individually depending on the area of the wound.

A complete blood count was performed once a day before treatment; 1 analysis on days 3 and 7 during treatment; measurement of wound area dynamics on days 1 and 7; cytological examination using the fingerprint method: 1 analysis on days 1, 7 and bacterial culture from the wound: 1 analysis on days 1 and 3.

Cytological studies were carried out using the fingerprint method according to the M.P. method. Pokrovskaya and M. S. Makarov.

Research results. One of the main criteria for the course of a wound process is its local appearance, which especially needs to be taken into account in the presence of diabetes mellitus. The use of the drug "Timogel" made it possible to clean the wound from necrotic tissue much earlier, with a reduction in the area of the wounds by 70%, in comparison with the ointment "Levomekol", where this figure corresponded to 40% on the 7th day of use. Timogel more effectively cleanses the wound from purulent-necrotic masses by 78% than the drug "Levomekol" (45%).

Determination of the number of leukocytes, which characterizes the activity of the inflammatory process on the surface of the wound, was carried out by imprinting on a glass slide with further staining with hemotoxylineosin. The result of counting the number of leukocytes in the field of view showed that their number decreases in the group of patients "Timogel" by 41.3%, in the group "Levomekol" - by 25%. When studying the indicators of intoxication and the course of the inflammatory process, it was revealed that when using the drug "Timogel" there was a significant decrease in ESR in comparison with the drug "Levomekol". Thus, in both groups on the day of admission this indicator was almost the same; after 3 days of treatment it decreased by 3 times, or by 67.1% in the Timogel group, and in the Levomekol group - by 1.3 times, or by 25.2%. This fact indicates that the inflammatory process and intoxication decrease faster when using Timogel. A similar picture is observed in the dynamics of leukocytes. In patients in the Timogel group, the number of leukocytes decreased by 1.42 times or by 29.7%, and in the group of patients receiving Levomekol by 1.24 times or by 19.7%. Atypical development of surgical infection in diabetes is not always accompanied by high levels of leukocytosis, which indicates suppression of the body's reactivity, despite the severity of local manifestations and the presence of intoxication. However, the use of the drug "Timogel" made it possible to stop the purulent-inflammatory process with the normalization of the leukocytosis rate, which manifested itself in a less pronounced form when using the ointment "Levomekol". that the inflammatory process and intoxication decrease faster when using Timogel. A similar picture is observed in the dynamics of leukocytes. In patients in the Timogel group, the number of leukocytes decreased by 1.42 times or by 29.7%, and in the group of patients receiving Levomekol by 1.24 times or by 19.7%. Atypical development of surgical infection in diabetes is not always accompanied by high levels of leukocytosis, which indicates suppression of the body's reactivity, despite the severity of local manifestations and the presence of intoxication.

However, the use of the drug "Timogel" made it possible to stop the purulent-inflammatory process with the normalization of the leukocytosis rate, which manifested itself in a less pronounced form when using the ointment "Levomekol". that the inflammatory process and intoxication decrease faster when using Timogel. A similar picture is observed in the dynamics of leukocytes. In patients in the Timogel group, the number of leukocytes decreased by 1.42 times or by 29.7%, and in the group of patients receiving Levomekol by 1.24 times or by 19.7%. Atypical development of surgical infection in diabetes is not always accompanied by high levels of leukocytosis, which indicates suppression of the body's reactivity, despite the severity of local manifestations and the presence of intoxication. However, the use of the drug "Timogel" made it possible to stop the purulent-inflammatory process with the normalization of the leukocytosis rate, which manifested itself in a less pronounced form when using the ointment "Levomekol". In patients in the Timogel group, the number of leukocytes decreased by 1.42 times or by 29.7%, and in the group of patients receiving Levomekol by 1.24 times or by 19.7%. Atypical development of surgical infection in diabetes is not always accompanied by high levels of leukocytosis, which indicates suppression of the body's reactivity, despite the severity of local manifestations and the presence of intoxication. However, the use of the drug "Timogel" made it possible to stop the purulent-inflammatory process with the normalization of the leukocytosis rate, which manifested itself in a less pronounced form when using the ointment "Levomekol". In patients in the Timogel group, the number of leukocytes decreased by 1.42 times or by 29.7%, and in the group of patients receiving Levomekol by 1.24 times or by 19.7%. Atypical development of surgical infection in diabetes is not always accompanied by high levels of leukocytosis, which indicates suppression of the body's reactivity, despite the severity of local manifestations and the presence of intoxication. However, the use of the drug "Timogel" made it possible to stop the purulent-inflammatory process with the normalization of the leukocytosis rate, which manifested itself in a less pronounced form when using the ointment "Levomekol". Atypical development of surgical infection in diabetes is not always accompanied by high levels of leukocytosis, which indicates suppression of the body's reactivity, despite the severity of local manifestations and the presence of intoxication. However, the use of the drug "Timogel" made it possible to stop the purulent-inflammatory process with the normalization of the leukocytosis rate, which manifested itself in a less pronounced form when using the ointment "Levomekol". Atypical development of surgical infection in diabetes is not always accompanied by high levels of leukocytosis, which indicates suppression of the body's reactivity, despite the severity of local manifestations and the presence of intoxication. However, the use of the drug "Timogel" made it possible to stop the purulent-inflammatory process with the normalization of the leukocytosis rate, which manifested itself in a less pronounced form when using the ointment "Levomekol".

When analyzing the microbial flora from the wound in the groups of patients "Timogel" and "Levomekol", microorganisms were identified with a slight difference in percentage: staphylococcus 84 and 85%; Pseudomonas aeruginosa 9 and 7%; streptococcus - 7 and 8%, respectively. During the treatment process, after 3 days in the Timogel group, microorganisms were not sown in the wounds, while in the Levomekol group, Pseudomonas aeruginosa 3% and staphylococcus were detected in the wounds.

It was shown that when treated with Timogel, 29 patients had good tolerability - 97.7%; 1 patient had slight redness that did not require discontinuation of the drug. Patients in the Levomekol group (22 people) tolerated the drug well - 73.3% of patients. In 8 patients, a local allergic reaction occurred that did not require discontinuation of the drug. During the study, there were no reasons for stopping the use of Timotel related to the occurrence of side effects or due to the lack of clinical effect.

Conclusion. The data obtained indicate that the drug "Timogel" accelerates the course of the wound process, promotes wound cleansing, the appearance of granulation and epithelization

of the wound surface, is highly effective and can be recommended in a set of measures for the treatment of chronic wounds against the background of diabetes mellitus.

ROLE OF PHOTODYNAMIC THERAPY AND TOPICAL ANTIBIOTICS IN THE TREATMENT OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

Khamdamov B.Z., Nurov U. I. Uktamov I. G.
Bukhara State Medical Institute

Introduction. Chronic suppurative otitis media (CSOM) chronic inflammation of the Eustachian tube of the middle ear, the mastoid cavity and mastoid cells. It is the most common infectious ear disease in children, as well as in young people. CSOM is characterized by chronic, periodic or persistent otorrhea for at least 2 weeks through perforation in the eardrum.

Antibacterial agents are the most commonly used treatment for CSOM. They can be used locally (in the form of drops, ointments on the affected area) or systemically. It is preferable to use local antibacterial drugs or photodynamic therapy in uncomplicated CSOM. The advantage of these is related to the absence of gastrointestinal disturbances and other systemic negative effects, high concentration in the center of infection, ease of use and high efficiency.

At present, against the background of the emergence of a large number of different synthetic antibiotics, the microbial flora of CSOM has undergone clear changes. The emergence of a large number of polyresistant strains and changes in the bacteriological profile of patients with CSOM make clinicians search for drugs that are effective in the treatment of this disease. Antibacterial agents are the most commonly used treatment for CSOM. They can be used locally (in the form of drops, ointments on the affected area) or systemically.

Purpose of the study: assessment of the effects of local antibiotics and photodynamic therapy for people with CSOM

Material and methods. In the period from January 2021 to December 2022, a retrospective of the medical history of 200 patients of the otorhinolaryngology clinic with a diagnosis of acute otitis will be conducted. In patients aged from 18 to 73 years (average life expectancy of 45.8 ± 6.4 years), the duration of the disease ranged from 2 to 34 years (average life expectancy of 26.7 ± 2.4 years).

Patients with diabetes mellitus who are allergic to topical antibiotics or photosensitizers, as well as patients with complaints of severe itching in the ears with otomycosis in their Anamnesis, symptoms of otomycosis during otoscopy, that is, black spots on the bone part of the external auditory canal, skin of the external auditory canal or white plaque, are not attracted to the study.

After hospitalization, all patients underwent standard anamnesis collection, endoscopic examination of ENT organs, tonal threshold audiometry, if local complications were suspected (granulation or cholesteatoma development), computed tomography of the temporal bones was performed, microbiological examination was performed by taking swabs from the ear before starting antibiotic therapy.

Patients with CSOM have undergone clinical and biochemical blood tests to determine the activity of the inflammatory process and to determine the accompanying conditions that affect the course of CSOM.

The criteria of treatment efficiency were the normalization of the general condition of the patients, the cessation of pathological discharge from the ear, and the normalization of the otoscopic picture. Treatment is usually started 2-4 days after the first symptoms of chronic otitis media appear.

Results. Analyzing the medical history of the patients revealed the main complaints of patients diagnosed with "Aggravation of CSOM", their leaders were otorrhea, ear pain,

ineffectiveness of conservative treatment in outpatient settings, which was the reason for going to the hospital.

The leading complaint at admission to the department is otorrhea, a large amount of mucous purulent discharge from the ear, the need for frequent cleaning of the ear, especially in the morning. Patients also complained of pain in the inflamed ear, which in several cases required the use of painkillers.

From otoscopy, the perforation volume varied from 25 to 50% of the eardrum. Hyperemia of the mucous membrane of the nasopharynx cavity was detected, the nipple was painless on percussion and palpation. By tonal threshold audiometry, 1st level of hearing ability was determined in 155 patients, 2nd level in 25 patients, 3rd level in 15 patients, 4th level in 5 patients.

Ear rehabilitation was performed in all patients. All patients were given nasal decongestants. In sorting, the groups receiving the same systemic antibiotic (ceftriaxone), different ear drops (ciprofloxacin-40 patients, floxadex-80 patients, ofofa-40 patients) and photodynamic therapy (with an aqueous solution of methylene blue)-40 patients were compared. The results showed that there was no significant difference between the groups. It was observed that otorrhea stopped relatively faster in the groups that received Ofofa and photodynamic therapy. But in these groups, very few patients noted slight pain in the ear after the drug drops or photodynamic therapy

Summary. No significant difference was observed when comparing local antibiotics and photodynamic therapy in patients with CSOM. When comparing the cessation of purulent discharge from the ear, it was found that it was observed faster in the group receiving Ofofa (active substance rifampicin) and photodynamic therapy. Ciprofloxacin and Floxadex are considered convenient for patients due to the fact that they do not cause local reactions.

But it should be noted that these studies are not enough to show which drug is superior. Because the recurrence frequency of the disease does not allow to determine the local and general side effects that can be observed later after using the drug. To determine these, other more in-depth studies are required.

ENDOVIDEOSURGICAL METHODS FOR THORACOABDOMINAL INJURIES

Khodjimatov GM, Yahyoev SM, Sidikov MP

Andijan State Medical Institute

Andijan branch of Republican Research Centre Of Emergency Medicine

The aim of this study was to investigate the role of endovideosurgical methods in the management of patients with thoracoabdominal injuries.

Material and methods. For 2021-2022 years 68 patients with thoracoabdominal injuries were hospitalized in the surgery department of the Andijan branch of Republican Research Centre Of Emergency Medicine in Andijan city. In 68 patients was 53 (77,9%) men and 15 (22,1%) women, the wounds were thoracoabdominal or abdominothoracic; 89.7% of the wounded were under 60 years of age, which makes the problem of treating these patients very urgent. 25 patients suffered from road accidents, 24 patients suffered from stab wounds, 16 suffered from a fall, 3 patients suffered from a beating.

Results and discussion. To justify the use of endovideosurgical technologies in the treatment of victims of this category, it is advisable to conditionally divide the flow of victims into 2 groups: 1st - wounded who are in a serious condition due to blood loss. Instrumental studies in patients in this group should be limited to those performed on the operating table. If there is a suspicion of injury to the heart and great vessels of the chest and abdomen, surgical interventions are carried out immediately, without instrumental examination; 2nd - wounded

who are in moderate condition and moderate condition with minor hemodynamic impairment and a non-critical (at least 100/60 mmHg) blood pressure level. These patients, against the background of intensive therapy, undergo chest radiography for a short time, and, if indicated, drainage of the pleural cavity. The Ravilois-Gregoire test, abdominal ultrasound, laparoscopy, and, if necessary, thoracoscopy are performed. Thoracoscopy and laparoscopy were performed in 28 patients. Videoscopic intervention began with thoracoscopy in 16 patients, and laparoscopy in 12 patients. All patients who underwent these procedures were in a condition of no more than moderate severity, with relatively stable hemodynamic parameters. The sequence of these studies was determined based on the analysis of data from clinical manifestations, the results of X-ray and ultrasound examination of the chest and abdomen. If there were signs of tension pneumothorax, moderate or subtotal hemothorax, as well as excessive discharge of air from the pleural cavity, or the presence of a small amount of fluid in the abdominal cavity (according to ultrasound), thoracoscopy was performed first. Performing thoracoscopy compares favorably with simple drainage of the pleural cavity, even in the absence of ongoing bleeding. Thus, when the area of the diaphragm above the posteroinferior surface of the liver is injured, revision of the wound and its suturing is much more convenient and easier to perform using thoracoscopic access. In addition, it is almost always possible to perform video inspection of a wound in the mediastinum or lung and suturing its wounds. During thoracoscopy, the lung wound was visualized in 13 patients, and the diaphragm wound in 4 victims. In this case, the wounds were sutured separately. Typically, wounds of the lung and diaphragm were sutured with a continuous or interrupted Vicryl suture on a ski-shaped needle. If necessary, the diaphragm defect was covered with a polypropylene mesh. After suturing the wounds, control of aero- and hemostasis, sanitation and drainage of the pleural cavity were performed. In the absence of signs of ongoing intrapleural bleeding, laparoscopy (after drainage of the pleural cavity) was performed first. Revision of the abdominal cavity began with an assessment of the severity of blood loss. If there was more than 500 ml of blood in the abdominal cavity, continued bleeding, and the source could not be visualized, laparoscopy was stopped and access conversion was performed. If necessary, revision of the omental bursa was carried out through a puncture of the gastrocolic ligament, moving 2 cm away from the gastroepiploic arteries, opposite the corner of the stomach. Laparoscopy revealed injury to the liver in 4, stomach - in 2, small intestine - in 1, omentum and mesentery - in 6, and transverse colon - in 2 victims. In all cases, organ wounds were coagulated and sutured using an endovideosurgical method. There were no deaths or postoperative complications in this group of patients. Indications for laparotomy were the entry of blood through the wound of the diaphragm, sometimes with an admixture of intestinal contents, as well as prolapse and strangulation of the abdominal organs in the diaphragm defect (in 2 patients). Indications for thoracotomy were suspected cardiac injury (n=2), ongoing massive intrapleural bleeding (n=4) and total hemothorax (n=2). Upon admission, the condition of the victims was serious or extremely serious, due to massive blood loss. In all cases, emergency indications for surgery were given. Thoracotomy was performed on the right side in 2 patients and on the left side in 6 patients.

Conclusion. The use of endovideosurgical access for the diagnosis of thoracoabdominal wounds and treatment of patients reduces the time of preoperative diagnosis, helps reduce the severity of surgical aggression, material costs for treatment and significantly reduces the time of medical rehabilitation of the wounded. And also, endovideosurgical methods for thoracoabdominal wounds can reduce the frequency of diagnostic errors and limit intervention to one cavity.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THORACOABDOMINAL INJURIES

Professor Khodjimатов GM, Yahyoev SM, Sidikov MP
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of Republican Research Centre Of Emergency Medicine

Aim of study. Analyzing the results of treatment of patients with thoracoabdominal injuries at hospital stage by using improved diagnostic and treatment algorithm.

Patients and research methods. Our work is based on an analysis of the treatment of 190 patients aged from 19 to 76 years, admitted from medical institutions of the departments of general surgery and Andijan branch of Republican Research Centre Of Emergency Medicine in Andijan city. During the first 3 hours after injury, 102 patients (53.7%) were delivered to the hospital, 88 (46,3%) were admitted after 6 hours and 4 after 12 hours. Combined injuries of organs of both cavities were observed, and in 97 (51.1%) patients were thoraco-abdominal injuries. When blood is detected in the abdominal cavity, most surgeons consider an indication for emergency laparotomy.

Results and discussion. Based on the clinical picture and instrumental examination data of the victims, 3 groups were identified to select the surgical approach and the sequence of surgical procedures. 1. Combined injury with a predominant clinical picture of damage to the abdominal organs. 2. Combined injury with a predominance of clinical injuries to the chest organs. 3. Combined trauma by the clinic: damage to organs of both cavities. The majority (33.4%) of patients delivered to the clinic were operated on within the first 2 hours from the moment of admission. In doubtful situations, abdominal ultrasound, X-ray examination, thoracentesis and videosurgical methods were performed. It was revealed that ultrasound examination of the abdominal cavity is the most accurate additional method for diagnosing intra-abdominal catastrophe, allowing timely indications for emergency laparotomy in patients with concomitant abdominal trauma. The main objectives of surgical intervention: final stop of bleeding, restoration of anatomical integrity or removal of a damaged internal organ, prevention of postoperative complications. The following surgical approaches were used: laparotomy and thoracolaparotomy. We were convinced that the surgical approach must be chosen differentially, depending on the prevalence of the clinical picture of organ damage in a particular cavity. In case of damage to the abdominal organs, a wide laparotomy was generally performed. Transdiaphragmatic thoracotomy is appropriate for right-sided injuries with damage to the upper surface of the liver. For left-sided wounds, thoracoabdominal access: with simultaneous opening of the abdominal and left pleural cavities through thoracolaparotomy ensures a full revision of the upper floor of the abdominal cavity. Interrupted silk sutures were placed on the lung wound; In case of liver damage, catgut sutures were placed on the wound, and in case of more extensive damage, after removal of non-viable areas of liver tissue, the omentum was sutured. In the surgical treatment of rupture and injury to the spleen, sutures were successfully used, and if sutures were not possible, splenectomy was performed. Incomplete ruptures and wounds of the pancreas were sutured with interrupted sutures, and the omental bursa and retroperitoneal tissue were drained. When the intestinal wall ruptures in most patients, the most gentle operation was possible - suturing the hole with excision of the edges of the wound. In case of rupture of the colon, a unloading colo- or cecostomy was applied to prevent suture failure.

Conclusion. The timing of laparotomy and thoracotomy depends on the general condition of the patient and the nature and severity of the injuries. Immediate intervention for combined injuries is justified only if bleeding continues in the abdominal and thoracic cavity. As well as, the optimal method for diagnosing intra-abdominal bleeding in patients with associated injuries is ultrasound examination, which must be performed during the initial examination.

SIGNIFICANCE OF NEUROINTERVENTION IN PATIENTS OF THE NEURORESUSCITATION DEPARTMENT

Kholliev S.S., Musoyev T.Ya.

BUKHARA BRANCH OF REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTER FOR EMERGENCY MEDICAL CARE

Summary: This article discusses the importance of neurointerventional methods in patients treated in the neurocritical care unit. This year, the total number of strokes in the region is 800. A total of 115 of these patients underwent neurointerventional techniques. 75 patients with ischemic strokes had undifferentiated types of strokes, and diagnostic angiography of the carotid arteries was performed mainly as a diagnostic method.

Key words: neurointervention, stroke, angiography.

The field of neurointerventions is rapidly changing as more diseases are treated with less invasive methods. New treatments are possible with new devices, but smaller and less radiopaque devices also create additional challenges when it comes to ease of placement and treatment evaluation. We offer a wide range of integrated technologies for various neurointerventions. Now you can work with confidence with comprehensive imaging technologies and neurointerventional options, the result of intensive research involving healthcare leaders and pioneers in interventional therapies. The invention relates to the navigation of an interventional device. The technical result is to increase the accuracy of navigation of the interventional device inside the tubular structure of the object. The system contains: an x-ray image capture device; processing unit; interface; the x-ray image capture device captures 2-dimensional x-ray image data in one projection geometry of the region of interest of the tubular structure; the processing unit is configured to detect the interventional device on the 2D x-ray image; determines the 2-dimensional position of the interventional device on the 2-dimensional x-ray image; superimposes one 2D X-ray image with a previously acquired 3D ROI dataset; converts the determined 2-dimensional position of the interventional device to a position in the 3-dimensional dataset; allocates local 3-dimensional parameters in the position of the interventional device; generates navigation information for a specific 3-dimensional position of the interventional device and selected local 3-dimensional parameters; the interface provides navigational information to the user.

Material and method of research: given that the main role in the diagnosis of strokes is occupied by diagnostic angiography of cerebral vessels performed in most patients, the number of patients examined, information about the anticoagulant treatment of these patients and, of course, the MSCT apparatus.

Analysis and result: Examinations carried out on 75 patients showed that 80%, i.e. in 60 patients, stroke was detected in the early stages and the necessary treatment was carried out.

Conclusion. Studies show that neurointerventions in the early stages of stroke and post-stroke rehabilitation, early detection of the disease and severe consequences of the disease in the patient can be prevented.

THE LIFE QUALITY ASSESSMENT OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH SURGICAL MENOPAUSE

Khudoyarova D.R., Azimova S.A., Shopulotova Z.A.
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

Abstract: the research represents women's life quality in reproductive age with surgical menopause. There were analyzed the factors, which have led to hysterectomy at this age. Based on the findings, the algorithm of patient management was developed after a hysterectomy at reproductive age.

Design of the research: For the research, there were chosen case histories of 54 women, whom was done surgical removal of the uterus, over 4 years, between 2018 and 2022. Patients were in active reproductive age – from 20 to 35 years old. The average age of them was 27,5 years old. According to social structure, the prevalence got housewives-39 (72,2%), and the other 15 (28,8%) were students and employees. Most of them 31 (57,4%) were townspeople and 24 (43,6%)- were villagers.

Materials and methods: This research was fulfilled in the Maternity Hospital of the 1st clinic of Samarkand State Medical University, Regional Perinatal Center, and the Maternity Hospital №2 in Samarkand City. As a method of research were used: general clinical examination, gynecological examination, laboratory research (general blood test, general urine analysis, blood chemistry, vaginal smear for flora, hormone research- FSH, estradiol and progesterone), ultrasound of mammary glands, questionnaire SF-36, PISQ and questionnaire for identification of vegetative changes.

According to anamnesis, the age of menarche was 13.3 ± 1.5 years, it lasted from 3 to 7 days, and the duration of the cycle was 27 to 35 days. The average age of onset of sexual activity was 19.4 ± 2.7 years. A large number of pregnancies, childbirth, abortions, and miscarriages of examined women drew attention. Furthermore, 3 (5,5%) women suffered from infertility. At the same time, 8 (14,8%) were primigravida and primipara. The intergravid interval from the previous to the present pregnancy in multi-pregnant women varied from 1.8 ± 1.2 years.

Practical significance: Based on the results, proposed, and proved principles of checkup and management of patients of reproductive age with surgical menopause due to hysterectomy.

Developed differentiated approaches to the prescription of hormonal and non-hormonal drugs to patients, who underwent hysterectomy due to complications of pregnancy and childbirth.

Description of statistical data analysis: All the obtained results of the examination were processed with the method of variation statistics with the calculation of the arithmetic value (M) and its standard deviation(m). calculations were made using statistical programs of Microsoft Excel 2016.

ANALYSIS OF POSTOPERATIVE VENOUS THROMBOSIS DEEP VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES

Makhmudov N.I., Muhammadmir khan
Ferghana Medical Institute of Public Health

The problem of postoperative venous thrombosis (HTT) of the deep veins of the lower extremities remains relevant, despite the huge amount of work on this topic.

here is no consensus among clinicians on a number of issues related to the optimization of measures for the prevention and treatment of HTP. The developed standards for the prevention of HTP do not allow avoiding mortality from pulmonary embolism (PE).

The purpose of the study. To analyze episodes of HTP of deep veins of the lower extremities and their consequences, to specify measures for effective prevention of this pathology.

Material and methods: Over the past 10 years, 1040 patients with deep vein thrombosis of the lower extremities (TGVNA) have been treated in the Department of Emergency Vascular Surgery of the FFRNCEMP

There were 559 males (53.8%) and 481 females (46.3%). In 525 (50.5%) patients, iliofemoral phlebothrombosis was noted, in 515 (49.5%) – deep vein thrombosis of the lower extremities. In 120 (11.5%) patients, HTP of the deep veins of the lower extremities was noted. Previously, he performed surgical interventions of the following localizations: on the uterus and appendages – in 55 patients, osteosynthesis of the bones of the lower extremities – in 31, on the abdominal organs – in 26, autopsy of purulent processes of the lower extremities – in 8 patients.

The average age of patients with ilio-femoral segment thrombosis was 46.5 years, with deep vein thrombosis of the lower leg - 42 years.

The causes of HTP, in most cases, were: increased thrombosis due to rejection of heparins; deactivation in the postoperative period; concomitant varicose veins and pelvic inflammatory processes; refusal of elastic compression of the lower extremities; pregnancy, etc.

It should be noted that the operation itself, being surgical aggression, activates the blood clotting system, and anesthesia using muscle relaxants causes dilatation of intramuscular veins, which leads to a slowdown in the outflow of blood from the lower extremities. All patients with HTP were prescribed strict bed rest for 7-8 days, elevated position and elastic compression of the lower extremities, direct anticoagulants, and 2 days before cancellation indirect anticoagulants.

When detecting embolous thrombi of the common or external iliac veins, thrombectomy was performed followed by anticoagulant therapy or clipping of the inferior vena cava according to the original RNCEMP technique. In the presence of a floating thrombus of the superficial femoral or popliteal veins, the first ligation was performed. Episodes of pulmonary embolism were observed in 35 (3.4%) patients with TGVNA and in 4 (3.3%) patients with HTP.

Pathogenetic therapy for embolism of small branches of the pulmonary artery consisted of jet intravenous administration of heparins to suppress the growth and resorption of blood clots, prevent thrombosis and repeated episodes of PE, symptomatic therapy. In case of massive embolism, thrombolytic therapy with streptokinase was performed.

18 (1.7%) patients died. The cause of death was massive PE with increasing right ventricular failure. We found that the overwhelming number of HTP deep veins of the lower extremities developed due to the refusal of the attending physician (surgeon or resuscitator) from the preoperative use of heparins or from the incorrect selection of the scheme and method of its administration, fearing hemorrhagic consequences.

The patients also did not use physical methods of prevention, such as lifting the leg end of the operating table or bed, the use of elastic bandages or stockings, early activation in the postoperative period, which would have accelerated blood flow in the deep veins of the lower extremities.

Thus, the risk of developing postoperative venous thrombosis of the deep veins of the lower extremities and their consequences can be reduced by the use of heparins, early activation of the patient and physical methods of prevention. Although many surgeons believe that a successful operation is a guarantee of a successful course of the postoperative period.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS WHEN ACUTE PANCREATITIS IS ACCOMPANIED BY LIVER CIRRHOSIS

Mirzaev V. I. , Ganjiev F. X., Kenjayev L.R., Hamroyev X.N.

The Republic is urgent medical help scientific center Bukhara branch , Uzbekistan republic , Bukhara city.

Abu Ali ibn Sina in the name of Bukhara state medicine institute , surgery diseases and resuscitation department .

One of them is chronic diffuse liver diseases (CHDD), especially the significant increase in the incidence of liver cirrhosis (JTs) and the high mortality rate remain one of the urgent problems of medicine until now .According to the World Health Organization (WHO), 300,000 people die from cirrhosis of the liver every year and it is the 8th leading cause of death . It is known that JTS from JSDK has a special place with its occurrence, complications and mortality rate, as we mentioned above. In the beginning of 2010s, that is, in the current period, the incidence rate of people with JTs is 1-11%, the average age for this disease is 46 years, and the life expectancy for the disease is 3-6 years..

Acute pancreatitis (AP) represents an inflammatory condition of the pancreas associated with significant healthcare costs, morbidity and mortality. Although usually having a mild clinical course, AP can develop into a severe and deadly disease with mortality reaching up to 15% in patients with necrosis. Two main etiological factors associated with AP are gallstones and alcohol. Nevertheless, infectious agents, such as viral ones, have also been implicated in AP pathogenesis.

Many viruses, such as the rubella virus, cytomegalovirus, Epstein–Barr virus and varicella zoster virus may lead to AP, with the mumps virus being the most common viral cause of AP. Nevertheless, hepatitis viruses have also been implicated in the pathogenesis of AP. Hepatitis E virus (HEV) and hepatitis A virus (HAV) have been most frequently associated with AP. However, some authors also reported AP to be associated with a hepatitis B virus (HBV), or hepatitis C virus (HCV)infection. The mechanism behind these associations has been hypothesized to include an immune response or direct cytotoxicity against the infected acinar cells. Other authors proposed the edema of the ampulla of Vater with the obstruction of pancreatic juice flow to be a possible mechanism of viral damage of the pancreas.

The purpose of the study: to improve the tactics of diagnosis and treatment of acute pancreatitis accompanied by chronic diffuse diseases of the liver.

Materials and methods: The work is based on the analysis of 84 patients who were undergoing inpatient treatment in the 1st and 2nd surgical department of the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care during 2018-2022. Classification of age groups adopted at the 1962 Kyiv Symposium and regional workshop of the Bureau of the World Health Organization (Kiev, 1963) was used to divide patients by age. According to this classification, persons under the age of 18 are included in the group of children, between the ages of 18 and 29 are teenagers, between the ages of 30-44 are young, between the ages of 45-59 are middle-aged (adults), and between the ages of 60-74 past and 75-90 years old are included in the group of old people, and those over 90 years old are included in the group of long-lived people (V.V. Frol'kis, 1970).

Conclusion: the acute inflammatory process in the pancreas complicates the functional state of the liver and leads to a decrease in metabolism and an increase in the pathological focus. It is worth noting that the early onset of the inflammatory process leads to the spread of the inflammatory process to the surrounding tissues and the presence of complicated pancreatitis and an increase in the atypical clinical manifestations of the disease.

THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC TREATMENT FOR BLEEDING FROM CHRONIC DUODENAL ULCERS

Muhammadmir khan, N. I. Mahmudov
Ferghana Medical Institute of Public Health

The purpose of the study: to study the diagnostic and therapeutic possibilities of endoscopy and its effect on the results of treatment of patients with bleeding from chronic duodenal ulcers under the conditions of the use of actively individualized therapeutic tactics

Material and methods: the results of treatment of 350 patients with bleeding from chronic duodenal ulcers in the conditions of the 2nd surgical department of the Fergana Branch of the RNCMP were analyzed. Men - 240, women - 110. The age of patients is from 24 to 82 years.

Results and discussion: all patients in the emergency department after preliminary gastric lavage underwent EGDFS. At the same time, it was possible to establish the localization and nature of the source of bleeding during the initial examination in all patients (100%). Basically, patients admitted to the hospital with stopped bleeding were evaluated according to classification J. Forrest (1974): F-IIA (62), F-IIB (162), F-IIC (80), F-III (20).

Active bleeding was diagnosed in 26 patients — FIA (12), F-IB (14). The most common cause of bleeding was ulcers up to 1 cm in size — 196 (55.8%), ulcers up to 0.5 cm in diameter were diagnosed in 120 (34.2%) cases, ulcers up to 2 cm in diameter were noted in 24 (7%) and ulcers with a diameter of more than 2 cm were detected in only 10 (3%) patients.

150 (42.8%) patients were admitted with mild blood loss, 142 (40.6%) with moderate, 38 (10.9%) with severe, and 20 (5.7%) with extremely severe. Hemorrhagic shock of the I degree at admission occurred in 77 (22%), II degree — in 28 (8%) and III degree — in 10 (2.8%) patients.

The remaining 235 (67.2%) patients were admitted to the hospital without signs of hemorrhagic shock. When performing primary endoscopy, it was possible to identify the source of bleeding in 100% of patients. In 12 patients who were admitted to the hospital with active jet bleeding (F-IA), endoscopic hemostasis using monopolar diathermocoagulation, pricking around the ulcer with ethanol solution, argonoplasma coagulation was used at the primary stage.

At the same time, it was possible to stop active bleeding in 6 (50%), the remaining 6 patients underwent emergency surgery due to the ineffectiveness of endoscopic hemostasis. In 14 patients admitted with F-IV bleeding, diathermocoagulation was used to stop bleeding in 12 (85.7%). In 2 cases, the use of diathermocoagulation was not effective and patients underwent emergency surgery.

The control EFGDS was performed in order to strengthen hemostasis at F-IIA after 12 hours, F-IIB after 24 hours. In the presence of F-IIC and F — III, endoscopic hemostasis was not used. Recurrence of bleeding in the hospital after primary conservative or endoscopic arrest occurred in 20 (5.7%) cases. A total of 8 (2.3%) patients underwent surgical interventions. Of these, 5 (62.5%) are in an emergency, 3 (37.5%) are urgent

. Gastric resection was performed in 2 (25%); wedge—shaped excision of the ulcer - in 4 (50%), stitching of the ulcer was performed in 2 (25%) patients. Postoperative complications developed in 4 (50%) patients: insufficiency of the stump of the DPC — in 1 (12.5%), pneumonia — in 2 (25%), pulmonary embolism — in 1 (12.5%).

Conclusions: thus, endoscopic examination has high therapeutic and diagnostic capabilities for bleeding from chronic duodenal ulcers. The use of endoscopic hemostasis together with the use of highly effective anti-ulcer drugs and hemostatic drugs leads to a noticeable decrease in the level of operational activity.

LACK OF VITAMIN K AND ITS CONSEQUENCES, EFFECTS ON THE BODY

Muhammadiev F.N., Nurislomova L.F.
Termez Branch of Tashkent Medical Academy

Introduction: Vitamin K as a structural compound is described as $C_{31}H_{46}O_2$. There are two natural forms of the vitamin: -K 1 — Phylloquinone (4-naphthoquinone and 2-methyl-1) It is a viscous yellow liquid that is insoluble in water and soluble in ethyl alcohol, benzene, chloroform, diethyl ether. The compound is not sensitive to complex infrared radiation, but decomposes under the influence of ultraviolet radiation. It is present in the green part of plants.- K 2 — menaquinone (2-methyl-3-difarnesyl-1,4-naphthoquinone) looks like a crystalline yellow powder that can absorb UV rays. It is synthesized by bacteria living in the large intestine. Beef liver, butter, etc. food from animals such as q- enters the body with food. "Interestingly, in the body, K1 can flow into K2, or vice versa, K2 can flow into K1 . At the same time, both forms affect metabolism in bone and connective tissue," says gastroenterologist, nutritionist, Ekaterina Garelina in an interview with RIA Novosti. "Vitamins K1 and K2 contribute to the transfer and correct distribution of calcium to bones and connective tissues, brain, heart, liver. "They also improve the production of prothrombin protein, which is necessary for normal blood clotting, prevent the accumulation of calcium in the arteries, thereby reducing the possibility of atherosclerosis," explained the expert. Also , the third synthetic form - K3 or menadione (2-methylnaphthalene-1,4-dione) - there is also an artificial analogue of natural vitamin K. It is used, for example, in hemorrhagic diseases in newborns with caution and according to the instructions. Information about the existence of such a vitamin was known due to experiments conducted on poultry. In 1929, the Danish scientist Henrik Dam studied the consequences of the lack of cholesterol in the diet of chickens. It is known that not eating grains and other plants causes bleeding in the muscles, subcutaneous and other tissues. Including purified cholesterol in the diet does not help - the pathological condition remains. During the studies, the scientist singles out groups of substances that improve blood clotting. These organic compounds were named vitamin K or coagulation vitamin (Koagulationsvitamin). Thanks to this research, the scientist was awarded the Nobel Prize in 1943. This taste of the scientist motivated to study the compound more deeply. As a result, in 1939 it was discovered that there are two types of vitamin K. The first type of phylloquinone or K1 was found by the Swiss Paul Karrer in alfalfa plant, while the second one is menaquinone or type K - American scientists Doyzi and Binkley found it in rotten fish meal .

Materials and methods : The main biological function of vitamin K is to ensure full blood circulation: the vitamin produces four of the thirteen proteins involved in the coagulation process. Thanks to this nutrient , a clot is formed that "closes" the wound and prevents blood loss when blood vessels are damaged. "Vitamin prevents bleeding," says the expert, "it affects osteoclasts, which dissolve bone tissue and destroy it ." As a result, there is a balance between the death of old cells and the formation of new cells, preventing excessive demineralization (breakdown) of bone tissue. Effects on the skeleton and circulation aren't the only beneficial things vitamin K can do. participates in the formation of transport proteins that carry nutrients between tissues and organs; mediates the interaction between calcium and vitamin D; affects the structure and growth of bones, cartilage tissue, balances the amount of sugar; vitamin participates in anaerobic respiration during oxygen starvation; has an effect against toxins that destroy liver cells (in particular, coumarin) ; improves kidney function, prevents stone formation; used as a natural pain reliever for muscle spasms, uterine contractions; strengthens the walls of blood vessels. Vitamin K is recommended for pregnant women to prevent bleeding and for the proper formation of bone and muscle tissue of the child, and to restore strength . It is important that this nutrient should be consumed only in moderation, on the contrary, it can harm

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



not only the health of the mother, but also the health of the child, says Ekaterina Garelina, doctor, gastroenterologist, nutritionist. An excess of vitamin K in newborns is characterized by the development of hemolytic syndrome, which can be followed by jaundice. That is why it is necessary to strictly control the amount of food taken by the body in the last three months of pregnancy," the expert added. According to the decision of the European Food and Nutrition Committee, a ratio of 1:1 should be used to calculate the daily rate, that is, 1 µg per 1 kg of weight. However, more accurate calculations are always individual and depend on age, gender, weight and medical history. According to the recommendation of Rospotrebnadzor in Russia, the norm of vitamin K per day for adults is 120 µg, in Switzerland and Austria, this figure is lower, i.e. 60 µg for women and 70 µg for men.

Results and conclusions : Vitamin K enters the body with food every day. Some of the nutrients are produced in the intestines due to the activity of microflora. With a normal diet, adults get 50 to 250 mcg of vitamin K per day, which corresponds to the norm. "Vitamin K deficiency is rare in adults because the low-fat foods we usually eat contain high amounts of vitamin K1. Vitamin K2 is produced by the body itself. Taking some medications, mainly anticoagulants, can prevent normal absorption of nutrients," says the expert.

taking antibiotics and sulfonamides, drugs that relieve heart pain; lack of fat during diet; pathology of the gastrointestinal tract; poisoning with toxins; chemotherapy courses; malfunction of the exocrine function of the pancreas, in which the production of lipase, an enzyme involved in the breakdown of fats, is disrupted; diseases that impair liver function (cirrhosis, hepatitis); resection of a part of the small intestine; taking anticoagulants - taking drugs that "dilute" against the formation of blood clots and hemostasis. The first symptoms of vitamin K deficiency in the body are hemorrhagic syndrome, which is manifested in the form of bleeding from the nose and stomach, subcutaneous and intradermal bleeding. Vitamin deficiency leads to hypovitaminosis, i.e. increased fatigue, loss of appetite, lack of sleep. "Even with a minor injury, vitamin deficiency can be felt in people with severe bleeding and rapid bruising," explains Garelina. Vitamin deficiency can also be observed in newborns. This is caused by the low amount of vitamin K in mother's milk and the fact that it is not produced independently in the first days of the baby. An overdose of vitamin K is very rare due to the good absorption of nutrients. However, excess doses of K1 and K2 in the daily diet can cause jaundice and hemolytic anemia in children, and excessive sweating, skin allergies and even thrombosis in adults. "The excess of vitamin K is dangerous, because the viscosity of the blood increases and the probability of thrombosis increases," says the expert. It is dangerous for people". An increase in vitamin K is called hypervitaminosis, its main symptoms are: development of anemia; bone and headache; skin rashes, itching; increased blood pressure; enlargement of the spleen and liver; gallstone formation. To treat hypervitaminosis, it is necessary to stop taking drugs containing K1 and control the diet. Foods with a high content of nutrients should be excluded from the daily diet until complete recovery. Diet and health are the main factors affecting vitamin K levels in the body. The more fat and greens a food contains, the more nutrients it contains. Accordingly, poor nutrition leads to vitamin K deficiency. According to research, not eating green vegetables for less than a month reduces the amount of phyloquinone by 50%. A decrease in nutrient levels is often associated with age-related changes and the use of anticoagulants in diseases such as chronic pancreatitis, hepatitis, cirrhosis, cholecystitis, and duodenal ulcer. Diabetes and kidney failure, on the other hand, can cause an increase in vitamin K. Most of the vitamin K consumed is plant phyloquinone. It is present in the chloroplasts of the cells of green plants: cabbage, spinach, onion, green tea, zucchini, etc. like k. Menakhonin or K2 is synthesized in the body and enters the body along with animal products such as chicken, liver, fish, and eggs.

Conclusion Currently, we need to distinguish between age levels in preventing vitamin K deficiency. Every year, the development of a work program for children under the age limit of 16 years with vitamin K twice a year according to the lack or abundance in the body and

determining the percentage of vitamin K in children with rickets leads to early treatment of the disease. In young children, we should give vitamin K after antibiotic therapy, because it affects the formation of vitamin K₂ by killing the normal microflora in the colon.

MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE UPPER RESPIRATORY WAYS CAUSED BY MUSHROOMS OF THE GENUS CANDIDA

Nasretdinova M.T., Raupova K.M., Xolmurodova N.Sh
Samarkand State Medical University

Currently, there is a spread of conditionally pathogenic yeast-like fungi of the *Candida* genus among sick and healthy individuals, as well as an increase in the incidence of candidiasis, which is 15% in the structure of infectious and inflammatory diseases. Of particular interest is the involvement of *Candida* fungi in inflammatory diseases of the upper respiratory tract, where they can get from the oral cavity along with other microorganisms. The proportion of pharyngomycosis is 8%. However, information about the participation of *Candida* fungi in inflammatory diseases of the upper respiratory tract is sometimes contradictory, and information about microbial associations is not enough. Objective. In this regard, the purpose of the work was to assess the value of *Candida* fungi in inflammatory diseases of the upper respiratory tract and to determine their sensitivity to antimycotic drugs. To achieve this goal, a study was conducted on the etiological role of *Candida* fungi in the development of inflammatory diseases of the upper respiratory tract.

Material and research method. In the children's multidisciplinary medical center in the Department of Otorhinolaryngology, we examined 80 children with diseases of the upper respiratory tract. In the course of the research it was found that in the study of discharge of the upper respiratory tract fungi of the genus *Candida* were found in 15.2% of samples. Fungi of the genus *Candida* in monoculture were found in the detachable upper respiratory tract in 27.3% of samples. In 59.1% of cases, *C. albicans* was isolated, in 18.2% - *C. Pseudotropicalis*, in 13.6% - *C. krusei*, at 4.5% - *C. Quilliermondii*.

Result. Mushrooms of the genus *Candida*, isolated from the discharge of the upper respiratory tract in associations with staphylococci were sensitive to three antimycotics in all cases. When isolated from associations with streptococci, *Candida* fungi were sensitive to three antimycotics in 50% of cases, in 25% they were sensitive to two antimycotics, and in 25% they were sensitive to only one antimycotic drug. In associations with staphylococci and streptococci *Candida* were in all cases sensitive to one drug. All *Candida*, isolated in association with *Klebsiella*, were sensitive to three antimycotics. Studies have shown a high frequency of detection of *Candida* fungi in inflammatory diseases of the upper respiratory tract. The most common were *C. albicans*. The inflammatory process was maintained by bacterial flora, with a prevalence of opportunistic species. In most cases, fungal-microbial associations were distinguished. In associations, combinations of fungi with streptococci and staphylococci were more frequently recorded. When analyzing the results of antimicrobial susceptibility of strains of microorganisms isolated from the detachable upper respiratory tract, the following tendency is observed: in the presence of resistant strains of *Candida*, streptococci, as a rule, showed sensitivity to most antibiotics.

Conclusion. Thus, the data obtained indicate the participation of fungal-bacterial associations in inflammatory diseases of the upper respiratory tract. In the discharge of the upper respiratory tract, it is not a pure culture of the pathogen that is found, but a combination of different microbes, most often *Candida* fungi, with representatives of the *Streptococcus* and *Staphylococcus*

genera. Participants in the fungal-streptococcal associations showed high antimicrobial resistance.

INTERRELATION OF THE INFLUENCE OF THE ROUTES OF HOSPITALIZATION AND THROMBOLYTIC THERAPIES FOR OUTCOMES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Pulatova Sh.H., Safarov N.Sh., Juraev I.E., Ismoilov O.I.

Republican Scientific Center for External Medical Care, Bukhara branch. Uzbekistan.

Relevance. Definition of effective care measures for patients with acute infarction myocardial infarction by examining registry data improves the quality of copper rendering - Qing care for patients with AMI. According to Re- analysis of acute myocardial infarction (AMI), conducted among those admitted to the hospitals of the Bukhara branch, revealed a number of features of the volume of medical care.

Purpose of the study. Examining the influence of paths admission of patients with AMI to the hospital and their thrombolytic therapy for disease outcomes. **Material and methods.** The data of 409 AMI patients admitted to hospitals within the register of this category were analyzed. sick. The study included males and females aged 18 to 85 years, the mean age was 62.4 ± 8.2 years. Copying of the main parameters was carried out patients from case histories. AMI was diagnosed according to the definition of VNOK (2009). The indicators of the two regions were compared. Mathematical, population and statistical methods were used.

Results and its discussion. Of the total number of patients, 314 (77%) were admitted to the hospital for ambulance service (SMP), and the rest 95 (23%) applied to the hospital in the order of gravity (ST). If in the Bukhara region the ratio of routes of admission to the hospital (SMP/ST) amounted to 85/15 percent ($p > 0.05$). According to this indicator, no gender differences. The analysis of mortality rates in patients was 16.9%, ($p > 0.05$) respectively. This is probably due to the large number of patients admitted to the hospital by ambulance in the early stages of the disease, when Yes, deaths are more common than in later. Age and gender indicators of patients in the two regions practically did not differ between themselves.

Conclusion. With the predominant admission of patients with AMI to the hospital according to the SMP and more complete coverage of their effective use of TLT, indicators improve markedly mortality from this pathology in regions with similar climatic and demographic characteristics.

ASSESSMENT OF THE MICROBIOCENOSIS OF THE UTERINE TRACT IN PREGNANTS WITH PREMIUM RUPTURE

**G.M. Qayumova, Y.M. Mukhtorova, D.SH. Sobirova, N.R. Zokirova,
Sh.A. Makhmudova**

Bukhara Branch of Respublika Urgent Emergency Scientific Center

Among the problems of modern obstetrics and pediatrics, premature birth occupies one of the main places. But premature discharge of the amniotic fluid is one of the main reasons for premature labor. Amniotic fluid plays an important role in the biomechanics of childbirth and is of great physiological importance for the condition of the fetus.

The purpose of the study is to determine the qualitative and quantitative composition of microorganisms that make up the microbiocenosis of the genital tract in pregnant women with premature discharge using PCR.

Research materials and methods. Vaginal swabs of 28 pregnant women who came to the perinatal center with discharge before the period of 26-34 weeks and 24-36 years of age were

studied. The control group consisted of 11 pregnant women aged 24-36 with a physiologically developing pregnancy of 20-25 weeks. We used the Femoflor-16 test to study the biocenosis of the urogenital tract in women. Samples with sufficient number of cells and sufficient total bacterial mass from the vagina and partial cervix were used to obtain appropriate results. Samples were considered in which the DNA content of human cells was greater than 104 genome-equivalents (GE) in the sample and the total bacterial mass value was equal to 106 to 109 GE / sample. After amplification, the total bacterial mass value of *Lactobacillus* spp. and each of the conditional-pathogens was detected automatically. Quantitative evaluation of Qm microflora was carried out both in absolute and relative terms. The absolute indicator is the amount of DNA of the desired microorganism in the sample, expressed in GE, expressed as a decimal logarithm - lg.

Research results. Comparison of indicators of biocenosis in the compared groups showed that the proportion of normocenosis in women with premature amniotic fluid was 2.5 times lower than in the control group ($p=0.0019$). Dysbiosis was detected in 18 out of 28 cases (64.3%), and in the control group in 1 out of 11 women (9.1%; $p=0.0019$). Average anaerobic, pronounced aerobic and mixed dysbiosis was found only in the main group of women. Anaerobic bacteria were detected faster than aerobes, which corresponds to the previously obtained results. In 2 out of 28 patients with pronounced aerobic imbalance, *Streptococcus* spp. observed in high titers. In one of the patients, along with streptococci, we detected fungi of the genus *Candida* in the diagnostic titer. In both cases *Lactobacillus* spp. not defined. Moderate aerobic-anaerobic (mixed) dysbiosis was also detected in 2 patients. In 1 patient with mixed dysbiosis, the following were detected: *Streptococcus* spp./*Gardnerella vaginalis*/*Prevolla bivia*/*Porphyromonas* spp., in another case *Megasphaera* spp./*Veillonella* spp./*Dialister* spp./*Ureaplasma* (*urealyticum*+*parvum*).

Summary. Thus, as a result of the study, the effectiveness of using a new modern PCR method for the diagnosis of bacterial vaginosis was shown. The method allows to determine the number of lactobacilli and bacteria associated with bacterial vaginosis, anaerobic and aerobic flora, including difficult-to-cultivate flora, and to assess their ratio and the state of the biocenosis of the female genital tract in a short period of time. For the first time, using the Femoflor test, the microbial landscape of the genital tract of women with premature ejaculation was compared with the microbiocenosis of the genital tract of women with physiological pregnancy.

THE ROBOTIC METHODS FOR THYMIC DISEASE

**Salaxidinov S.Z., Tojiboev Z.K., Botaboyev J.M., Axmadjonov J.O.
Andijan State Medical Institute.**

Thymic gland removal is now a well-recognized surgical method in myasthenia gravis (MG) management and, at the same time, thymectomy is the primary procedure for thymic tumours, especially in the early stages. Other surgical methods for thymectomy have been documented, which range from open (mostly transsternal) to minimally invasive methods (thoroscopic or transcervical). Surgical techniques for thymectomy have progressed over time, with the goal of lowering surgical morbidity and increasing such procedures' acceptance for benign illnesses, particularly among younger subjects. Subxiphoid, transcervical, video-assisted thoroscopic surgery (VATS) and robot-assisted (robot-assisted thoracic surgery – RATS) thymectomy are examples of minimally invasive methods. Several meta-analyses and authors have shown that a minimally invasive approach to thymectomy is related to superior surgical results and fewer complications in surgery compared to transsternal open thymectomy. The introduction of robotic-assisted surgical systems has been another step forward in the

development and evolution of minimally invasive strategies with a clear technical benefit over standard video-assisted thoracoscopy, especially for surgical applications in remote-to-reach or narrow anatomical regions such as the mediastinum. Surgical techniques for thymectomy have progressed over time, with the goal of lowering surgical morbidity and increasing such procedures' acceptance for benign illnesses, particularly among younger subjects. Subxiphoid, transcervical, video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) and robot-assisted (robot-assisted thoracic surgery – RATS) thymectomy are examples of minimally invasive methods . Several meta-analyses and authors have shown that a minimally invasive approach to thymectomy is related to superior surgical results and fewer complications in surgery compared to transsternal open thymectomy. The access with minimally invasive surgery VATS or RATS access in its various variants allows the extent of mediastinal fat resection due to the possibility of ectopic thymic foci in the mediastinum determining the long-term outcome in the group of patients operated on for myasthenia gravis . With this background, the present review of the literature study focuses on describing and delineating the techniques, advantages, outcomes, and future perspectives of robotic thymectomy. Since each surgeon seems to have a preferred method, both a left-sided and a right-sided method are possible. The procedure must be customized to the anatomy of the subject, so if necessary, a contralateral incision should be added. The key objective must be to attain a radical en-bloc resection of all thymic tissue from one to the next phrenic nerve and from the inferior poles of the thyroid gland to the diaphragm. The left-sided method has several advantages, including better contralateral phrenic nerve visualization, and is shielded inside its superior portion by the superior vena cava, and a greater distribution of the thymic gland and mediastinal fat to the left side and around the left phrenic nerve. On the other hand, surgeons who choose the right-sided method like the anatomical landmarks of the venous confluence and wider space.

The robotic method for thymectomy is nowadays regarded as a well-established and safe minimally invasive surgical procedure. In comparison to the transsternal method, RATS offers good neurological results and decreased surgical morbidity. Furthermore, RATS has shown positive long-term outcomes in nonthymomatous myasthenia subjects and positive oncological as well as surgical results in thymoma patients.

INNOVATIVE TECHNIQUES FOR IMAGE-GUIDED ABLATION OF BENIGN THYROID NODULES

**Salaxidinov S.Z., Tojiboev Z.K., Botaboyev J.M., Axmadjonov J.O.
Andijan State Medical Institute.**

Abstract. In the treatment of benign thyroid nodules, ethanol ablation (EA), and radiofrequency ablation (RFA) have been suggested for cystic and solid thyroid nodules, respectively. Thyroid nodules are relatively common in populations, with 10–41% detected by ultrasonography (US). Most thyroid nodules are benign and require no treatment. However, benign nodules are sometimes treated for cosmetic reasons or to relieve symptoms such as swallowing. Although surgery is usually curative, it may result in clinically significant morbidities, including voice change associated with damage to the recurrent and superior laryngeal nerves, hypoparathyroidism, and, more rarely, airway obstruction associated with bilateral vocal cord dysfunction, hematoma, or infection.

Keywords: Benign thyroid nodule, image-guided ablation, radiofrequency, ethanol. Ethanol ablation has been recommended as the first-line treatment for benign cystic thyroid nodules .Retrospective and prospective studies show that the mean reduction in nodule volume after EA for thyroid nodules with large > 90% cystic portions (> 90% of the lesion) ranges from 85 to 98.5% . A prospective study showed that EA was superior to RFA in volume reduction and

cost-effectiveness. Radiofrequency ablation is an effective alternative to surgery for treating benign solid thyroid nodules. The technical success rate is high (100%), and mean reduction in nodule volume is reportedly 33–58% at 1 month and 51–85% at 6 months. One study showed a mean reduction in nodule volume of 93.4% after 4 years. These findings indicate that RFA is effective in both reducing nodule volume immediately and producing a durable long-term response. A single session of RFA is usually sufficient for volume reduction, resolving symptoms, for cosmesis. However, additional RFA sessions may be required for large (> 20 mL) nodules and for those located close to critical structures (e.g., recurrent laryngeal nerve, trachea, and esophagus). It is technically difficult to completely ablate entire large nodules during a single RFA session. Following shrinkage of previously ablated areas, additional RFA sessions can be performed safely and easily, thus making complete ablation possible. However, even for small nodules located close to critical structures, peripheral residual unablated areas are likely to remain, especially when RFA is performed by less experienced operators. Complete ablation is important for preventing recurrence. Nodules undertreated during initial RFA have shown regrowth at their peripheral portions, suggesting the need for additional treatment of residual unablated nodules seen on follow-up US.

Image-guided ablation techniques have become the first-line therapy for benign thyroid nodules, with EA regarded as the procedure of choice for cystic thyroid nodules and RFA for benign solid thyroid nodules. Although EA remains the first option for predominantly cystic thyroid nodules, the recurrence rate for these lesions suggests that concomitant EA and RFA or EA followed by RFA may be more effective, especially for nodules with a large solid component or increased vascularity. Additionally, EA followed by RFA may be feasible for treating residual unablated areas after one session of RFA, particularly if the operator is less experienced and the residual volume is < 5 mL with no vascularity.

Conclusion. This review has described current treatment of benign thyroid nodules with three possible combinations of RFA and EA, both stepwise and concomitant. The indications for each method, as well as their clinical efficacy and safety, have been discussed. Since few studies have focused specifically on evaluating combined EA and RFA, future research should validate the efficacy of these techniques and further elucidate indications for their use.

USE OF POLYMER-BASED OINTMENTS FOR ATROPHIC RHINITIS

Shadiyev A.E., Nasretdinova M.T., Uktamov D.Sh.
Samarkand State Medical University

Introduction. In clinical practice, for atrophic rhinitis, characterized by thinning and dryness of the mucous membrane, the formation of crusts on the surface, ointments with various medicinal substances are widely used. In recent years, ointments based on polymers have been created. Our attention was drawn to the sodium salt of carboxymethylcellulose-sodium-CMC, which is approved for clinical use, has physiological inertness, lacks irritating properties, is well applied to healthy and pathologically altered mucous membranes, and is compatible with a number of medicinal substances. Thanks to its hydrophilicity, a homogeneous solution is formed with the secretion of the mucous membrane and exudate during inflammation, which contributes to the maximum release of the drug mixed with it and the rapid onset of the therapeutic effect. Using different concentrations of sodium salt of CMC, you can prepare ointments of any consistency.

The purpose of the study was the use of polymer-based ointments for patients with chronic atrophic rhinitis.

Materials and methods of research. For the treatment of 37 patients with atrophic rhinitis at the clinic No. 1 of the Samarkand Medical Institute, we were the first to use ointments from

various medicinal substances based on the sodium salt of carboxymethylcellulose. The age of the treated patients (20 women and 17 men) ranged from 8 to 72 years; upon admission, all of them underwent a general clinical examination, radiography of the paranasal sinuses and a study of excretory function.

Research results. As a result of the research, significant advantages of the polymer base over the hydrocarbon base were noted. For the treatment of patients with atrophic rhinitis, we used ointments of the following composition: 1) 1% solution of riboflavin - 0.1 g, glucose 3 g, sodium-CMC - 2.9 g, distilled water - 94 ml; 2) 1% solution of sodium adenosine triphosphorus - 50 ml, sodium-CMC - 3 g, distilled water - 47 ml; 3) 1% solution of humisol 97 ml, sodium-CMC. But the dosage of the main active ingredients of these ointments corresponds to the recommendations of B.L.Frantsuzov for the use of local treatment of these drugs, which is due to their pharmacological properties, which favorably affect the function of the nasal mucosa.

The duration of treatment was 10-15 days; no other methods of therapy were used. In all patients, by the end of the course of treatment, the mucous membrane became more moist, its excretory function increased by 0.3-0.5 seconds compared to the initial one, the potential decreased by 5-8 mV, and the transport function of the ciliated epithelium improved. We examined 33 patients within 3 to 6 months after treatment. All of them noted a significant subjective improvement: no crusts accumulated in the nasal cavity, free nasal breathing was preserved. Compared with the initial data, less dryness of the mucous membrane and no accumulation of crusts in the nasal cavity were found.

Conclusions. Thus, clinical observations indicate significant advantages of the polymer base used for the preparation of medicinal ointments that are used for atrophic rhinitis.

THE EFFECTIVENESS OF EARLY EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE AT PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRAVENTRICULAR HEMORRAGE

Sharifbaev S.A., Jiyonov I.A., Solijanov Sh.Sh., Boqiev A.M., Ruzmatov J.I.
Namangan branch of Emergency Medical Research Centre Republic of Uzbekistan

Introduction: Intraventricular extension occurs in 30%–45% of patients with hypertensive ICH and is strong predictor of poor outcome. During the first year 60-80% of patients die, and more than half of survivors are permanently disabled.

The purpose of the research is to evaluate the efficiency of early external ventricular drainage (EVD) at patients with ICH with intraventricular extension.

Materials and Methods: We have analyzed case histories of 22 patients with diagnose of ICH with intraventricular extension, at the Namangan branch of Republican Scientific Center of Emergency Medicine from 2020-2022y. The patients' age ranged from 42 to 68 years, average 62 years old. Among them 9 men, 13 women. All patients were fully examined, neuroophthalmic, neurophysiological, neuroimaging methods were carried out. The general condition of patients was assessed by standard Hunt-Hess classification. Indications for EVD were small volume (up to 30 cm³) ICH with intraventricular extension, presence of clinical progressive occlusive hydrocephalus, the absence of decompensated dislocation syndrome. To all patients performed emergency surgery to remove the ventricular tamponade. In order to prevent secondary infection, drainage tubes withdrawn through contra aperture at least 10-15 cm from the surgical wound.

Results: Improvement of a condition of patients during the early postoperative period is noted in 86.3% patients. Postoperative CT monitoring also confirmed the fact of recourse of intensity of hydrocephalus process and reduction of sizes of ventricles, resorption and sanitization of intraventricular blood clot. Lethal outcome occurred in 13.6% patients.

RARE COMBINATION OF THE COARCTATION OF AORTA WITH INFRACARDIAC FORM OF TOTAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS DRAINAGE

Turaev B.B.¹, Abralov Kh.K.², Kobiljonov B.Kh.², Ibragimov N.Sh.¹

¹Clinic of Tashkent Pediatric Medical Institute

²Republican specialized scientific practical center of surgery named after V.Vahidov

The coarctation of the aorta (CoA) accounts for 6%–8% of all the congenital heart diseases, and is defined as the complex coarctation associated with different intracardiac lesions. Total Anomalous Pulmonary Venous Drainage (TAPVD) is a rare pathology and it occurs in approximately 0.4% to 2% of congenital heart disease. Generally, TAPVD is an isolated anomaly in patients with normal visceratrial situs. The combination of TAPVD and coarctation of the aorta is extremely rare. In an international population-based study which was evaluated with 422 TAPVD cases, the coexistence with TAPVD and aortic coarctation was observed only in six (1.4%) cases. The surgical outcome mainly depends on the early noninvasive diagnosis and referral, anesthetic management, and the presence or absence of obstruction.

Case Report. A 3-month-old female child was referred to the pediatric emergency department due to cyanosis and respiratory distress. She was 4500g in weight and her general condition was poor. The physical examination revealed central cyanosis, respiratory distress, mild hepatomegaly, and systolic murmur which was heard along left sternal border (in 2-6 intercostal spaces). The pulses of femoral arteries were not palpable. The arterial oxygen saturation was 65%, cardiac pulse was 170 beats per minute, and blood pressure was 70/48 mmHg in upper extremity and 46/28 mmHg in lower extremity. The chest X-ray revealed pulmonary venous congestion. The standard 12-lead electrocardiography (ECG) demonstrated right ventricle hypertrophy findings. The two-dimensional (2-D) echocardiography showed dilated right sided structures of the heart and right-to-left shunt through the atrial septal defect. Severe tricuspid valve regurgitation was detected. The echocardiography revealed infracardiac form of TAPVD. The suprasternal examination on echocardiography revealed a discrete aortic coarctation with 36 mmHg peak instantaneous pressure gradient. The diagnosis of coarctation of the aorta and the infracardiac TAPVD were confirmed by computer tomography with contrast. Medical supportive treatment was initiated and the child was referred to the cardiovascular surgery clinic. After the discussion, planned to correct cardiac anomaly with two stages: first stage correction of CoA by left thoracotomy and second stage correction of TAPVD via sternotomy. In surgery, Coarctation of aorta were corrected by extended end-to-end anastomosis via thoracotomy, operation time was 95 minutes, and aortic cross clamp time was 18 minutes. After 1 day, second stage surgery was performed. Bicaval venous cannulation was preferred and antegrade cerebral perfusion was performed. The retrograde blood cardioplegia and topical cooling were performed under deep hypothermia. Infracardiac total anomalous pulmonary venous drainage was observed. The left atrium was opened posteriorly, the atrial septal defect was partially closed, and an open anastomosis between the left atrium and confluence of pulmonary veins was performed. Complete repair was successfully performed and the postoperative course was uneventful. The patient was extubated after the sixth day of surgery and discharged after 14 days.

Conclusion. For the patients with severe coarctation of the aorta and TAPVD, the cardiorespiratory and metabolic status should be optimized for an immediate surgery. A single-stage, anterior approach to complete repair in the newborns with coarctation and intracardiac anomalies is an effective and relatively safe option in many centers. However, we performed in two stages, because of lack of experience of cardiac team with such complex anomalies. The early recognition prevents inadequate management, death and major adverse effect on morbidity

and outcome. Corrective surgery for the infant or child with TAPVD should be performed immediately.

SURGICAL OPERATION OF THE FIRST PATIENT WITH MYXOMA OF THE RIGHT ARTERIUM AND DIVERSION FROM THE FAST CORONARY ARTERY OF THE HEART.

Turgunov A.I., Turgunov B.A., Ergashev K.N.

Department of General Surgery and Transplantology of AGMI (Andijan, Uzbekistan).

Purpose. Myxoma, which occurs on the right side, early diagnosis and surgical treatment of the heart.

Materials and methods. The clinic of the Andijan State Medical Institute in the Department of Cardiovascular Surgery is hospitalized with a heart myxoma. Myxoma, found in the right side of the heart, is extremely rare. With insufficient breathing of clinical signs and oxygen SpO₂-70%. Inactivity, unconscious health and a drop in blood pressure. Electrocardiographic examination: Sinus rhythm, vertical position of the electrical axis of the heart. Diffuse changes in the myocardium. Echocardiographic examination: from the right atrium in the ovaries, a figurative property measuring 7.0 x 7.0 x 8.0 cm. Laminar patch congestive event of the right atrium and right ventricle. Three-leaf valve insufficiency of the 3rd degree. Taking into account the clinical signs and echocardiographic examinations of the patient, an emergency check was carried out.

Results. A surgical operation was performed to prevent the pharmacocold solution from removing the right part of the myxom and anastomosis of the right coronary arteries at the end and end in the conditions of artificial circulation. Time of occlusion 133 minutes, cardioplegia time 111 minutes at temperature 36.5 C.

Conclusions. By diagnosing cardiac myxoma, prompt treatment will achieve prevention of pulmonary embolism.

OPTIMIZATION OF ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WHO HAVE SUFFERED MASSIVE HEMORRHAGE DURING CHILDBIRTH

Zokirova N. R., Karimova N. N., Musoyev T.Ya.

Bukhara state medical Institute, Bukhara, Republic of Uzbekistan e-mail:

The clinical course of the postpartum period was studied prospectively in 203 women who suffered massive obstetric bleeding. The first, main group consisted of 109 women whose bleeding was stopped by surgical methods. The second, comparative group consisted of 94 women who had postpartum bleeding stopped by organ-preserving operations. The control group consisted of 50 women with uncomplicated course of labor and postpartum period. To determine the quality of life of women who suffered massive bleeding in childbirth, we used a questionnaire-MOS SF-36, consisting of 36 indicators.

Obstetric bleeding is the main cause of maternal mortality, and the frequency in developing countries is 20-45% (who, 2017), and in our Republic it is 25.8%. Massive obstetric bleeding (MAC) is the main cause of disability in women, as it contributes to the development of various pathological syndromes that persist for a long time – 8-10 years (1,2,3).

In this regard, it is necessary to develop early and late rehabilitation measures and determine the quality of life of women who have suffered obstetric bleeding (6,7).

The clinical course of the postpartum period was studied prospectively in 203 three women who suffered massive obstetric bleeding. The first, main group consisted of 109 women

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



whose bleeding was stopped by surgical methods. The second, comparative group consisted of 94 women who had postpartum bleeding stopped by organ-preserving operations. The control group consisted of 50 women with uncomplicated course of labor and postpartum period.

To determine the quality of life of women who suffered massive bleeding in childbirth, we used a modern method—a General questionnaire - questionnaire-Medical Outcomes Study Short Form-36, consisting of 36 indicators. Questionnaires determining changes in the quality of life activity in women of the main and comparative groups were conducted in the early and late rehabilitation period for all patients who underwent MAC. Questionnaires assessing QOL were distributed to patients in the maternity hospital before discharge after delivery 1-4 days, up to 3 months, in long-term periods from 3-6 months to one year, in some cases, follow-up continued for longer periods after receiving traditional or proposed treatment (4,5,7).

In patients of the first group, irritability often transformed into a state of depression to such an extent that, despite all efforts, nothing could cheer up the patient: the indicators of this parameter were as follows (3.26 ± 0.5 in the first group and 2.05 ± 0.32 in the second group, $p < 0.05$). Women of the first group, more than in the second, felt discouraged and sad (the score was 2.96 ± 0.32 and 1.71 ± 0.3 , respectively, $p < 0.05$). Happiness indicators in the first and second groups were similar (1.1 ± 0.41 points, $p > 0.05$). There were significant differences between women with organ removal and with its preservation on the scales of psychological maladaptation, social and daily activity.

We studied the negative impact of bleeding on the sexual well-being and sexual behavior of women in the study groups, based on age aspects. This was done using an additional questionnaire. Changes in the body, after an obstetric complication, affect the level of mental maladaptation, the patient's self-esteem decreases, which hinders the normal activity of sexual life. Bleeding was the reason for the rejection of sexual life and a significant decrease in sexual activity was often observed among young women aged 19 to 25 years. Compared to older age groups, where 77% of patients remained sexually active, only 50% of young women had an active sexual life. A comparative summary assessment of the questionnaire of various thematic scales specific to the assessment of women's health is shown in the diagram. For rice.1. it is clearly seen that on the scales of depression, anxiety and fear, vasomotor disorders, attractiveness of women, sexual behavior, sleep disorders with organ removal had higher scores, and, consequently, worse QOL characteristics compared to similar groups of women.

In the diagram, the letter D denotes the level of depressive States, FZ—an indicator that evaluates physical health, vasomotor disorders are indicated by-VN, memory and concentration-PC, menstrual function, which is observed only in women of the 2nd group-MF, anxiety or fear-BS, impaired attractiveness-P, and SP—changes in sexual behavior and sleep disorders are indicated by the letter C.

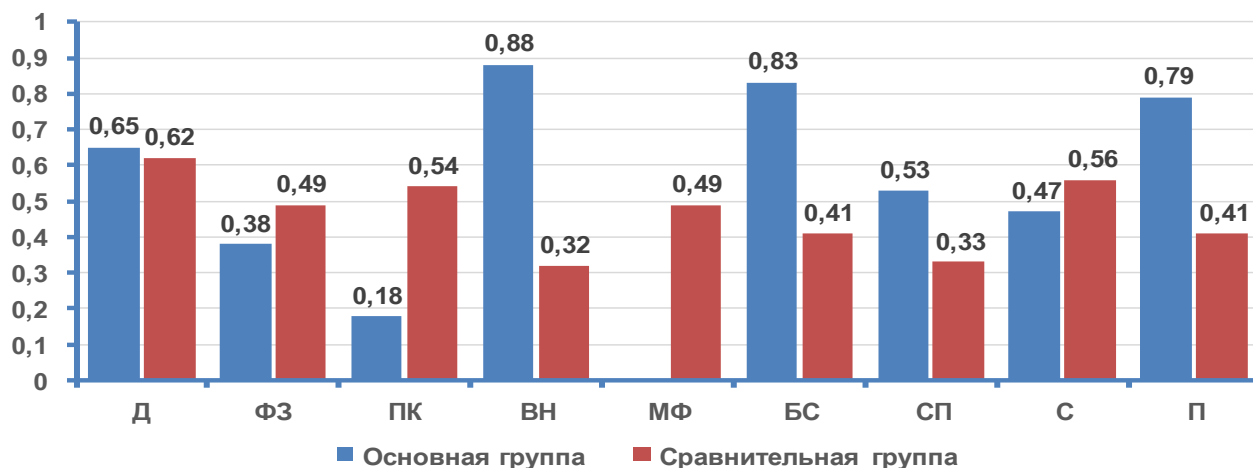


Fig. 1. Comparative characteristics of the average quality of life of women of fertile age with organ removal and women without organ removal with bleeding in the long term according to the questionnaire scales.

The following set of questions was used to study changes in the physical health (FH) of patients who had suffered massive bleeding during childbirth. This was characterized by the presence of headaches and joint pain, weakness, dizziness, and impaired urination. When assessing the physical condition of women, it was considered that the higher the indicator, the less often the patient felt physically unwell. Analyzing the results of the physical health of the patients, we can confidently assume that the removal of the organ has a negative impact primarily on the psychological state of the patient, not on the physical one. The degree of VN demonstrates that against the background of dominant symptoms, women with organ removal also note significant symptoms of "high tide" for them. The assessment of VN in patients with removal of the reproductive organ is 0.60 points. In patients without organ removal, this indicator is 0.31, in healthy women it is 0.43 points. Lactation function is a specific indicator that can be used to assess and predict the state of women's reproductive health. The higher the indicator that evaluates LF, the more problems there are. This indicator among women with organ removal was 0.66, which indicates that dysfunctional disorders in this group are more significant than in patients with preserved organ (0.47), in healthy patients (0.27, $P < 0.05$).

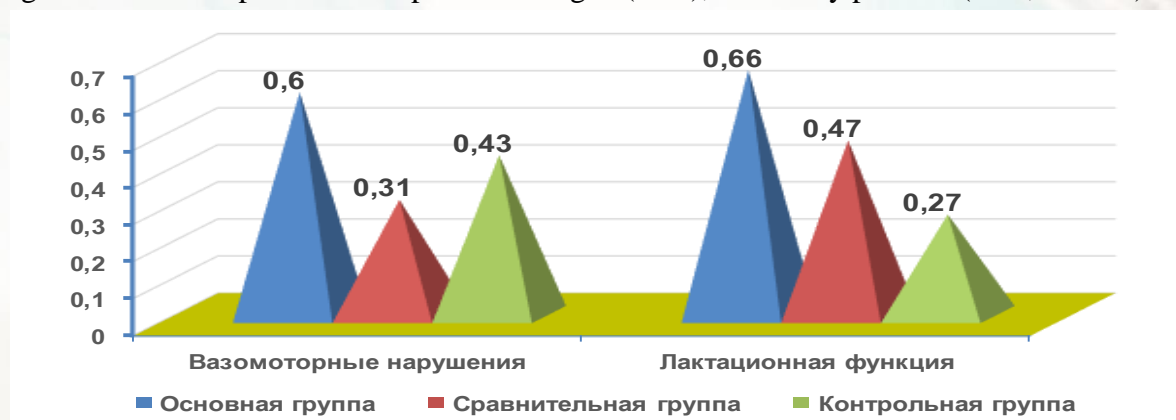


Fig. 2. indicators of the scale of lactation function and vasomotor disorders

Problems related to sleep were comparable for the surveyed patients (0.56) with the indicators of women without organ removal-0.55 ($p > 0.05$); but more significant in the second group, and in healthy women – 0.44 ($p < 0.05$).

Women in group 2 without organ removal are much more positive and unemotional in their assessment and opinion of their own external data (0.45) compared to healthy patients (0.58). Patients of the main group, with the removal of the organ, react strongly to the slightest change in their body, attractiveness and appearance, with a low opinion of others, they quickly fall into depression. Indicators of the attractiveness scale on average in this group is 0.77 points ($p < 0.05$). And so, the analysis of scales shows that the final way to stop postpartum bleeding-removal of the reproductive organ negatively affects the patient's self-esteem, self-perception, increases the state of anxiety and fear, affects the level of satisfaction and interest in sexual relations. Recognizing the serious impact of massive bleeding with the removal of an organ on self-perception and sexual attractiveness, doctors should be well aware that the removal of a reproductive organ deeply affects the sexual and psychological well-being of the patient, requires timely psychological support and high-quality, modern medical services.

Thus, the above indicators of quality of life in patients with massive bleeding and removal of the uterus show that bleeding and removal of the organ leads to more pronounced negative

consequences for almost all parameters of QOL in patients who have suffered postpartum bleeding.

ЭШИТИШ ПАСТЛИГИ БИЛАН КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИ АРХИВ МАЪЛУМОТЛАР АСОСИДА ЎРГАНИШ.

Авезов М.И.

Тошкент тиббиёт академияси “оториноларингология ва офтальмология” кафедраси. Урганч шаҳар. Ўзбекистон.

Муаммонинг долзарблиги: Жаҳон Соғлиқни Сақлаш маълумотида кўра 2030 йилга бориб эшитиш пастлиги ва у билан боғлиқ касалликлар ҳозирги кунга қараганда 30% ошиши кутилмоқда. Эшитиш пасайиши билан боғлиқ касалликларнинг 70% ни айнан сенсоневрал типдаги эшитиш пастлиги ташкил қилади. Шунингдек ҳар туғилган 1000 боладан биттаси қар соқов бўлса, охириги 2 йилда бу кўрсаткич 2-3 болани ташкил қилмоқда.

Айнан эшитиш билан боғлиқ бўладиган муаммолар инсоннинг турмуш тарзига ва меҳнатга лаёқатлилигига таъсир қилмасдан қолмайди. Айнан шу нуқтаи назардан инсон эшитишининг меъёрида бўлиши муҳим аҳамият касб этади.

Ишнинг мақсади: эшитиш пастлиги бор беморларни аудиологик таҳлил материаллари асосида тарқалишини ўрганиш.

Текшириш усули ва материали: ТТА Урганч филиали клиникаси ЛОР-бўлими сурдолог хонасига 2018-2022 йиллар мобайнида 2450 та бемор мурожаат қилган. Барча беморларнинг шикоят, касаллик анамнези, ҳаёт тарзи тўлиқ ўрганилиб, отоскопия, камертонал, аудиологик текширув (Amplivox, Буюк Британия) аудиометри ва тимпанометрия (Interacoustic Дания) аппарати орқали ўтказилди.

Олинган натижалар: Мурожаат қилган беморлардан шаҳар аҳолиси 752 та бемор (30.7%), қишлоқ аҳолиси 1698 та бемор (69.3%) эканлиги аниқланди. Беморларнинг жинсга нисбатан тарқалиши ўрганилганда эркаклар 1399 та бемор (57.1%), аёллар 1051 та бемор (42,9%) ташкил қилиши аниқланди. Текширилган беморларнинг яшаш жойига қараб ўрганилганда энг юқори кўрсаткич Урганч шаҳри аҳолисига ва энг паст кўрсаткич Хазорасп туманига тўғри келиши аниқланди. Шунингдек, беморлар мурожаати йиллар кесимида таҳлил қилинганда охириги йилларда касаллик кўрсаткичи нисбатан ошиб бораётганини кузатилди. Бундай касалликнинг ўсиш суръати ЖССТ башоратига мос келиши аниқланди.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг ёшга боғлиқ таснифи асосида мурожаатлар ўрганилганда 24 ёшгача 15, 25-44 ёшда 18, 45-60 ёшда 40, 61-75 ёшда 25, 75-90 ёшдаги 2 фоизида турли хилдаги касалликлар аниқланди.

Беморлар мурожаатининг касаллик назологик ташхислари ўзаро таққослаб ўрганилган қулоқнинг йирингсиз касалликлари орасида кохлеар неврит бошқа касалликларга қараганда кўпроқ учраши аниқланди. Шунингдек эшитиш пастлигини типлари аудиологик ташхисларининг ўзаро нисбати ўрганилганда кондуктив тип 26 фоиз, сенсоневрал тип 40 фоиз, аралаш тип 34 фоиз ҳолатда учраши қайд этилди.

Шунингдек, ўтказилиш кўрсатмаларига қараб мурожаат қилган умумий беморларнинг 70 фоизида тимпанометрия текшируви ўтказилди.

Тимпанометрия таҳлилларга кўра беморларнинг 40 фоизида Тип А, 38 фоизида Тип С ва 22 фоизида Тип Б экани аниқланди.

Хулоса: Касаллик аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учраши, шунингдек кейинги йиллар эшитиш пастлиги сенсоневрал типдаги шакли суръати нисбатан ўсаётганлиги аниқланди.

Тавсия: Шундай экан, хомиладор аёлларнинг тиббий маданияти юксак бўлиши, ва 40 ёшдан ошган беморлар ҳар 6 ойда кулок, томоқ ва бурун касалликлари шифокоридан тиббий кўриқдан ўтишини тақозо қилади.

Зеро, инсон саломатлиги ҳар нарсадан устун!

ПАСТКИ ЖАҒ СИНГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА АУТОТРОМБОЦИТАР МАССАНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Азимова М.Л.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Жаҳон миқёсида турли ёшдаги шахсларда пастки жағ синишлари учраш даражаси, клиник, инструментал ва лаборатор кўрсаткичларидаги ўзгаришлар хусусиятлари, ушбу патологияни даволаш усуллари ишлаб чиқиш, асоратларини олдини олиш борасида талайгина ишлар қилинган. Дунёда пастки жағ синиши асоратларининг пайдо бўлишига олиб келадиган асосий сабаблар сифатида тиббий муассасасига кеч мурожаат қилиши, диагностикадаги хатолар ва касалхонага қадар нотўғри даволаш эканлиги тан олинган. Кўпинча йирингли - яллиғланиш асоратларининг пайдо бўлиши синиқ бўлақларини нораціонал тарзда маҳкамлаш усуллари, беморларнинг реабилитация даврида оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилмаслиги эканлиги исботланган илмий манбалар ҳам бор.

Пастки жағ синиши яллиғланиш асоратларини олдини олиш учун турли препаратлар таклиф этилган, улар орасида антибиотиклар ва бошқалар, жумладан тромботцитли аутоплазмадан фойдаланиш ҳам етакчи ўрин тутган. Аммо, шунинг билан бирга катта ёшдагиларда пастки жағ синишлари хусусиятларини инобатга олган ҳолда, беморлар стоматологик саломатлигини муҳофаза қилиш ва тиклаш муаммоси ҳозиргача ҳал қилинмаган.

Тадқиқотнинг мақсади турли ёш гуруҳларида пастки жағ суяги синишлари клиник хусусиятларини ўрганиш баробарида аутотромбоцитар массани маҳаллий қўллаш орқали комплекс даволаш самарадорлигини асослашдан иборат бўлган.

Материал ва усуллар. Тадқиқотларни ўтказиш мақсадида пастки жағ (ПЖ) синиши қайд қилинган, турли даволаш усуллари қўлланилган 18 ёшдан 70 ёшгача бўлган 199 нафар катта ёшли беморлар танланган. Уларнинг барчаси турли шароитларда травма олган беморлар бўлиб, Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази юз-жағ жарроҳлиги бўлимида 2020-2022 йилларда даволанган беморлар бўлишган.

Тадқиқотларга жалб қилинган беморлар даволаш усулига қараб 2 та бир бирига репрезентатив гуруҳларга бўлинган: асосий гуруҳ - ПЖ синиши ташхисланган, даволаш комплексига тромбоцитларга бой аутоплазма киритилган беморлар (n=138); қиёслаш гуруҳи - ПЖ синиши ташхисланган, даволаш комплексига тромбоцитларга бой аутоплазма киритилмаган, анъанавий даво қўлланилган беморлар (n=61).

Ҳар иккала гуруҳида ҳам беморлар асосан 18-39 ёшдаги беморлар бўлишган, қолган ёш гуруҳлари кам аниқланган. Бу натижалар ҳар иккала гуруҳнинг бир бирига репрезентатив эканлигини, беморлар гуруҳларга тўғри ажратилганлигини кўрсатган. Беморларнинг асосий қисми ҳар иккала ёш гуруҳида эркаклар бўлган, бу ҳолат амалий жихатдан барча ёш гуруҳларида кузатилган. Асосий гуруҳда эркаклар аёлларга нисбатан 11,55 мартага ишонарли равишда ($P < 0.001$) кўп учраган.

Ҳар иккала гуруҳда ҳам кўча ва рўзғор травмаси кўпчиликни ташкил этган, агар асосий гуруҳда бу параметр мос равишда $37,68 \pm 4,13\%$ (n=52) ва $39,86 \pm 4,17\%$ (n=55) ни ташкил этган бўлса, қиёслаш гуруҳида ҳам шунга ўхшаш тенденция кузатилган – мос

равишда $44,26 \pm 6,36\%$ ($n=27$) ва $37,70 \pm 6,21\%$ ($n=23$). Беморлар орасида ишлаб чиқаришдаги травмалар кам учраган (мос равишда $3,62 \pm 1,59\%$, $n=5$ ва $3,28 \pm 2,28\%$, $n=2$).

Беморларнинг аксарият қисми стационарга травма олганидан сўнг, биринчи кунда мурожаат қилишган, биринчи суткада мурожаат қилганлар ҳар иккала гуруҳда бир хил тенденция ва интенсивликда аниқланган - мос равишда барча беморларнинг $64,50 \pm 4,07\%$ ($n=89$) ва $81,96 \pm 4,92\%$ ($n=50$), қолган беморлар асосан травмадан кейин 2-7-суткаларда мурожаат қилганлар.

Аутотромбоцитар массанинг инъекция шаклини олиш учун махсус вакуумли Plasmoliphting™ пробиркалар олинган. Қон олинганидан сўнг пробирка ЕВА 20 (Германия) центрифугасида 5 дақиқа давомида 3200 айл/дақ да центрифугаланган. Plasmolifhting™ пробиркаларидан фойдаланиш $3,5 \pm 0,5$ мл тромбоцитар плазма олиш имконини берган, ажратувчи гель плазманинг сифатли филтрациясини ўтказиш ва эритроцитар қуйқанинг яхши маҳкамланишининг имконини берган.

Беморлар стационарга мурожаат қилганда субъектив ва объектив текшириш қабул қилинган стандартлар асосида ўтказилган.

Натижалар ва уларни таҳлил қилиш. ПЖ синишларида тромбоцитларга бой аутоплазмани қўллаб даволаш усулининг самарадорлигини асослаш мақсадида олинган натижалар ҳар иккала гуруҳлар (асосий гуруҳ, $n=138$ ва қиёслаш гуруҳи, $n=61$) бўйича қиёсий таҳлил қилинган.

Тавсия қилинган даво усулининг самарадорлиги беморларда кузатилган клиник симптомлар сўниш муддатлари бўйича исботланган. Суяк бўлаклари консолидацияси бўйича ҳам шунга ўхшаш тенденция қайд қилинган, яъни асосий гуруҳда консолидация бўлиш муддати (20 сутка) қиёслаш гуруҳига нисбатан (25 сутка) сезиларли тез бўлган. Асосий гуруҳда бу муддат таққосланаётган гуруҳга нисбатан 1,25 мартага тезроқ кузатилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида ўрганилган 6 та клиник симптомнинг 5 таси даволашдан 3 сутка ўтгач $97,10 \pm 1,42\%$ ($n=134$) беморларда сўнгани қайд этилган, суяк бўлаклари консолидацияси симптоми шу гуруҳнинг $95,65 \pm 1,74\%$ ида ($n=132$) кузатилган. Қиёслаш гуруҳининг шу параметрлари кузатилганда симптомлар сўниш даражаси асосий гуруҳга нисбатан ишонарли даражада паст бўлган ($P < 0,05$ - $P < 0,001$). Бу ҳолат барча 6 та ўрганилган симптомлар бўйича аниқланиб, симптомлар сўниш даражаси ўртача $50,82 \pm 6,40\%$ дан (суяк бўлаклари консолидацияси) $68,85 \pm 5,93\%$ гачани (маҳаллий ҳарорат) ташкил этган. Қиёслаш гуруҳидаги олинган барча рақамларнинг асосий гуруҳга нисбатан ишонарли равишда камлиги яна бир бор исботини топган.

ПЖ синишлари ташҳисланган, тадқиқотларга жалб этилган беморларда турли даволаш усулларида кейин ҳар хил асоратлар учраш даражаси ўрганилган. Асосий гуруҳдаги 138 нафар беморда 9 та асорат кузатилган бўлса ($6,52 \pm 2,10\%$), аутотромбоцитар масса маҳаллий қўллаб даволанмаган, фақат анъанавий даво ишлатилган қиёслаш гуруҳида кузатиш даври мобайнида асоратлар сони 61 нафар беморга 23 та асоратни ташкил этган ($37,70 \pm 6,21\%$) - $P < 0,001$. Асоратлар сони қиёслаш гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан 5,78 мартага кўп кузатилган ($P < 0,001$).

ПЖ синишлари кузатилган беморларни даволаш жараёнида ва ундан кейин аниқланган асоратлар учраш даражаси асосий гуруҳда $6,52\%$, қиёслаш гуруҳида $37,70\%$ ҳолатда учраганини кўрсатган, асоратлар сони қиёслаш гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан 5,78 мартага кўп кузатилган ($P < 0,001$). Шунингдек, асосий гуруҳда 3 хилдаги асоратлар аниқланган бўлса (ПЖ контрактураси, остеофлегмона, посттравматик остеомиелит), қиёслаш гуруҳида асоратлар хиллари 5 тани ташкил этган (ПЖ контрактураси, остеофлегмона, посттравматик остеомиелит, суяк ярасининг яллиғланиши, суяк бўлаклари консолидацияси сусайиши). Асоратлар орасида етакчилик ҳар иккала гуруҳда ҳам ПЖ контрактурасида бўлган - мос равишда асосий гуруҳда $4,35\%$ ва қиёсий гуруҳда $14,75\%$ ($3,39$ марталик тафовут). Кейинги ўринларда қиёсий гуруҳда суяк ярасининг яллиғланиши

(8,20%) ва суяк бўлаклари консолидацияси сусайиши (6,56%) бўлгани ҳолда, асосий гуруҳда бу асоратлар қайд этилмаган.

Хулосалар. Пастки жағ синишлари ташҳисланган беморларни даволаш мажмуасига аутотромбоцитар масса қўшилганда даволаш самарадорлиги ишонарли яхшиланди, бу ҳолат асосий (аутотромбоцитар масса қўшилган) ва қиёслаш гуруҳи (аутотромбоцитар масса қўшилмаган) кўрсаткичлари таққосланганда аниқ кўринди: яллиғланиш белгилари камайиши 86,96% дан 2,17% гача, 88,52% дан 8,20% гача; асоратлар кузатилиши 21,31% дан 0,72% гача, 21,01% дан 14,75% гача, стационарда бўлиш муддати (ўрин-кунлар) 3,1 кунга камайди. Даволашнинг олис натижалари асосий гуруҳда 89,13% ҳолатда «Аъло», 0,72% ҳолатда «Қоникарсиз» бўлган бўлса, қиёслаш гуруҳида 49,18% ҳолатда «Аъло», 18,03% ҳолатда «Қоникарсиз» натижа аниқланди.

ОЁҚ ВА КЎЛЛАРДА ДЕКОМПРЕССИОН ФАСЦИОТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА САМАРАДОРЛИГИ

Амонкулов З.К. Усманов Б.С., Насритдинова Н.Б.
РШТЎИМ Фарғона филиали

Ўткир ишемия шароитида мушаклар шишини ривожланиши капиллярларнинг ўтказувчанлигини ошириши билан белгиланади. Бундай ҳолатда зич фасция билан мушакларни эзилиши тўқималардаги қон келишини ёмонлашувига олиб келади ва фасциотомия йўли билан декомпрессия заруриятини келтириб чиқаради. (В.С.Савельев, И.И.Затевихин, Н.В.Степанов, Москва, 1987 г.).

Тадқиқот мақсади: оёқ ва кўлларнинг ишемик шиши бор беморларни хирургик даво натижаларини баҳолаш ва даволаш-диагностик тадбирларни ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар. Биз декомпрессиион фасциотомия бажарилган 480 касалга тегишли бўлган материални ўрганиб чиқдик. Эркақлар сони 274 (57,1%), аёллар сони – 206 (42,9%). Касаллар ёши 6 ёшдан 83 ёшгача ташкил этди.

Декомпрессиион фасциотомиянинг кўрсаткичи ишемия клиникаси билан оёқ ва кулларнинг кескин ва ўсувчи шиши билан ифодаланган. Оёқ ва кулларнинг ишемик шиши 202 (42%) беморларда тромбоземболик асоратларнинг артериал реконструкциясидан сўнг ривожланди, 80 (16,7%)- оғир жароҳатларда қон айланишини тиклангандан сўнг, 154 (32,1%)- бўғин соҳасидан синишлардан сўнг, 44 (9,2%) – тўқималар эзилишидан сўнг ривожланади.

156 (32,5%)- касалларда ишемик шиш жойлашишга қараб биلاقда ва кўл кафтида декомпрессиион фасциотомия операцияси ўтказилан. 324 (67,5%) беморда – болдир ва оёқ кафт соҳасида декомпрессиион фасциотомия операцияси ўтказилан.

Ишемик шиш билан келган барча беморларга 1-2 соат давомида антикоагулянт, антиагрегант, спазмолитик, антибиотикларни ўз ичига олган консерватив терапия ўтказилди.

Қон айланиши тиклангандан сўнг, декомпрессиион фасциотомия 435 (90,6%) ҳолатларда 2 –чи кунда 45-та (9,4%) беморларда – 5-чи кунда бажарилди. Туннелаштириш йўли билан фасциотомия кўприксимон тери-ёғ қаватини қолдириш йўли билан 412 (85,8%) беморларда бажарилди. Тўқималарни кесиш йўли биан очик декомпрессиион фасциотомия соғ тўқималар кўрсаткичлари паст бўлган 68 (14,2%) беморларда бажарилди.

Операция давомида ва операциядан сўнг қилинган очик фасциотомия, мушак тўқималарини хаётийлигини баҳолашга, қон айланиши бузилган, некрозга учраган тўқималарни кесишга имкон беради.

366 (76,3%) беморларда декомпрессиион фасциотомия бажарилгандан сўнг, вакуумли дренажлаш куйиб терига ушлаб турувчи сийрак чоклар қўйилди.

114 (23,8%) беморларда 5-8 суткаларда жароҳат терисига иккиламчи чоклар қўйилди.

87 (18,1%) ҳолатда шишган мушакларнинг жароҳатдан чиқиб қолиши, дефект пайдо бўлишига олиб келди, ва тери жароҳатини тикишни иложи йўқлиги сабабли жароҳатлар антисептик боғлов остида очиқ қолдирилди. Жароҳатни тозалагандан сўнг ва фаол грануляция пайдо бўлгандан сўнг, жароҳат юзаси тери трансплантанти билан беркитилди.

8 (1,7%) ҳолатларда, артериялардаги реконструктив операциялардан сўнг ва декомпрессия йўли билан қилинадиган фасциотомияда, тромбоз ва оёқ гангренаи ривожланди, 3 (0,6%) да- анастомоз тромбозидан сўнг Фолькманнинг ишемик контрактураси, 14 (2,9%)- иккиламчи инфекция натижасида жароҳат йиринглашига олиб келди.

Бизнинг кузатишларда қон айланиши тиклангандан кейин ва 2 суткагача бажарилган декомпрессион фасциотомиядан сўнг яхши натижалар олинди.

Хулосалар:

1. Декомпрессион фасциотомияни оёқ ва қўлларини таранглашган ёки ўсиб боровчи шишида бажариш лозим.
2. Ўз вақтида бажарилган декомпрессион фасциотомия эзилиш натижасидаги тўқималарни ишемик некрозини ривожланишини бартараф қилади.
3. Декомпрессион фасциотомия бажарилишида иккиламчи инфекция ривожланишини ҳисобга олиш лозим.

“ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ЎЗИГА ХОС ЭКОЛОГИК ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ АҲОЛИДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ”

Ахмедов Ғ.О., Мадримов З.Х., Содиков С.Б.

Ўзбекистон Республикаси Урганч шаҳри Хоразм вилоят юқумли касалликлар шифохонаси

Сурункали вирусли гепатитлар клиник хилма-хиллиги, асоратларининг оғирлиги ва клиник белгиларининг жуда кеч юзага чиқиши билан катта хавф туғдиради. Сурункали касалликларнинг клиник кечиши ва айниқса, оғир асоратлар билан яқунланишида атроф муҳитнинг экологик омиллари катта аҳамият касб этади. Шундай экан, вирусли гепатитларнинг клиник кечиш хусусиятларини климатик ва экологик хусусиятларга боғлаб ўрганиш касалликни даволаш ва асоратлар ривожланишининг олдини олишда энг муҳим омиллардан бири ҳисобланади. Хоразм вилояти ўзининг экологик шароитининг нисбатан ўзига хос мураккаблиги билан Республикамизнинг бошқа вилоятларига нисбатан бирмунча фарқ қилади.

Тадқиқот мақсади: Хоразм вилоятида яшовчи сурункали вирусли гепатитнинг В, С, ва микст инфекция турлари билан оғриган аҳолида маскур гепатитларнинг клиник кечиш хусусиятлари ва асоратлар ривожланиш даражасини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Кузатув жараёнида жами 200 нафар сурункали вирусли гепатит билан касалланган беморлар жумладан, 62 нафар эркаклар (31%) ва 138 нафар аёллар (69%)да клиник белгилар намоён бўлиш даражаси, зарарли одатлари бор йўқлигига ва махсус парҳезга амал қилиши инобатга олинган ҳолда ўрганилди. Беморларнинг 135 нафари (67,5%) сурункали гепатит С, 51 нафари (25,5%) сурункали гепатит В ва 7 нафар сурункали гепатит В+С (3,5%) ва 7 нафари (3,5%) сурункали вирусли гепатит В+D касаллиги билан оғриган. Тадқиқот ЎЗР ССВ га қарашли Хоразм вилояти юқумли касалликлар шифохонасида 2022-2023 йиллар мобайнида

ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши $47,5 \pm 0,7$ ни ташкил қилди.

Текширилган беморларнинг 29,0% (58) да сурункали юқумли жараён минимал фаолликда, 30,5% (61) – ўртача фаолликда ҳамда 35,5% (71) – юқори фаолликда кечди. Жами 75 (37,5%) нафар беморда касаллик асоратлари кузатилган бўлиб, шуларнинг 22 (11,0%) нафарида постгепатит гепатомегалия ва 53 (26,5%) нафарида спленомегалия асоратлари кузатилди.

Шунингдек, 61,5% (123) беморларда турли хил йўлдош касалликлар: ўт-тош касаллиги 11,5% (21), қандли диабет – (17) 8,5%, гипертония касаллиги (15) 7,5%, турли даражадаги камқонлик (70) 35,0% ҳолатларда аниқланди. Беморларнинг ўтказган ўрин-кунлари ўртача $9,69 \pm 0,32$ давом этди.

Инфекцион жараён давомийлиги таҳлил этилганида маълум бўлдики, беморларнинг 60,5% да (121) СВГ ташхиси қўйилганига 1-5 йил ҳамда 39,5% (79) да 5-10 йил вақт бўлган.

Спленомегалия асорати ривожланган беморларнинг 35 (66%) нафарида сурункали инфекцион жараён 5 йилдан ортиқ, 18 (34%) нафарида 1-5 йил орасида бўлган бўлса, гепатомегалия асорати кузатилган беморларда бу кўрсаткич 50% га 50% ни ташкил қилди.

Тадқиқотнинг кейинги босқичида сурункали вирусли гепатитларнинг клиник белгилари ўрганилди. Беморларнинг шифохонага ётқизилган давридаги асосий шикоятлари: 100,0% ҳолатларда ҳолсизлик, 30,5% ҳолатда тери рангини сарғайиши, 73,5% да қўнғил айниши, 83,0% да пешоб рангини тўқлашиши, 10,5% да бир ёки бир неча маротаба қайт қилиш, 65,5% да ўнг қовурға ости соҳасидаги симилловчи оғриқ, 46,5% ҳолатларда овқат қийин хазм бўлиши, 48,0% ҳолатларда оғизда аччиқ таъм сезилиши кузатилди.

Хулоса: 1. Сурункали вирусли гепатит касаллиги билан оғриган беморларда аксарият (35,5%) ҳолларда сурункали юқумли жараён юқори фаолликда намоён бўлиб, 37,5% беморларда касаллик постгепатит гепатомегалия ва спленомегалия асоратлари билан кечади;

2. Сурункали вирусли гепатитларнинг барча асоратлари 61,3% ҳолларда сурункали жараён 5 йилдан ортиқ бўлган беморларда қайд этилди, ушбу ҳолат нисбатан оғир экологик шароит билан боғлиқ равишда асоратлар эртароқ ривожланишидан дарак беради.

3. Сурункали инфекцион жараён 61,5% ҳолатларда турли хил ёндош касалликлар фониди, ўрта ва юқори фаолликда асосан диспептик ва сариқлик синдромлари устуңлигида кечади.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ШИФОХОНАСИДА COVID-19 КАСАЛЛИГИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БОЛАЛАР ВА КАТТА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЎРСАТГИЧЛАРИНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ

Ахмедов Л. Э. Мадримов З.Х. Ахмедов Ғ.О. Садиков С. Б. Саъдуллаев С.
Ўзбекистон Республикаси Урганч шаҳри Хоразм вилоят юқумли касалликлар шифохонаси

COVID – 19 касаллигига қарши вакцина яратилган бўлсада, вируснинг трансформацияга тез учраб янги серологик шаклларда намоён бўлаётгани бугунги кунга келиб уни чуқурроқ ўрганиш заруриятини туғдирмоқда.

Тадқиқот мақсади: Хоразм вилоятида яшовчи болалар ва катталарда COVID – 19 касаллигининг клиник лаборатор хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Кузатувда жами 100 нафар COVID – 19 билан касалланган беморлар жумладан, 48 нафар болалар (48%) ва 52 нафар катта ёшли беморлар (52%) клиник белгилар намоён бўлиши ва лаборатор кўрсаткичлари бўйича ўрганилди. Катта ёшли беморларнинг ўртача ёши 60 ± 2.23 , болаларнинг ўртача ёши эса 1.7 ± 0.1 ёшни ташкил қилди. Болаларнинг шифохонада ўртача ўтказган ўрин куни 5.5 кунни ташкил қилган бўлиб, катталарда бу кўрсаткич 9.36 кунга тенг бўлди. Кузатилган барча беморларда ПЗР таҳлилида SARS CoV-2 мусбат натижа олинган. Кузатилган катта ёшли беморларнинг 31 нафарини (59.6%) аёллар 21 нафарини (40.4%) эркаклар ташкил қилди. Болаларда эса бу кўрсаткич мос равишда 24 (50%) га 24 (50%)ни ташкил қилди. Катта ёшдаги беморларда ўрганилган ҳолатлардан 15 таси (28.8%) касалликнинг энгил шакли, 23 та ҳолатда (44.2%) ўрта оғир ва 14 та ҳолатда (27%) оғир кечиши кузатилган. Катта ёшдаги беморларда тана ҳарорати $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$ бўлганлар 43 нафар (82.7%) бўлган. Шу жумладан энг кўп кузатилган клиник симптомлардан таъм ва ҳид сезгисининг пасайиши 48 (92,3%), қуруқ йўтал 47 (90.3%), ҳолизлик 45 (86,5%), кўп терлаш 38 (73.1%) ва кўкрак қафасида оғриқ 31 (59.6%) кузатилган. Бундан ташқари беморларнинг 25 нафарида (48.1%) анорексия, 21 нафарида (40.4%) кўнгил айнаши, 11 нафарида (21.2%) қайт қилиш ва 6 нафарида (11.5%) диарея ҳолатлари қайд қилинган. Касаллик ўрганилган болаларнинг 11 нафарида (23%) касаллик нисбатан энгил кўринишда кечган бўлса, 37 (77%) нафарида ўртача оғирликда кечган. Катталардан фарқли равишда болаларда тана ҳарорати $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$ бўлганлар 3 нафар (6.25%) ни ташкил қилди. Энг кўп кузатилган белгилар қуруқ йўтал 18 (37.5%) ва кўп терлаш 15 (31,25%) бўлиб, ҳолсизлик, анорексия, қайт қилиш ва диарея аломатлари кам кузатилган ёки умуман кузатилмаган. Кўп ҳолларда болаларда касалликнинг ягона белгиси фақат тана ҳароратининг кўтарилиши бўлган.

Хар иккала гуруҳ беморларнинг рентгенограммалари кўрилганда катта ёшли беморларнинг 20 нафарида (41.7%) интерстициал пневмония аниқланган бўлса, бу белги болалар орасида 3 нафар (6.25%) беморда кузатилган. Беморларнинг қон таҳлиллари солиштирилганда катта ёшдаги беморларнинг 38 нафарида (73.1%) қон ивиш вақти меъёрдан камайган, 11 нафар (21,2%) беморда ЭЧТ 2 баравардан кўпроқ ошган, 8 нафар (16.67%) беморда АЛТ меъёрдан ортик, 9 нафарида (18,75%) АСТ фаоллиги ошган ва 16 нафарида (33.33%) С-реактив оксил кўрсаткичлари юқорилиги аниқланган бўлса, болаларда бу кўрсаткичлар мос равишда 13 (27.1%), 5 (10.4%), 3 (6.25%), 0 (0%) ва 3 (6.25%) нафар беморда кузатилган.

Хулоса: 1. Кузатувдаги бемор болаларда COVID – 19 касаллиги катталарга нисбатан энгил ва кам клиник белгилар билан кечиши аниқланди;
2. COVID – 19 касаллиги билан оғриган болаларда ўпка, жигар ва қон ивиш тизими катталарга нисбатан сезиларли даражада кам зарарланиши кузатилди.
3. Иммунологик жадаллик катта ёшдаги беморлардан фарқли равишда болаларда камдан кам ҳолларда намоён бўлди.

ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТДА ЎТ ПУФАГИ ДЕВОРИДАГИ ҚОН ОҚИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ РАНГЛИ ДУПЛЕКС СКАНЕРЛАШ

Ахмедов Ф.Х., Жумаева М.М., Жумаева Н.Х.

Бухоро давлат тиббиёт институти, РШТТЎИМ Бухоро филиали

Долзарблиги. Ультратовуш диагностикаси ва ўткир холециститни даволаш тактикасини танлашда муҳим рол ўйнайди. Б-режимда касалликнинг характерли белгилари ўт пуфаги деворининг катталиги, қалинлиги ва тузилишидаги ўзгаришлардир. Органдаги қон оқимининг Допплер тадқиқотлари маълумотлари қарама-қаршидир.

Тадқиқот мақсади. Ўт пуфагини рангли дуплекс сканерлашда ўткир холециститнинг янги ултратовуш белгиларини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Биз касалликнинг маълум ултратовуш белгиларига қўшимча белгиларни излаш учун ўткир тошли холециститли 48 беморда рангли дуплекс сканерлаш ёрдамида ўт пуфагини ўргандик. Рангли дуплекс сканерлаш усулида икки ўлчовли тасвирни олиш билан ўт пуфагини Б режимида текширишни, рангли Допплер харитасида Допплер текширувини ва импульсли тўлқинли Допплер режимларини ўз ичига олади. Баҳоланган параметрлар: Б режимида - узунлик (А), кенглик (Б), узунлик ва кенглик нисбати (А / Б), ўт пуфагининг ҳажми, майдони, девор қалинлиги; Рангли Допплер режимида - ўт пуфаги бўлимларининг сегментал таснифига мувофиқ томирдан рангли локусни локализация қилиш.

Tadqiqot natijalari. O'tkir xoletsistit o't pufaging uzunligi va kengligi, uning devori qalinligi, maydoni va hajmining oshishi, shuningdek, uzunlik va kenglik nisbati (A/B) pasayishi bilan ko'rsatiladi. Barcha parametrlar 95% farqlanish ehtimoli bilan nazorat guruhidagi ko'rsatkichlardan statistik jihatdan sezilarli darajada farq qiladi ($p < 0,05$). O'tkir toshli xoletsistitda o't pufaging ultratovush belgilari yaxshi ma'lum va adabiyotda keng yoritilgan, bu bizga o'rganilayotgan kasallik uchun yangi kulrang shkala parametrlarini o'rganishga imkon beradi.

Хулоса. Б-режимида ўткир холециститнинг ултратовуш белгиларига ўт пуфагининг узунлиги ва кенглиги, девор қалинлиги, майдони ва ҳажмининг ошиши, шунингдек унинг нисбати пасайиши киради. Ўткир холециститнинг асосий Допплер мезонига ўт пуфаги деворидаги артериянинг шохларида қон оқимининг максимал систолик тезлигини (Vмах) ошиши киради. Ўт пуфаги сегментлари орасидаги артерия шохларида қон оқимининг максимал систолик тезлиги (Vмах) қийматларида сезиларли фарқ қилмади, бу эса ушбу параметрни фақат битта сегментда ўлчаш имконини беради.

ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДА ЖИГАРДАН ТАШКАРИ ЎТ ЙУЛЛАРИНИ ЖАРОХАТЛАНИШИ.

**Ахроров Б.М., Сирожитдинов У.К., Имамов Ф.А.
РШТЎИМ Фарғона филиали**

Тиббиётнинг ривожланиб бориши билан кўпгина хирургик шифохоналарида каминвазив ва камтравматик усуллари қўлланилиши билан лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭК) бажариш кенг йўлга қўйилмоқда. Лапароскопик холецистэктомияни ўзига хос техник кийинчиликлари ва асоратлари қаторида жигардан ташкари ўт йулларини жароҳатланиши учраб туради.

РШТИМФФ абдоминал жаррохлик булимида 2018 йилдан 2022 йилгача бўлган давр оралиғида 394 нафар беморларда лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиёти бажарилган. Шулардан 310 нафар (78,6 %) беморларда ўткир калькулез холецистит, 84 нафар (21,3%) беморларда эса сурункали тошли холецистит ташхиси билан лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиёти бажарилган. Ўткир калькулез холецистит катарал формаси билан 146 нафар (37,05 %) беморлар, флегмоноз формаси билан 214 нафар (54,3%) беморларда, гангреноз формаси билан эса 34 нафар (8,62 %) беморларда ЛХЭК амалиёти бажарилган. Булар турли асоратлар билан перивезикуляр инфильтрат, жигар ости соҳаси кўплаб битишмалар билан копланган беморлардир. Беморларнинг ёши 17 ёшдан 78 ёшгача бўлиб, булардан 326 таси (82,7 %) аёллар, 68 таси (17,2 %) эркакларни ташкил қилади. Беморларнинг 46 таси (11,6 %) анамнезида қорин бўшлиғи пастки қисмидан турли даражада гинекологик ва хирургик жаррохлик амалиётлари бажарилган.

Жигардан ташқари ўт йўллари холедохни жароҳатланиш асоратлари 2 нафар (0,5%) беморларда кузатилган. Булардан биттаси бемор К. 59 ёшли аёл ўткир гангреноз калькулез холецистит ташхиси билан кўплаб битишмалар ва ўт пуфаги инфильтрациялашганлиги туфайли бўйинча кисмидан ажратиш вақтида холедохни қисман деворини электрокоагуляция қилиниб, жароҳатланиш белгилари кузатилган. Иккинчи бемор М. 48 ёш сурункали калькулез холецистит ташхиси билан жуда кўп йиллар безовта қилиб келган, кўплаб битишмалар билан копланганлиги туфайли ўт пуфаги бўйинча қисмидан ажратиб, клипсланиб кесиш вақтида холедох бутунлай кесиб юборилган. Амалиётдан кейинги 2-3 кунларда беморда қисман сариклик белгилари ва қоринда ўтли перитонит белгилари кузатилгач, беморни УТТ текшируви ва биохимик таҳлилларидан кейин қайта реконструктив амалиётга олиниб, лапаротомия қилинди. Холедох трансгепатал каркас найчаланди. Бу иккала асоратлар ҳам бизни шифохонамизда дастлабки лапароскопик холецистэктомия амалиёти қилина бошлаган вақтларда кузатилган. Жигардан ташқари ўт йўллари ятроген жароҳатланишини таҳлил қилганимизда, «кийин» ёпишиб кетган калькулез холецистларда лапароскопик холецистэктомия бажаришда ўт йўллари идентификация қилишда ўт пуфагини «тубидан» ва ўт пуфагини «бўйинча» кисмидан ажратиш, ҳамда эндохирургни малакасини юқорилиги ҳам ўт йўллари жароҳатланиш сонини бир мунча камайтиради.

ТИРЕОТОКСИКОЗ ОҒИР ДАРАЖАСИ БИЛАН БЕМОЛЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШДА ЗАМОНаВИЙ ТАКТИКАНИ ТАНЛАШ

Ғозибеков Ж.И., Салоҳиддинов Ж.С.

**Самарқанд Давлат Медицина университети, Ўзбекистон Республикаси,
Самарқанд ш.**

Муаммонинг долзарблиги: Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда бўқоқнинг токсик шаклларининг диагностикаси ва даволаш тактикаси замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб ва охирагача ҳал қилинмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан айни пайтда беморларни операциягача консерватив тайёрлашнинг ўзига хос камчиликлари маълум бўлиб қолмоқда. Узоқ муддат бир йилдан ортиқ даврда тиреостатик препаратларни қабул қилиш қалқонсимон без ён тўқималарида битишмалари жараён ривожланишига бу эса ўз навбатида операция вақтида қон кетиш каби техник қийинчиликларни ошишига сабаб бўлмоқда. Бундан ташқари беморларда руҳий ҳолатнинг узоқ муддатда ўзгариб туриши, токсик гепатит ва бошқа бир қанча органик ўзгаришларнинг келиб чиқишига ҳам олиб келмоқда.

Текширишнинг мақсади: тиреотоксикоз оғир даражаси бўлган беморларни операцияга тайёрлашда дискрет плазмаферезнинг самарадорлигини баҳолаш.

Текшириш усуллари: Бўқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни тайёрлашнинг мураккаблиги шундаки, 112 бемордан 24 нафари (21,4%) да яъний оғир даражали тиреотоксикоз хуружини ўтмаслиги ёки консерватив даволанишнинг асоратлари, узоқ муддатли консерватив даволаниш самарасизлиги билан боғлиқ ҳолат кузатилди. Шунингдек консерватив даволаниш салбий натижалари бўлган 24 беморнинг 10 нафари (41,7%) таққослаш гуруҳидан, 14 нафари (58,3%) эса асосий гуруҳдан эди. Асосан текширишлар қоннинг иммунофермент таҳлили ТТГ (нормада 0,25-5,0 нг/мл), Т₄ (нормада 60-120 ммол/л) ҳамда Т₃ (нормада 0,95-2,5 ммол/л), умумий оксил микдори, коагулограмма кўрсаткичлари, қон ивиш вақти кўрсаткичларидаги ўзгаришларга қараб назоратга олиниб борилди. Беморда айланадиган плазманинг бир ҳажмини ҳисоблаш, айланма қон ва гематокрит ҳажмидан аниқланди. Натижа: Беморларда плазмаферез муолажаасининг

самарадорлиги унинг қон босими, юрак уриши, тана ҳарорати, руҳий ҳолати ва гармонал кўрсаткичлар, шунингдек умумий ҳолатига кўра баҳоланди. Токсик буқоқ бўлган беморларни плазмаферез ёрдамида операцияга тайёрлашнинг устунлиги шундаки қисқа муддат узоғи билан 30 кун яъний 5 тадан 7 тагача плазмаферез сеансларини ўтказиш орқали эутиреоз ҳолатига эришилади. Ушбу муолажалар сони беморларимизни даволашда ҳам қўлланма бўлиб хизмат қилди. Хулоса: Дискрет плазмаферезнинг юқори самарадорлиги плазмани натрий гипохлорит билан билвосита электрокимёвий кислород ёрдамида қўшимча озонлаш ва кейинчалик детоксификацияланган плазмани қайта қуйиш орқали бўқоқнинг токсик шакллари бўлган беморларни операциягача тайёрлашда, унинг касаллиги дорилар таъсирида ўтмаганда, гармонал қарамлилик шунингдек қўшимча касалликлар билан асоратланган беморларда исботланган;

СУРУНКАЛИ ВЕНОЗ ҚОН ТОМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ ХАСТАЛИГИНИ ХОЗИРГИ ЗАМОН ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ

Ф. Д. Икрамова., С.З.Салаҳидинов, Р.Н.Абдуллаев, Э.А. Ортикматов
Андижон давлат тиббиёт институти
Умумий жарроҳлик ва трансплантология кафедраси.

Мавзунинг ақтуаллиги. Сурункали қон томир касалликлари орасида сурункали веноз етишмовчилик (СВЕ) ва оёқ веналарининг варикоз касаллиги (ВК) энг кенг тарқалган патология ҳисобланади. Аксарият экспертларнинг фикрича, ВК ривожланган мамлакатларнинг меҳнатга лаёқатли аҳолисининг 20-25 фоизида учрайди. Шу билан бирга, умумий касалланиш таркибида у тахминан 5% ни, периферик томирларнинг шикастланиши орасида эса 10 дан 40% гачани ташкил этади. Бундан ташқари, агар илгари касаллик катта ёшдаги (50 ёшдан ошган) одамларнинг муаммолари билан боғлиқ бўлса, ҳозирда 12-13 ёшли мактаб ўқувчиларининг 10-15 фоизида веноз рефлюксининг биринчи белгилари кузатилмоқда. СВЕ ривожланишига олиб келувчи энг асосий муаммо сифатида шуни таъкидлаш керакки, беморлар тиббий ёрдамга кеч мурожаат қиладилар. Беморларнинг аксарият қисми сурункали веноз етишмовчилик белгиларига эътибор бермайдилар. Доимий чарчоқ, оғриқ ва томир тортишишига, узоқ муддатли жисмоний зуриқишнинг нормал натижаси сифатида кўрилади ва бунга жиддий қарамайдилар. Баъзилар патологиянинг оғирлигини, СВЕ қандай асоратларга олиб келиши мумкинлигини тушунмайдилар. Ваҳоланки касалликни эрта босқичларда аниқлаш ва адекват профилактика чораларини кўриш оғир асоратларни олдини олади.

Ҳозирги вақтда Допплер ултратовуш текшируви веноз етишмовчиликни ташхислаш учун скрининг усули бўлиб келмоқда. Ушбу текширув томирларнинг ўтказувчанлигини ва уларнинг клапан аппарати ҳолатини баҳолашга имкон беради. Ҳозирги вақтда Допплер ултратовуш текшируви амалиётда шунчалик муҳим ўрин олганки, портатив доплер қон оқими анализатори ангиолог учун фонендоскоп каби муҳим ажралмас воситага айланди. Ултратовуш диагностикасининг инкор этилмайдиган афзалликлари қуйидагилардан иборат: ноинвазивлик, юқори маълумот олиш имконияти, даволаш натижаларини кузатиш учун зарур бўлганда бир неча марта хавфсиз такрорлаш мумкинлиги.

Сурункали веноз етишмовчилик ва вена томирлари ҳолатини баҳолашда ултратовуш усуллари ахамияти ҳозирда нуфузли маҳаллий ва хорижий тадқиқотчилар томонидан тан олинган. Олиб борилаётган изланишлар ултратовуш текширувининг юқори диагностик ишончлигини тасдиқлади

Тадқиқот мақсади: Оёқ веналарининг сурункали веноз етишмовчилигини аниқлашда ултратовушли доплерографиянинг имкониятларини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари Тадқиқот учун 18 ёшдан 55 ёшгача бўлган сурункали веноз етишмовчилик билан оғриган жами 140 нафар бемор текширилди, улардан 70% аёллар ва 30% эркаклар ва улар 3 гуруҳга бўлинди. Беморларнинг шикоятлари, анамнестик маълумотлари, функционал синамаларга асосланиб СВЕ ташхиси қўйилди. Ташхисни аниқлигини текшириш мақсадида инструментал текширувлар яъни рангли доплерография ултратовуш текширувидан фойдаланилди. Допплерография веналарнинг ўтказувчанлиги, клапан аппаратининг фаолияти ва СВЕ даражасини аниқ белгилашга ёрдам беради. Тадқиқот мобайнида биз Sonoscape S40E хр ултратовуш аппаратида беморларни ётган ва тик турган ҳолатда, шунингдек, стресс тестлари билан текшириб кўрдик.

Sonoscape S40 Exp рақамли статсионар ултратовуш сканери Sonoscape линиясининг флагмани бўлиб WI SONO платформасидаги биринчи сканер ҳисобланади.

Sonoscape S40Exp сканери замонавий технологияларнинг тўлиқ тўплами билан жиҳозланган бўлиб барча Допплер режимлари: мураккаб тасвир, реал вақтда 3D реконструкция режими, панорамали сканерлаш Sono Elastography каби 1 нечта режимлари мавжуд. Сканерлаш чуқурлиги ўртача 10-11 смгача, частоталар 5дан 15 МГц гача. Ултратовуш текширувининг асосий афзаллиги унинг мукамал пенетратсион қобилиятидир (уни ичкарига киритишнинг ҳожати йўқ). Бундай асбоб-ускуналар бевосита тери остида жойлашган органларни текшириш учун ишлатилади:

-сут безлари

-қалқонсимон без

-периферик томирлар

-чаноқ-сон бўғимлари.

Веноз тизимнинг ултратовуш текшируви акс этирилган товуш тўлқинларини таҳлил қилиш ёрдамида томир деворининг тасвирини, шунингдек, у орқали қон оқимининг табиати ва йўналишини аниқлашни ўз ичига олади. Веноз тизимни диагностика қилиш усули ултратовушли дуплекс (икки марта) сканерлаш деб аталади, чунки икки томонлама маълумот олинади. Сканерлаш режимида веноз томирнинг икки ўлчовли тузилиши (2D) ўрганилади ва Допплер режимида у орқали қон оқимининг тезлиги, йўналиши аниқланади ва турли хил ранглар ёрдамида кўрсатилади.

Натижалар ва хулосалар. СВЕ намоён бўлишининг дастлабки белгилари бир ёки бир нечта аломатлар пайдо бўлиши билан бошланган. Барча текширилган беморларда касалликнинг дастлабки босқичида веналарда сезиларли ўзгариш кузатилмаган. Уўбу беморларда СВЕ турли хил клиник белгилар билан намоён бўлди. Беморлар қуйидаги мезонларга кўра танланган: кун охирида оёқларда оғрик, қичишиш, оғирлик ва чарчок хисси (15% 21 нафар), оёқ панжаси ва болдир соҳасини шишиши (13.6% 19 нафар), тунги дам олишдан кейинги регрессия, телангиектазиялар (25% 35 нафар) ва ретикуляр варикоз томирлари мавжудлиги яъни юзаки интрадермал веналарнинг бироз кенгайиши кузатиладиган оддий варикоз (10% 14 нафар). 40 нафар беморда (8 нафари хомиладор аёл) оёқларнинг прогрессив веноз етишмовчилиги аниқланди. Бу "безовта оёқлар" синдромининг пайдо бўлиши ва ривожланиши билан тавсифланади ҳамда оғрик, тунги конвулсиялар, қичишиш, парестезиялар билан бирга келади. Веноз оқимнинг турли қисмларида клапан етишмовчилигини пайдо бўлиши, патологик ретроград қон оқимиға олиб келади. Бунинг натижасида микроциркуляциянинг бузилиши ултратовуш текширувлари ёрдамида тасдиқланган. Допплер ултратовуш текшируви сурункали веноз етишмовчиликни эрта босқичларда ташхислашни осонлаштирадиган муҳим усул бўлиб, веноз етишмовчилик даражаси ҳақида хулоса чиқаришга имкон беради. Допплер текшируви ўтказишдан кўзланган мақсад: чуқур томирлар ҳолатини баҳолаш (клапанларнинг ўтказувчанлиги), сафено-феморал ва сафено-поплитеал оқма орқали рефлюксияни аниқлаш, катта ва кичик тери ости веналари ҳолатини баҳолаш,

комуникант веналар клапан апарати фаолиятини текшириш. Вена деворининг тонусини баҳолаш учун тақим ости ва сон веналарининг эластиклик индекси (ЭИ) аниқланди. ЭИ вертикал ҳолатдаги томир диаметрининг беморнинг горизонтал ҳолатидаги диаметрига нисбати сифатида ҳисоблаб чиқилган. Чуқур томирларнинг ўтказувчанлигини ва клапанларининг мустаҳкамлигини баҳолаш учун сиқиш тестлари қўлланилди. Унинг гемодинамик асоси проксимал клапанлардаги босимнинг сунъий равишда ошиши бўлиб, бу одатда клапан варақларининг ёпилишига ва қон оқимининг тўхташига олиб келади. Қопқоқ аппаратининг функционал ҳаётийлигини баҳолаш учун Валсалва тести қўлланилди, бу беморни бир вақтнинг ўзида сиқилиш ва қорин бўшлиғини шиширадиган чуқур нафас олишдан иборат эди. Веналарда рефлюкс мавжудлиги ёки йўқлигига қараб, веноз етишмовчилик мавжудлиги ҳақида гапириш мумкин. Тегишли белгиларни ҳисобга олган ҳолда гемодинамик аҳамиятга эга эканлигини тавсифлагандан сўнг, барча текширилган беморлар огирлик даражасига кўра қуйидаги гуруҳларга бўлинган.

- 1- гуруҳ: 25 бемордан (17.85%) иборат бўлиб, уларда сафенофеморал оқмадаги клапанларни текширишда ретроград қон оқими қайд этилмаган, бу эса клапан етишмовчилигининг йўқлигини тасдиқлади. ЭИ қиймати ($1,36 \pm 0,05$) дан ошмади, бу веноз деворнинг физиологик эластиклигига мос келади.
- 2- гуруҳни ташкил этган 82 беморда (58.5%) доплерографияда 4 сониядан кўп бўлмаган ретроград қон оқими қайд этилган, бу гемодинамик жиҳатдан аҳамиятсиз етишмовчиликни кўрсатади. Ультратовушли Допплерограммада веноз томирларининг ўтказувчанлигининг бузилиши аниқланмади. ЭИ қиймати 1,37 дан юқори эди.
- 3- Гуруҳ 33 беморни (23.5%) ўз ичига олган. Ушбу беморларда ретроград қон оқими қайд этилди. Бу жарроҳлик аралашувини талаб этадиган гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли клапан етишмовчилигини аниқлаш имконини берди. Чуқур веналарнинг ўртача ЭИ қийматлари нормал қийматдан ошиб кетди ва умумий сон венаси учун ($1,71 \pm 0,05$); поплитеал вена учун - ($1,6 \pm 0,04$). Юқорида айтилганларнинг барчаси СВЕ ривожланишининг дастлабки босқичларида самарали ташхислаш зарурлигини кўрсатади. Касалликнинг сурункали прогрессив табиати эрта ташхис қўйиш ва беморни динамик кузатиш зарурлигини тақозо этади.

Хулоса.

1. Ультратовушли доплерография пастки веноз тизимнинг турли қисмларидаги клапан етишмовчилигини аниқлаш имконини беради.
2. Ушбу замонавий текширув усули ёрдамида веноз деворнинг тоник-эластик хусусиятларини ўрганиш, веноз тизимининг ҳолатини ташхислашда муҳим нуқталардан бири бўлиб, катта амалий аҳамиятга эга.
3. СВЕ ни эрта босқичларда аниқлашга, касалликни ривожланиб бориш жараёнида уни даражаларини билишга ва шунга асосан даволаш тактикасини танлашга ёрдам беради.

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ЖИНСГА ЁШГА ВА ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ БЎЙИЧА ХАМДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ.

Исмаилов Ў.С. ²Турсунов Ф.Н.¹

1. Исмаилов Ўктам Сафаевич-Тошкент тиббиёт академияси Хирургия ва Трансплантология кафедраси т.ф.д. профессори, Ўзбекистон.
2. Турсунов Фирдавс Нуриддинович-Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали хирургия йўналиши II йил таянч докторанти, Ўзбекистон.

Долзарблиги: Ўткир жаррохлик касалликлари орасида ўткир панкреатит 6,5% ни ташкил этиб, Қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холесиститдан сўнг учинчи ўринни эгаллайди. Аёллар орасида эркакларга нисбаттан 3-3,5 баравар кўпроқ учрайди. Ўткир шишли панкреатит беморларнинг 77-78%да учрайди, стерил ва йирингли панкреонекроз тахминан 10-12 % беморларда кузатилади. Ўткир панкреатит учун умумий ўлим 2,9 дан 20% гача. Деструктив панкреонекроз билан ўлим барқарор юқори бўлиб қолмоқда 25-85%. Ўткир панкреатит энг оғир ва оқибатини олдиндан айтиб бўлмайдиган касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади. У асоратли кечишининг юқори эҳтимоли ва шунга мос равишда ушбу тоифадаги беморларнинг даволанишга кўп маблағ сарфлашлари билан ажралиб туради.

Мақсад: Замонавий тиббиётнинг ривожланиш жараёнида, ўткир панкреатит билан хасталанган беморларни турли хил тоифаларда, фоизлар кўринишида тахлил қилиш.

Материаллар ва усуллар: 2021-2022 йиллар давомида, Республика шошилич тез тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали, Республика шошилич тез тиббий ёрдам илмий маркази, ҳамда Тошкент шаҳар 7-сон клиник шифохонаси хирургия бўлимларида стационар даволанган ўткир панкреатитни турли даражалари Ўткир шишли панкреатит, Ёғли панкреонекроз, Геморагик панкреонекроз билан хасталанган беморлар. 88 та бемор кузатув остида бўлган ва қон намунаси олинган. Асосий гуруҳдаги 88 та бемордан аёллар 52 (59,0%), эркаклар 36 (41,0%) нафарни ташкил қилади. Ушбу беморлар 18 ёшдан 84 ёшгача бўлган оралиқни ташкил қилади. Беморларни ёши жиҳатдан 4 гуруҳга ажратдик. 18-34 ёш оралиғи 20 (22,7%), 35-50 ёш оралиғи 31 (35,2%) ва 51-66 ёш оралиғи 25 (28,4%), ҳамда 67-84 ёш оралиғи 12 (13,7%) нафарни ташкил қилади. Асосий гуруҳдаги беморларни 3 та кичик гуруҳларга (А, Б, В) бўлиб ўрганилди. А - гуруҳда 57 (65%) нафар ўткир шишли панкреатит; Б - гуруҳда 15 (17%) нафар ёғли панкреонекроз; В - гуруҳда 16 (18%) нафар геморагик панкреонекроз учраш ҳолати кузатилди. Ўткир панкреатитнинг оғирлик даражаларини жинсга боғлиқ ҳолатда учраши, 36 нафар эркак беморлардан 23 (64%) нафари ўткир шишли панкреатит, 7 (19%) нафари ёғли панкреонекроз ҳамда 6 (17%) геморагик панкреонекроз билан хасталанган. 52 нафар бемор аёллар ўртасида касаллик турларини тарқалиши куйдагича ўткир шишли панкреатит 34 (65,4%), ёғли панкреонекроз 8 (15,4%), геморагик панкреонекроз 10 (19,2%) ни ташкил қилмоқда. Ўткир панкреатит билан госпитализация бўлган 88 нафар беморларнинг 57 нафари (65%) консерватив даво билан яллиғланиш жараёни бостирилди, Яни ўткир шишли панкреатит шакли билан хасталанган беморлар. Қолган 31 нафар беморнинг 16 нафари (52%) ўткир деструктив холецистит ва ўткир панкреатит асоратлари туфайли очик традицион усулда операция муолажасини ўтказди ва қолган 15 нафар беморлар ёғли ҳамда геморагик панкреонекроз билан жаррохлик муолажаси ўтказилди. ўткир деструктив холецистит ва ўткир панкреатит асоратлари туфайли жаррохлик муолажасини ўтказган 31 нафардан 28 нафари (90%) бемор тузалди қолган 3 нафар беморда турли хил асоратлар полиорган етишмовчилик пайдо бўлди ва ўлим даражаси (10%) ни ташкил этди.

Хулоса: Шундай қилиб, ўткир панкреатит билан касалланган беморлар орасида ўткир шишли панкреатит купрок учраши яна бир бор ўз исботини топди. Қолаверса аёлларда кўпроқ кузатилаши ва инсоннинг меҳнатга лаёқатли даврида яъни 35-50 ёш оралиғида кўпроқ хасталаниши маълум бўлди. Ўткир деструктив тошли холецистит билан бирга учраши, оператив даво муолажаларини бажарилиши туфайли беморларни янада ахволини оғирлаштиради ва консерватив даво муолажасини эффективлигини пасайтриб оғир асоратлар заминида ўлим ҳолатлари кузатилиши мумкин. Панкреонекроз ҳолатларида беморларнинг леталик даражаси хали ҳамон муаммолигича қолмоқда. Операциядан кейинги асоратлар ва ўлимни камайтириш учун эрта ташхис қўйиш керак, бунинг учун олдиндан аниқ прагноз қиладиган генетик алгоритимлар ишлаб чиқиш жарроҳларга эрта ташхис қўйишда енгиллик берарди.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

**Н.И.Махмудов, Б.А.Туйчиев, Туланов Ш.А.
РШТЁИМ Фарғона филиали**

Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликларида, ёпиқ шикастланишларида ўз вақтида шошилич ташхис қўйиш, даволаш амалий тиббиётнинг долзарб ва мураккаб муаммоларидан ҳисобланади. Ўткир хирургик касалликларда баъзи ҳолларда ташхис қўйишнинг мураккаблиги, беморларнинг шифохонага кеч муражаат қилишлари, кекса ёшдаги ва оғир ҳамроҳ касалликлари мавжуд беморларда касаллик белгиларининг атипик намоён бўлиши каби ҳолатлар билан чамбарчас боғлиқдир. Ўз вақтида аниқ ташхис қўйишдаги муаммолар ва самарали даволаш услубини танлашдаги қийинчиликлар, ушбу беморларда шошолинч лапароскопияни амалга ошириш заруриятини туғдиради.

РШТЁИМ Фарғона филиалида кейинги 3- йил давомида жами 117 -беморларда диагностик лапароскопия амалга оширилган. Эркаклар - 74 (63,2%), аёллар -43 (36,8%) кишини ташкил этади.

Шошилич лапароскопия ўтказишдан асосий мақсад қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларини аниқлаш, худди шундай клиник белгилар билан намоён бўладиган бошқа касалликларни инкор этиш, органлардаги патологик ўзгаришлар даражасини баҳолаш, қайси даволаш услуби айнан шу бемор учун самарали эканлигини аниқлаш каби вазифаларни ҳал этиш учун бажарилади. 117 та бажарилган диагностик лапароскопиядан 21 (17,9 %) беморларда қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик хасталиги инкор этилди. Қолган 96 беморлардан 64 (54,7 %) сида ўткир хирургик касалликлар, 32 (27,3%) беморларда қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикастланишлари аниқланди. Диагностик лапароскопияда қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликлари топилган 64 беморлардан 12 (18,75%) беморларда ўткир деструктив холецистит, 10 (15,6%) - ўткир аппендицит, 11 (17,2%) – ўткир панкреатит, 8 (12,5%) - 12 бармоқ ичак ярасининг тешилиши, 6 (9,4%) – тухумдон кистасининг айланиб қолиши, 4 (6,2%) – ингичка ва йўғон ичак ўсмалари, ичак тутилиши, - 6 (9,4%) пельвиоперитонит, - 4 (6,2%) - Крон касаллиги, 3 (4,6%) – беморларда мезентрал томирлар тромбози аниқланди.

Бу беморларнинг 38 тасида (59,3 %) ананавий лапаротомияга ўтилди ва керакли операциялар бажарилди. Қолган 26 (40,7%) беморларда эса лапароскопик операция усуллари бажарилди. Лапароскопик шошилич холецистэктомия -7 (26,9 %) беморда, аппендэктомия -5 (19,2 %), лапароскопик тухумдонлар кистэктомияси -4 (15,4 %), лапароскопик қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш -4 (15,4 %), лапароскопик кичик тос бўшлиғини санацияси ва дренажлаш - 6 (23%) беморларда бажарилди. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланиши билан диагностик лапароскопия ўтказилган 32

беморлардан, 26 тасида (81.2%) қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишлари аниқланди, 2 (5,2) беморда эса қоринпарда орти гематомаси топилди. Қолган 6 (15,7 %) беморларда оператив муолижаларга сабаб топилмади, қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишлари истисно қилинди ва “кераксиз” лапаротомиянинг олди олинди. Диагностик лапароскопияда қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишлари аниқланган 26 беморларда ананавий лапаротомия қилинди ва - 9 (34,6 %) беморда жигар жароҳатларини тикиш, - 5 (19,2 %) беморда спленэктомия, - 6 (23 %) беморда ингичка ва йўғон ичак жароҳатларини тикиш, -4 (15,4 %) беморда ингичка ва йўғон ичаклар ичактутқичлари жароҳатини тикиш, - 2 (7,7 %) беморда сийдик пуфағи жароҳатини тикиш ва эпицистостомия қўйиш операциялари бажарилди.

Хулоса қилиб айтганда лапароскопик хирургиянинг ўткир қорин касалликларига ва ёпиқ шикастланишларда амалиётга тадбиқ этилиши, диагностика услубини самарадорлигини оширган ҳолда, нафақат ташҳис қўйиш муаммосини ҳал қилиш, балки 40,7 % ҳолатларда операцияни лапароскопик усул билан яқунлаш имконини берди. Бу эса кам инвазив хирургиянинг барча афзалликлари: операцион жароҳатнинг ва операциядан сўнги оғриқнинг максимал камайтирилишига, беморларнинг эрта фаоллаштирилишига, даволаниш муддатини қисқаришига, дори – дармон ва боғлов материаллари сарфини камайишига имкон беради.

ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДА УМУМИЙ ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ ЖАРОХАТЛАНИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ.

**Н.И.Махмудов ,А.Б. Ортиков , У.К.Сирожидинов
РШТЭИМ Фарғона Филиали**

РШТИМФФ абдоминал жаррохлик бўлимида 2017 йилдан 2020 йилгача бўлган давр оралиғида 824 та беморда лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиёти бажарилган. Ўткир калькулёз холецистит катарал формаси билан 302 нафар (36,6 %), флегмоноз формаси билан 434 нафар (52,6 %), гангреноз формаси билан эса 88 нафар (10,7%) беморларда ЛХЭ амалиёти бажарилган. Беморларнинг ёши 17 ёшдан 78 ёшгача бўлиб, булардан 596 нафари (72,3 %) аёллар, 228 нафари (27, %) эркакларни ташкил қилади. Умумий ўт йўллари холедохни жароҳатланиш асоратлари 2 нафар (0,2%) беморда кузатилган. Булардан биттаси 59 ёшли бемор ўткир гангреноз калькулёз холецистит ташҳиси билан кўплаб битишмалар ва ўт пуфағи инфильтрациялашганлиги туфайли, бўйинча қисмидан ажратиш вақтида холедохни қисман деворини электрокоагуляция қилиниб жароҳатланиш белгилари кузатилган. Иккинчи бемор 48 ёш сурункали калкулёз холецистит ташҳиси билан жуда кўп йиллар оғриқ безовта қилиб келган, кўплаб битишмалар билан қопланганлиги туфайли ўт пуфағи бўйинча қисмидан ажратиб, клипсланиб кесиш вақтида холедохни бутунлай кесиб юборилган. Операциядан кейинги 2-3 кунларда беморда сариқлик белгилари кузатила бошлагач, беморни УТТ текшируви ва биохимик таҳлиллардан кейин, қайта операцияга олиниб, лапаротомия қилинди. Холедох трансгепатал каркас билан найчalandи. Бу иккала асоратлар ҳам бизнинг шифохонамизда дастлабки лапароскопик холецистэктомия амалиётга тадбиқ қилина бошлаган вақтларда кузатилган. Лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиётида умумий ўт йўллари жароҳатланишини олдини олиш мақсадида биринчи навбатда беморни клиник ва УТТ хулосаларига асосланиб, ЛХЭ кўрсатма бор ёки йўқлигини аниқлаб олиш шарт. Лапароскопик амалиёт вақтида ўт пуфағи бўйинча қисмидан ажратишда ўт пуфағи деворидан бошлаб ажратиб бориш ва Гартман чўнтағида ўт йўлини бошланишини кўриб ишонч ҳосил қилиш керак. Эндоқисқич ёрдамида максимал даражада тортиб, эхтиёткорлик билан ўт пуфағи найининг орқа ва латериал

деворлари ажратилади, кейин медиал томонини ажратиш керак. Ўт пуфаги найи ва жигар орасида «дарча» хосил қилиб, ўт пуфаги бўйинчаси ва умумий ўт йўли аниқ кўринса, бу сохада бошқа найсимон хосилалар кўринмаса, шунга тўлиқ ишонч хосил қилинган, ўт йўли клипсланиб кесилади ва ўт пуфагини жигардан ажратишни бошлаш керак. Бундан ташқари яна эндохирургик асбоб-анжомларни етарли даражада бўлиши, эндохирургик жамоани юқори малакага эга бўлиши эндохирургни 5 - йилдан кам бўлмаган тажрибага бўлиши, амалиёт вақтида ўт йўллари аномик идентификация қилишни имкони бўлмаганда ўт йўллари жароҳатланишини олдини олиш мақсадида лапароскопик амалиётни тўхтатиб, анъанавий усулга ўтиш операция пайтида ва операциядан сўнги даврда асоратларни камайтириш учун муҳим аҳамиятга эга.

ТЕРИ ОСТИ ЁГ КАВАТИ ЎТА РИВОЖЛАНГАН СЕМИЗ БЕМОРЛАРДА ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.

**Нўмонов Х.С., Махмудов Н.И., Мамадалиев А.Ш.
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти**

Замонавий тиббиётнинг ривожланиб бориши билан беморларга каминвазив ва камтравматик усуллар билан жаррохлик амалиёти ўтказиш анъанавий тусга кириб бормокда. Айниқса тери ости ёг кавати ўта ривожланган семиз беморларда лапароскопик холецистэктомия бажаришда ўзига хос янги усуллар ва хирург малакасининг ошиб бориши билан кузатилиши мумкин бўлган асоратлар сони камайиб бормокда.

РШТЎИМФФ абдоминал жаррохлик бўлимида 2016 йилдан 2020 йилгача бўлган давр оралигида 394 нафар беморларда ўткир ва сурункали калькулез холецистит ташхиси билан лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиёти бажарилган. Буларнинг кўп қисми асосан аёллар бўлиб, 326 нафар (82,7 %), эркаклар эса 68 нафарни (17,2 %) ни ташкил қилади. Беморларнинг ўртача ёши 45 ёш. Лапароскопик холецистэктомия бажарилган 218 нафар беморларда тери ости ёг кавати турли даражада ривожланган. Бу умумий беморларнинг 55,3 % ни ташкил қилади. Семизлик даражалари Шуригин Д.Я. классификацияси бўйича олганда бизни беморларда 76 таси (34,8 %) I – даражали семизлик, 108 таси (49,5 %), II - даражали семизлик, 31 таси (14,2 %), III – даражали семизлик, 3 таси (1,37 %), IV – даражали семизлик билан лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиёти бажарилган.

Лапароскопик холецистэктомия бажаришда қорин бўшлиғига киндик остидан ёки устидан тушиб карбоксиперитонеум (КП) хосил қилиш учун тери ва тери ости ёг кавати 1,5 – 2 см масофада апоневрозгача кесилиб, Хассан усулида апоневроз қисқичларга олиниб, юқорига кўтарилади. Париетал қорин пардаси ҳам ўз-ўзидан таранглашиб, юқорига кўтарилади ва 11 мм троакар ёрдамида қорин пардаси тешилиб, қорин бўшлиғига тушилади. Бу усул билан асосан III-IV даражали семизликда 34 нафар (15,6 %) беморларда амалиёт бажарилган. Тери ости ёг кавати ўта ривожланган беморларда қорин бўшлиғида ҳам ёг қатлами яхши ривожланганлиги туфайли ўт пуфаги элементлари ҳам ёг қатлами билан яхши ўралган бўлади. Шунинг учун ўт пуфаги бўйинча қисмидан ажратишда эндоманипуляторлар электрокоагуляция ёрдамида ажратилиб, ўт пуфаги найчаси клипсланади ва кесилади. Кейин секин-аста ўт пуфаги артерияси ажратилади. Ажратилган ўт пуфаги қорин бўшлиғидан эпигастрал нуқтадан чиқариб олинади. Тери ости ёг кавати турли даражада ривожланган 218 нафар беморлардан 7 нафарида (3,21 %) ўт пуфаги артериясини ажратиш вақтида 2 нафарида (0,91 %) ўт пуфаги ажратиб олингандан кейин ўрнидан турли даражада қон кетиш ҳолатлари кузатилган. Семиз беморлар учун яна характерли бўлган ҳолатлардан 3 нафар (1,37 %) беморларда жароҳат тешиқларини ўт пуфагини чиқариб олишда ифлосланиши оқибатида қизариб, бироз енгил

даражада йиринглаши кузатилган. Юрак қон томир ва нафас органлари томонидан хатарли асоратлар кузатилмаган. Бу беморларни лапароскопик холецистэктомия амалиётидан кейинги дастлабки вақтларданок активлаштириш натижасидир.

Хулоса : тери ости ёғ кавати ўта ривожланган, семиз беморларда жаррохлик амалиётини камтравматик лапароскопик усулда бажарилиши, традицион усулда бажарилганда келиб чиқиши мумкин бўлган жароҳат йиринглаши асоратини олдини олади ва беморларни шифохонада ётиш кунларини бир неча баробар қисқартиради.

НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ БЎЛИМИДАГИ БЕМОРЛАРДА НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ.

Солижанов Ш. Ш., Отабаев И. И., Валижанов А.Х., Рахимов Н.Н.
РШТЁИМ Наманган филиали

Клиник текширувлар 2020-2022-йиллар давомида РШТЁИМ Наманган филиали нейрореанимация бўлимида даволанган беморлардан йиғилган тажрибаларга асосланган. Текширув давомида барча беморлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳга (28 та бемор) узок муддатли трахея интубацияси қўлланган беморлар, иккинчи гуруҳга (26та бемор) эса 4-суткадан бошлаб нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш ва ўпка сунъий вентиляциясини ўтказиш учун хирургик усулда трахеостомик найча қўйилган беморлар киргизилди. Ҳар бир гуруҳ яна иккитадан кичик гуруҳларга ажратилди: «а» - соғайиб кетган беморлар, «б»- вафот этган беморлар. Текширув босқичлари: I босқич - интубациядан кейинги биринчи сутка, II босқич - учинчи сутка (трахеостома қўйилишидан аввалги), III босқич – бешинчи яъни трахеостомиядан кейинги иккинчи сутка, IV босқич – еттинчи яъни трахеостомиядан кейинги учинчи сутка. Ўпканинг тўқималар оксигенациясини таъминлаб бериш функцияси оксигенацион индекс (PaO_2/FiO_2 , норма 350-400) бўйича, инфекция асоратлар ривожланганлиги лейкоцитлар сони бўйича баҳолаб борилди. Пневмония ривожланганлигини тасдиқлаш учун ўпка МСКТ текширувидан фойдаланилди.

Натижалар: 1. Ёши катта (>65 ёш) беморларда нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш усулларида қатъий назар учинчи суткага бориб инфекция асоратлар кузатилди. 2. Бешинчи суткага бориб лейкоцитоз ўсиб борди, бу айниқса «б» кичик гуруҳидаги беморларда тез ва юқори даражада кузатилди. Еттинчи суткада эса бу кичик гуруҳидаги беморларда лейкоцитоз даражаси энг юқори даражага кўтарилди ($>30 \times 10^3$). «а» кичик гуруҳидаги беморларда лейкоцитлар сони деярли ўзгармаган. 3. Оксигенацион индекс даражаси «б» кичик гуруҳидаги беморларда 200мм.сим.уст.гача пастлаши кузатилди ва энг паст даража еттинчи суткада намоён булди. «а» кичик гуруҳидаги беморларда эса оксигенацион индекс 300 мм.сим.уст.дан пастламади. 4. Биринчи гуруҳидаги беморларда (узок муддатли интубация қилинган) пневмония 5-суткада ривожланган, иккинчи гуруҳда (трахеостомия) эса 7-суткада ҳам кузатилмади МСКТ бўйича). 4. Ўлим даражаси биринчи ва иккинчи гуруҳларда кескин фарк қилди.

Хулоса: Натижалар шуни кўрсатяптики, трахеостомия ўтказилган беморларда узок муддатли интубация қилинган беморларга қараганда инфекция асоратлар ва пневмония ривожланиш даражаси камрок экан. Демак трахеостомия ўтказилганда беморларда инфекция асоратлар, жумладан пневмония билан асоратланиш камрок учрайди ҳамда касаллик прогнози ижобий яқунланишида катта рол уйнайди.

Трахеостомик найча қуйилганда узок муддатли трахея интубациясига нисбатан инфекция асоратлар, хусусан нозокомиал пневмония билан асоратланиш ҳолатлари камрок кузатилишини ва прогноз ижобий булишини кўрсатиш.

Мавзу долзарблиги: Бош мияда кон айланишини уткир бузулиши ташхиси билан ётган беморларнинг жуда куп кисмида септик асоратлар кузатилади ва бу асосан узок муддатли упка сунъий вентиляцияси утказилиши билан боглик. Бу асоратлар орасида энг куп учрайдигани нозокомиал пневмония хисобланади. Инфекцион асоратлар хавфи асосан нафас йуллари утказувчанлигини сунъий равишда тиклаш усуллари (трахея интубацияси ёки трахеостомик найча куйиш) билан боглик. Бизни текширувларимиз нафас йулларини сунъий тиклашнинг кайси усулида инфекцион асоратлар кай даражада учрашини урганишга каратилган.

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ ОҒИР КУЙИШ ЖАРОХАТИ ОЛГАН БЕМОЛДАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ

Ахмедов А.И, Фаязов А.Д, Бабажанов А.С, Тоиров А.С, Сутанбаев Ш.А.
Самарқанд давлат тиббиёт университети
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Стрессли яралар этиологик омилидан қаътий назар 20-60% ҳолатларда гастродуоденал асоратларга сабаб бўлади. Куйиш касалигида ҳам стрессли ўткир яра ривожланиши мумкинлиги аниқ далиллар билан исботланган. Аммо унинг келиб чиқишидаги қарашларнинг ҳар-хиллиги ҳозирги кунгача ўрганилмоқда.

Стресдан кейинги гастродуоденал яралар кўпинча ошқозонда, ўн икки бармоқ ичакнинг проксимал қисмида жойлашган бўлиб, қон кетиши ёки перфорация асоратларга мойиллиги билан мураккаб патологик жараён ҳисобланади.

Оғир куйишларда гастродуоденал асоратларнинг профилактикасида антисекретор дори воситаларини қўллашнинг клиник ва методик тавсиялари ишлаб чиқилмаган. Шу билан биргаликда оғир куйишлардаги ўткир яралардан қон кетишни профилактика қилишга протон насоси ингибиторлари ва H₂-блокаторлар самара бериши борасида қарама-қарши фикрлар мавжуд. Буларнинг барчаси оғир куйган беморларда гастродуоденал асоратнинг хавфли омилларини аниқлаш ва уларнинг олдини олиш ва даволашнинг самарали патогенетик асосли усуллари ишлаб чиқишга қаратилган кенг қамровли тадқиқотлар зарурлигини кўрсатмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: Кекса ва қари ёшдаги оғир куйиш жароҳати олган беморларда ўткир гастродуоденал асоратларнинг даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси куйганларни даволаш бўлимида куйиш тан жароҳати олиб, ётиб даволанган 80 нафар кекса ёшдаги беморлар таҳлили ўтказилди. Беморларнинг ёши 61 ± 16 йил, шундан 46,4% 70 ёшдан катта беморлар ташкил қилди. Барча беморларга эндоскопик текшириш натижалари ҳар 3-7-14-кунда ўтказилиб борилди. Ўн икки бармоқ ичакда ўткир яралари: 16 (20%) беморда, ошқозонда ўткир яралар 41 (51,25%) беморда, 23 (28,75%) – кўп сонли яралар оқозон ва ўн икки бармоқ ичакда биргаликда аниқланди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳ антисекретор гастродуоденал ярага қарши терапияга ва L-аргинин, дофамин D₂ рецептор блокаторлари қўшилди. Назорат гуруҳида эса анъанавий усулдаги даволаш ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. ЭФГДСда аниқланган гастродуоденал асоратлар куйидаги келтирилган 3 гуруҳга бирлаштириб таҳлил қилдик. 1.Ўткир гастродуоденал яллиғланишлар (рефлюкс эзофагит, катарал ва геморрагик гастродуоденит); 2.Ўткир эрозив ярали жароҳатлар (диффуз юзаки эрозия, чуқур жойлашган яра ва эрозия+яра биргаликда учраши); 3.Мотор-эвакуатор функциянинг бузилиши(дуодено-гастрал рефлюкс, гастростаз, гастро-эзофагеал рефлюкс).

Ўткир гастродуоденал яллиғланишлар келиб чиқиши 2 ҳафтагача давом этди. яллиғланиш жараёнининг кечиши 7-кундан кейин ошқозон танаси ва тубида камайиш кузатилган бўлса, пилороантрал соҳа ва ўн икки бармоқ ичакнинг шиллиқ қаватида тескари динамика кузатилди.

Ўткир гастродуоденал яллиғланишларда гастродуоденал шиллиқ парданинг шиши ва гиперемияси ошқозоннинг фундал қисмига нисбатан пилороантрал қисмида кўпроқ ривожланганлигини кўриш мумкин. Суюқлик характериға кўра хиралашган, пилороантрал соҳа шиллиқ пардалари шиш ҳисобига қалинлашган, айрим жойларда оролча шаклида геморрагияли ўчоқлар аниқланди. Ўн икки бармоқ ичакда шиллиқ парда бурмаларининг қисқарганлиги қон томирлари димланиб бўртганлиги аниқланди. Шиллиқ парда гиперемия билан қопланган бўлиб, кўплаб нуқтали қон қуйилишларни кўриш мумкин.

Гастродуоденал яллиғланишлар (рефлюкс эзофагит, катарал ва геморрагик гастродуоденит) 3-кунда асосий гуруҳда ўртача 57,4%ни ташкил қилди. Назорат гуруҳида 56,5%ни ташкил қилди. 14-кунга келиб асосий гуруҳда ушбу асоратлар 51,5%ни ташкил қилиб, 5,9%га камайди. Назорат гуруҳида эса 63%дан 65,2%гача кўпайди. Демак, Оғир куйишда ўткир гастродуоденал яллиғланишли асоратлар профилактик ва даволаш ўтказилганда асоратлар ҳажмини қисқартириш мумкинлигини кўрсатди. Оғир куйишлар учун агрессив омиллар таъсирида ўткир чуқур стрессли яралар 3-кунга нисбатан 7-кунда диффуз юзаки эрозияларнинг чуқурлашиши натижасида яралар сонининг ошишига олиб келди. Назорат гуруҳида эрозив гастродуоденит ва гастродуоденал яралар ҳолати кўпайиши кузатилди. Бу шиллиқ қаватларининг яллиғланиш ҳамда эрозив ўзгаришлари чуқурлашиб ярага айланганлиги билан боғлиқ. 14-кунда эрозив гастродуоденит 25%га кўпайди, гастродуоденал яралар эса 43,8%га кўпайди. Эрозив яралар жароҳатлар (диффуз юзаки эрозия ва чуқур жойлашган яра) асосий гуруҳда 64,7%дан 52,9%гача камайиб, 11,8%гача қисқарди. Назорат гуруҳида эса 60,9%дан 82,6%гача ошиб, 21,7% кўпайди. Демак, профилактик ва даволаш ўтказилганда эрозив яралар асоратлар ҳажми 11,8%гача қисқарди. Мотор-эвакуатор функциянинг бузилиши (Дуодено-гастрал рефлюкс, гастростаз) асосий гуруҳда максимал даража 51,4%дан 17,6%гача камайиб, 11,8%гача қисқарди. Назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткич 58,7%дан 100%гача кўпайган, яъни 41,3% ортган. Демак, асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан гастродуоденал мотор-эвакуатор бузилиш ҳажми 3,0 баробаргача қисқарди. Қон кетишини тўхтатишнинг замонавий эндоскопик усулларида (аргон плазмаси коагуляцияси) ва замонавий антисекретор препаратлардан фойдаланиш ўткир гастродуоденал қон кетиши билан асоратланган беморларни консерватив даволашни муваффақиятли амалга оширишга имкон берди, беморлар аҳволининг оғирлашишига олиб келадиган даражадаги рецидив қон кетиш эҳтимолини камайтирди (рецидив қон кетиш частотаси 22,7% дан 11,5% гача камайди).

Хулоса. Кекса ва қари ёшдаги оғир куйиш жароҳати олган беморларда ўткир гастродуоденал асоратларни даволаш стандартига қўшимча муқобил L-аргинин ва дофамин D₂-рецептор блокаторини (домперидон) қўшиб кўллаш орқали ўткир гастродуоденал яллиғланишли асоратларни 5,9%, эрозив яралар жароҳатларни 11,8% ва мотор-эвакуатор функция бузилишини 33,9%, рецидив қон кетишларни 11,2% гача қисқаришига эришилган.

Кекса ва қари ёшдаги оғир куйиш жароҳати олган беморларда гастродуоденал мотор-эвакуатор бузилишлар оғир куйиш фониде хавфли омил саналиб, гастродуоденал асоратлар ривожланиш эҳтимолини оширади. Шунинг учун профилактик антисекретор терапия билан биргаликда L-аргинин ва дофамин D₂ -рецептор блокатори-домперидон назогастрал зонд ёки ичиш учун тавсия қилиш керак.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ДАВОЛАШ

Ўроқов Ш.Т., Холиқов Ф.Й., Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М.
Республика шошилич ёрдам илмий маркази Бухоро филиали

Кўпгина тадқиқотчилар ўт тош касаллиги, хусусан ўткир тошли холецистит ва диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси (ДКТЧ) ўртасида яқин муносабатларни ўрнатдилар. Р.Б. Авакян ва А. Л. Гуца, хусусан, гастроэзофагеал рефлюкс сабаб бўлган, ДКТЧ ва УТК ривожланиш комбинацияси табиий деб ҳисоблашади. Жарроҳлик тарихининг кўп йилларида тасвирланган клиник синдромлар ушбу фикларни қўллаб-қувватлайди

Ишнинг мақсади: Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраларини ўткир холецистит билан бирга келган ҳолатларда даво самарадорлигини ошириш.

Материал ва методлар: Илмий иш Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида I - II шошилич жарроҳлик бўлимларида 2017-2023 лар давомида олиб борилган бўлиб 49 беморнинг даволаш натижаларига асосланган.

Диагностикасида клиник ва лаборатория тадқиқотлари усуллари, қорин бўшлиғи аъзоларини ултратовуш текшируви ва эндоскопик, МСКТ, ошқозон-ичак трактининг рентген контрастли текшириш усуллари кўрсатмаларга асосан бажарилган.

Беморларни даволашда холецистэктомия билан бир вақтда фундопликация амалиёти бажарилди. Симултан операциялар фақат 9(15%) ҳолатда анъанавий усулда бажарилди. Беморларнинг 9 дан 2(4%) ҳолатда конверсия сабабли анъанавий лапаротом усулга ўтказилди.

Беморлар орасида ўт пуфагининг ва атрофдаги тўқималар ривожланган деструктив жараёнлари (гангрена, ут пуфаги абсцесси), перитонит, қорин бўшлиғининг юқори қаватида аниқ ривожланган чандик жараёни бўлган беморлар киритилмади.

Анъанавий операция ўтказиш техникаси, стандарт холецистэктомия бажарилиб, кўшимча равишда қизилўнгачнинг ДКТЧ операцияси Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида бажарилди. Ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси ўт пуфаги деструкцияси ва асоратларининг борлигига, қизилўнгачнинг узунасига қисқариш (Баррет қизилўнгачи) даражасига, ДКТЧ турига боғлиқ бўлди.

Беморларнинг ўткир тошли холецистит сабабли мурожаат қилган ва ДКТЧ, рефлюкс-эзофагит бор беморларда симултан лапароскопик операциялар холецистэктомия ва Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида фундопликация операцияси беморларнинг да 40 (80,3%) тасида лапароскопик усулда бажарилди. Бунда беморларнинг стационарда ётиш давомийлиги $4,2 \pm 1,1$ ни ташкил қилди.

Икки ҳолатда (4,7%) биз лапароскопик усулдан конверсияга ўтишга тўғри келди. Иккала ҳолатда ҳам Кало учбурчагидаги тузилмаларни аниқлашдаги техник қийинчиликлар билан боғлиқ бўлди. Яллиғланиш жараёни ўт пуфагининг бўйинча соҳасида ривожланганлиги билан боғлиқ бўлди. Шунингдек, фундопликация босқичи конверсия туфайли лапаротомик жароҳатдан амалга оширилди.

Ўткир холецистит билан касалланган беморларда бир вақтнинг ўзида жарроҳлик аралашувларни (симултан) амалга оширишда биринчи босқичда лапароскопик холецистэктомия ўтказилди, чунки бу ўткир жараён ва уни бартараф қилмасдан биз антирефлюкс жарроҳлигини техник жиҳатдан бажаришимиз қийин деб ҳисоблаймиз. Асептика ва инфекцияни олдини олиш тамойилларига асосланиб, лапароскопик холецистэктомияда ишлатиладиган барча асбоблар бошқа асбоблар билан алмаштирилди. Операциянинг иккинчи босқичида ултратовуш асбоблари (диссекторлар) ишлатилди.

Шундай қилиб, биринчи босқич холецистэктомия амалга оширилади, иккинчи босқич-фундопликация.

Шуни таъкидлаш керакки, симултан операциялар фақат ўт пуфагининг чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади. Агар ўт пуфаги ва унинг атрофида яллиғланиш жараёни кескин ривожланганида (ўт пуфаги гангренази, ўт пуфаги атрофи абсцесси, махаллий ва тарқалган йирингли перитонит, ўт пуфаги тешилиши симултан операциялар бажарилмайди.

Хулоса

1. Ўткир тошли холецистит билан бирга ДКТЧ, ГЭРК муружаат қилган беморларда операциялар кетма кетлиги сакланиши лозим. Биринчи навбатда холецистэктомия, иккинчи этапда инструментларни ултратовуш анжомларига алмаштирган ҳолда фундопликация операциясини бажариш.

2. Ўткир тошли холецистит ва ДКТЧ бор беморларда симултан операцияларини бажариш, уларни алоҳида-алоҳида бажаришга нисбаттан солиштирганда, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайти.

3. Лапароскопик жарроҳлик усулларини анъанавий усуллардан фойдаланишнинг афзалликлари травматизациянинг камлиги, шунингдек лапаротомик яралар учун ўзига хос асоратларни ривожланиш эҳтимолининг (йиринглаш, операциядан кейинги чурралар шаклланиши) пастлиги билан характерланади. Шунингдек, ушбу тоифадаги беморларда бир вақтнинг ўзида операцияларни бажариш тиббий ва иқтисодий нуқтаи назардан кўпроқ мос келади.

4. Ўткир тошли холецистит ва ДКТЧ бор беморларда симултан операциялар фақат ўт пуфагининг чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ДИАГНОСТИКАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

Ўроқов Ш.Т., Холиқов Ф.Й., Мусоев Т.Я., Кенжаев Л.Р.
Республика шошилич ёрдам илмий маркази Бухоро филиали

Ҳозирги вақтда ўт тош касаллиги ва унинг асоратлари гепатобилиар тизим касалликлари таркибида етакчи ўринни эгаллайди. Бу нафақат катта тиббий, балки ижтимоий аҳамиятга ҳам эга, чунки ёш ва меҳнатга лаёқатли беморлар сони йилдан-йилга тобора кўпайиб бормоқда. Ёш ўтган сайин мускул ҳамда боғлов тизимидаги атрофик ёки дегенератив ўзгаришлар натижасида организмнинг умумий тонуси сустлашади, шу жумладан қизилўнгачнинг боғлов тизими заифлашиб, диафрагма тешиги кенгая бошлайди. Ушбу жараёнга кўшимча омилларнинг кўшилиши, яъни қорин бўшлиғида босимнинг ошиши диафрагма чурраларини келтириб чиқаради.

Ишнинг мақсади: Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраларини ўткир холецистит билан бирга келган ҳолатларда диагностикасини ўзига хос томонларини ўрганиш.

Материал ва методлар: Илмий иш Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида I - II шошилич жарроҳлик бўлимларида 2017-2023 лар давомида олиб борилган.

Текшириш беморлари 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. I-гуруҳга ўткир тошли холецистит билан турли вақтда операция қилинган (холецистэктомия) лекин диспептик шикоятлари бор беморлар киритилди (n=35). Бу беморлар операциядан кейинги даврда турли диспептик симптомлари бор ҳолда шикоят қилиб келди: зарда кайнаш, қорин дам

бўлиши, огиз аччик бўлиши, овқат қабул қилгандан кейин тўш остида оғрик, кекириш. Диагностика алгоритмига клиник ва лаборатория тадқиқотлари усуллари, қорин бўшлиғи аъзоларини ултратовуш текшируви ва эндоскопик, МСКТ, ошқозон-ичак трактининг рентген контрастли текшириш усуллари кўрсатмаларга асосан бажарилди. Ушбу гуруҳ беморлар орасидан юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилганда диафрагманинг қизилўнгач чурраси. Бу беморларда клиник белгиларга асосан ретроспектив касаллик тарихлари юзасидан ва ҳозирги ҳолати юзасидан текширишлар олиб борилди.

II-асосий гуруҳ беморлар ($n=49$) ўткир тошли холецистит билан мурожаат қилиб келган ва шикоятларида асосий хуруж симптомларидан ташқари, узоқ вақт диспептик симптомлар билан аъзият чеккан беморларда, кўшимча равишда, юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилган ҳолда турли даражада ривожланган ДКТЧ бор беморлар ажратиб олинди.

Асосий ва энг характерли иккала гуруҳда ҳам 100% шикоятлар бу зарда қайнаши. Кейинги кўп учраган шикоятлар булар кекириш ва оғиз аччиқ бўлиши бўлиб иккала гуруҳда ҳам 80-90% беморлар орасида намоён бўлди.

Тадқиқотга киритилган барча беморлар патологик жараённи визуал равишда объективлаштириш учун эндоскопик аралашувга тайёргарлик кўришдан олдин ултратовуш текширувидан ўтказилди. Ушбу тадқиқотнинг асосий вазифалари ўт тошларининг ҳажми ва миқдори, тузилиши ва жойлашиши аниқлашда ёрдам берди.

Ультра товуш текширувидан кейин биринчи гуруҳдаги беморлар да ўткир тошли холецистит сабабли бажарилган холецистэктомиядан кейин ўткир оғриқлар бартараф қилинган, лекин вақт ўтиши билан юқорида келтирилган шикоятлар бартараф бўлмаган.

Шуни таъкидлаш керакки, эндоскопик текшириш усули ва полипозицион рентген текширувини диафрагманинг қизилўнгач чурраси ва рефлюкс эзофагитини ташхислашда энг маълумотли деб ҳисоблаймиз, чунки аксарият ҳолларда бу диафрагманинг қизилўнгач чурраси турини, рефлюкснинг баландлигини, асоратларини аниқлашга имкон беради.

Биринчи гуруҳ беморларда диафрагманинг қизилўнгач чурраси, рефлюкс - эзофагитга хос бўлган симптомларга алоҳида эътибор берилмаганлиги сабабли эндоскопик ва контраст рентгенологик текширишлар ўтказилмаган.

Иккинчи гуруҳ беморлари, ўткир тошли холецистит хуружли оғриқлари билан мурожаат қилган бўлсада, анамнездан рефлюкс– эзофагит симптомлари бор беморларни кўшимча равишда, эндоскопик ва рентгенологик текширишлар ўтказилиб 49 бемор диафрагманинг қизилўнгач чурраси ташхиси қўйилди.

Хулоса. Ўткир тошли холецистит билан мурожаат қилган беморларда узоқ вақт давомида сурункали тошли холецистит ва диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси касалликларига хос умумий диспептик симптомлардан иборат симптомокомплекс мавжуд. Беморларни даволашда операциядан олдинги даврда қизилўнгач тешиги чурраси, гастроэзофагал рефлюкс касаллигига шубҳа бўлганда кўшимча инструментал текширишлар ўтказиш керак.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЁШГА БОҒЛИҚ МАКУЛОДИСТРОФИЯ КЛИНИК КЕЧИШИНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Юсупов А.Ф т.ф.д профессор, Каримова М.Х т.ф.д профессор, Ахмедов Т.Б таянч докторант

Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургия илмий-амалий тиббиёт маркази

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг 3% (тахминан 170 миллион киши) гепатит С вируси билан касалланган бўлса, 85% ҳолларда касаллик сурункали жараёнга айланиб, 15-25 йил ичида жигар циррози ёки бирламчи жигар саратони билан яқунланади. Жигар организмдаги муҳим аъзо бўлиб, оқсил, углевод, витамин, ферментлар ва минераллар алмашувинида аҳамияти катта. Жигар тўр пардадаги биокимёвий реакциялар учун муҳим бўлган витамин А нинг депосидир. А витамини фаол ҳолатга келиши бевосита рух моддасига боғлиқдир. Жигар рух моддасини ўзида сақлаб, бутун организм бўйлаб тарқалишини идора қиладиган янога аъзодир.

Ёшга боғлиқ макулодистрофия аҳолини юқори ёшдаги қатламларида кўришнинг қайтариб бўлмас даражадаги шикастланиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади. Сурункали жигар касалликларида жигар ферментлари, аминокислоталар алмашуви, антиоксидантлар титрини ўзгариши ўз навбатида хороидеал васкулопатияга, бу эса ўз навбатида Брух мембранаси ва пигментли эпителий қаватида дегенратив ўзгаришларга олиб келади.

Тадқиқотнинг мақсади: Жигар циррози бўлган беморларда ёшга боғлиқ макулодистрофияни клиник кечишини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Жигар циррози билан касалланган 30 та бемор (60 та кўз) ва назорат гуруҳи 15 нафар ўрта ёшли соғлом одамлар текширилди. Жигарнинг функционал фаолиятини баҳолаш учун биокимёвий, ферментатив, лаборатор ва инструментал текширув ҳулосаларидан фойдаланилди. Стандарт офтальмологик текширувлардан ташқари, беморларда тунги кўриш фаолияти ва кўриш майдони текширилди. Барча беморларга ОКТ-Ангио текшируви ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Жигар циррози билан оғриган беморларни 35% ҳолларда кўрув майдонидаги торайиш ва 25% ҳолатда марказий кўришни бузилиши кузатилди. Гемералопия 45% беморларда кузатилиб, ҳар хил даражада намаён бўлди. ОКТ-Ангиография текширувида тўр пардада қаттиқ ва юмшоқ друзлар, макуладаги дегенратив ўзгаришлар, пигментли эпители қаватидаги дистрофик ўзгаришлар билан бар қаторда хориопатия ва хориоретинопатик ўзгаришлар кузатилди. Жигар циррозини оғир кўриниш ҳолатларида пигментли эпителий қаватини тўлиқ дистрофияси ва хориоидал неоваскулизацияни кузатилди. Бундай ҳолатда беморларнинг кўриш ўткирлиги, кўриш майдони ўзгаришлар, ҳамда никталопия билан бир қаторда метоморфобсия ҳам кузатилди. 65% ҳолларда визуал анализаторнинг қизил ва яшил рангларга лабиллигининг пасайиши аниқланди.

Хулоса. Беморларда қарилик макула дегенрациясини эрта ривожланиши жигар биоферментлари фаолиятига бевосита боғлиқ бўлиб, бир турдан иккнчи турга ўтиши 90-120 кун давомида ўтиши клиник текширувларда кузатилди.

KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI

Abduraxim Abduraxmanovich AVAZOV, Yoqubjon Erkin o'g'li XURSANOV
Samarqand Davlat tibbiyot Universiteti 2-son xirurgik kasalliklar kafedrasi assistentlari,
Samarqand, Uzbekistan.

Ilmiy rahbar: t.f.d. Shakirov B.M.

Maqsad: Ushbu tadqiqot chuqur kuyishlar bilan og'riqan bemorlarni, shuningdek kuyish kasalligi bilan asoratlangan termik travma bilan og'riqan bemorlarni erta jarrohlik davolash usulini bemorlar bilan solishtirganda, davolashning asosiy usullarini baholash. Jaroxat qoplamlari va inson teri xujayralaridan foydalanish asosida teri qoplamlarini tiklashning biotexnologik usullarini takomillashtirish asosida kuyishdan jabrlanganlarni davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Material va metod: 2019 yildan 2020 yilgacha RSHTYoIMSF tez tibbiy yordam kasalxonasi Kombustsiologiya bo'limida davolanayotgan turli lokalizatsiyadagi chuqur kuyish jarohati bilan og'riqan 43 nafar bemorni, shuningdek kuyish kasalligi bilan asoratlangan, MKB-10 tasnifi bo'yicha chuqur kuyish jarohati bilan og'riqan 14 nafar bemorni kompleks tekshirish va davolash natijalari tahlil qilindi. sog'liqni saqlash muassasasi Taqqoslash guruhi yoshi, jinsi, kuyishning og'irligi, shikastlanish chuqurligi bo'yicha taqqoslanadigan 27 bemordan iborat edi. Bemorlar 3 guruhga bo'lingan. Statistik ma'lumotlarni qayta ishlash Statistica 6.0 dasturiy paketi yordamida amalga oshirildi. Tarqatish Shapiro-Wilk testi (kichik namunalarda uchun) yordamida baholandi. Agar namunadagi qiymatlarning taqsimlanishi normal taqsimot qonuniga bo'ysunsa, keyin shunga o'xshash ma'lumotlar M - o'rtacha arifmetik va 95% IO - ishonch oralig'i (aholi o'rtacha oralig' bahosi) va normal taqsimot qonuniga bo'ysunmaydigan ma'lumotlar Me (median) va Pc (foizlar) yordamida tasvirlangan. Agar ushbu shartlar bajarilmasa, parametrik bo'lmagan Mann-Whitney U testi va Kolmogorov-Smirnov Z-testi qo'llaniladi. Agar namunalarda mustaqil bo'lsa va ikki guruhning 26 ta taqqoslashlarida foydalanilgan bo'lsa, Mann-Whitney testi qo'llaniladi. Barcha uch guruh Kraskes-Uollas statistik usuli yordamida baholandi. Ushbu tadqiqotda statistik gipotezalarni sinab ko'rishda muhimlik darajasi 0,05 ga teng bo'ldi.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi: Jins bo'yicha taqsimoti: erkaklar - 71 kishi (75,5%), ayollar - 23 (24,5%). Bemorlarning yoshi (Me 42 yosh (35 - 49,5)), 8 nafar bemor 60 yoshdan katta (8,7%). Kuyishlar olov (52%), issiq suyuqlik (15%), kimyoviy moddalar (15%), bug'(8%), qizdirilgan narsa bilan aloqa qilish (10%) natijasida yuzaga kelgan.

Ko'pincha, chuqur lokalizatsiya qilingan kuyishlar bilan og'riqan ayollarda pastki ekstremal jarohatlar, shu jumladan oyoq jarohatlari, erkaklar bilan solishtirganda, yuqori oyoq-qo'llarning shikastlanishi, shu jumladan qo'l jarohatlari ($Z = -2,24526$; $p = 0,025$). Chuqur jarohatlar maydoni 6-12% (M 9,14% (95% CI: 5,91%); 12,36%). Barcha bemorlar 4-8 kunlarda (M 6.525 (95% CI: 4.81; 8.24)) erta operatsiya qilindi. Erta nekrektomiya 3-5 kundan keyin umumiy maydoni 10% dan ko'p bo'lmagan terining bir vaqtning o'zida yoki kechiktirilgan plastik jarrohlik amaliyoti bilan ma'lum hayotiy bo'lgan nekrotik to'qimalarni kesishdan iborat. Umumiy namunada 14 bemor (24,5%) kuyish kasalligi bilan asoratlangan turli lokalizatsiyadagi chuqur kuyishlar bilan og'riqan bemorlarga to'g'ri keladi. O'lim kuyganlar orasida - 5,2% (3 bemor), chuqur kuyish maydoni - 30% dan ortiq. Jarohat kuchli kuyish kasalligi bilan murakkablashgan va nafas olish yo'llari aniqlangan distress sindromi. Miqdori operatsiyalar: bitta aralashuv - 50%, ikkita aralashuv - 18%, 3 yoki undan ortiq aralashuv - 32%. Kuyish kasalligi bilan og'riqan bemorlar, EN yordamida mahalliy chuqur kuyishlar va bemorlarda statistik jihatdan sezilarli farq bor bosqichli nekrektomiya kuygan yaralarni nekrolitik tayyorlash ($Z = -2,6473$; $p = 0,002287$) yotoq kunlari bo'yicha: Me 48 kun, Me 22 kun, Me 46 kun. Erta nekrektomiyadan keyingi asoratlari: anemiya - 5 bemorda (8,7%); trombotsitopeniya - 3 da, (5,2%); gematoma - 2 da (3,5%); qisman lizispayvand, talab qo'shimchaoperativ aralashuvlar - 7 bemorda (12,28%).

XULOSALAR: Kuyganlarni erta jarrohlik davolash bejiz emas. Shikastlanish davomiyligi oshgani sayin uni ishlatishning maqsadga muvofiqligi kamayadi. Qoniqarli tez va uzoq muddatli klinik natijalarga erishish faqat radikal, sog'lom to'qimalar chegarasida, kuyish nekrozini olib tashlash sharoitida mumkin. Erta nekrektomiya gemo va gomeostazni sezilarli darajada buzish xavfi bilan bog'liq juda shikastli operatsiya hisoblanadi.

KORONAVIRUS INFEKSIYASI PANDEMIYASI SHAROITDA JARROHLIK SHIFOXONASINING TAKTIKASI

Aliev X.S., Babadjanova Sh.U.

Muammoning dolzarbligi. 2019-yil 30-dekabrda Xitoyning Vuxan Jinyintan kasalxonasida “noma'lum etiologiyali pnevmoniya”ning birinchi holati tashxisi qo'yilganidan beri u keyinchalik og'ir o'tkir respirator sindromli koronavirus (SARS-CoV-2) deb tan olindi.

Yangi ming yillikda insoniyat hech kim bilmagan yuqumli kasalliklarga duch keldi. Vabo va tif o'rnini xavfli viruslar egalladi. Atrof-muhitning o'zgarishi, iqlimning isishi, aholi zichligining oshishi va boshqa omillar ularning paydo bo'lishiga olib kelisi va aholining yuqori migratsiya faolligi ularning butun dunyo bo'ylab tarqalishiga yordam berishi kuzatilmoqda. Darhaqiqat, infeksiyalar chegara bilmaydi. Bugungi kunda tibbiyot fani yangi viruslarning paydo bo'lish mexanizmlarini biladi, ayrim viruslarning klinik va epidemiologik xususiyatlari o'rganilgan, ammo shunga qaramay, har bir yangi yuqumli yoki virusli kasallik zamonaviy tibbiyot uchun jiddiy muammo bo'lishi mumkin. 2019-yil dekabr oyida yangi koronavirus keltirib chiqaradigan kasalliklarning paydo bo'lishi allaqachon xalqaro favqulodda holat sifatida tarixga kirgan. Bu pandemiyaning xususiyatlarini o'rganish, saboq olish, aholining biologik xavfsizligini ta'minlashdagi kamchiliklarni tahlil qilish zarur. Koronavirus holatida qarama-qarshilik misli ko'rilmagan darajada bo'ldi. Oldingi pandemiyalar bilan taqqoslanadigan miqyosda bunday holatga tibbiy muassasalar va ularning xodimlari yangi sharoitlarda ishlashga tayyor emas edi.

Ilgari ma'lum bo'lgan, ammo koronavirus sabab bo'lgan mutlaqo yangi kurs nozologiyalarning infeksiyasi, shuningdek, kasallikning yuqori yuqumliligi diagnostika va davolashga tegishli yondashuvlarni ishlab chiqishni talab qildi.

Epidemiyaga qarshi ish printsiplari va sanitariya qoidalariga sezilarli o'zgarishlar, kiritilmagan bo'lsada, sog'liqni saqlash muassasalarini yuqumli profilli bemorlar bilan ishlashga tezda o'tkazish tajribasi pandemiya ayniqsa qimmatli tajriba bo'lib xizmat qildi.

Ishning maqsadi koronavirus pandemiyasi sharoitida jarrohlik bo'limlarini ishlash tajribasi bilan tanishtirishdan iborat

Tadqiqotning material va usullari. O'tkir jarrohlik patologiyali bemorlarda yangi koronavirus infeksiyasini yuqtirish xavfi yuqori bo'lgan sharoitlarda davolash va diagnostika tadbirlarini o'tkazish xususiyatlarini o'rganish.

Natijalar va uning muhokamasi. Pandemiya sharoitida jarrohlik xizmatining yuki yuqori bo'lib qoladi. Epidemiyaga qarshi choralarga qat'iy rioya qilish zarurati, albatta, kasalxonaning kundalik ishida o'z izini qoldiradi, ammo bu ko'rsatilayotgan yordamning vaqti va sifatiga ta'sir qilmaydi. Barcha rahbarlar muassasa xodimlarining muassasaga kirishda gigiyena tartib-qoidalariga rioya qilishlarini, kontaktsiz qurilmalar yordamida tana haroratini nazorat qilishlarini, shuningdek, ishchilar kasallik holatlari kuzatilgan mamlakatlardan qaytganlarida ma'lum muddat davomida uyda o'zini izolyatsiya qilishlarini ta'minlashi kerak edi. Koronavirus infeksiyasi qayd etilganda dezinfektsiyalash vositalaridan foydalangan holda binolarni tozalash sifatini nazorat qilishni kuchaytirishga e'tibor qaratilmoqda. Bundan tashqari, barcha menejerlar besh kunlik ta'minotni ta'minlashlari kerak. Binolarni tozalash va xodimlarning qo'llarini qayta ishlash uchun dezinfektsiyalash vositalari, xodimlarni shaxsiy himoya vositalari bilan ta'minlash, belgilangan me'yoriy hujjat cheklash uchun nazarda tutilgan ko'p sonli xodimlar ishtirokida

jamoalarda har qanday tadbirlar, taqiq, epidemik kasallik davrida har qanday ommaviy tadbirlarda qatnashishni man etishni taqozo qiladi. Xodimlarni hududdan tashqariga har qanday xizmat safariga jo'natish taqiqlandi.

Kasalxonada pandemiya davrida koronavirus infeksiyasiga shubha qilingan jarrohlik, neyroxirurgik va travmatologik profildagi shoshilinch bemorlarni vaqtincha joylashtirish uchun qabul bo'limi negizida ikki o'rinli izolyatsiya bo'limi tashkil etilishi lozim. Og'ir va o'ta og'ir ahvoldagi bemorlar izolyatorga yotqizildi.

Olingan natijalar tahlili. Kasalxonaga yotqizilgan barcha bemorlar, hatto qabul bo'limi bosqichida ham, qondagi o'ziga xos M va G immunoglobulinlarining tarkibi uchun ekspresstestdan o'tishi lozim. Ijobiy natijalarga erishgan bemorlar kuzatuv xonasiga yotqiziladi. Izolyatsiya bo'limida tibbiy yordam ixtisoslashtirilgan bo'lim shifokori tomonidan amalga oshiriladi reanimatolog bilan birgalikda kichik yoshdagi o'rta tibbiyot xodimlari majburiy jalb qilish kerak. Tibbiy yordam ko'rsatishning belgilangan tartibi barcha zarur asbob-uskunalar, sarf materiallaridan foydalanish, diagnostika tadbirlarini amalga oshirish (rentgen, ultratovush, endoskopik tekshiruvlar, biologik suyuqliklardan namuna olish) ni o'z ichiga oladi. Kuzatuv bo'limlarida tibbiy yordam jalb qilingan holda amalga oshiriladi. Kuzatuv bo'limlarida barcha diagnostika tadbirlari (rentgen, ultratovush, endoskopik tekshiruvlar, biologik suyuqliklardan namunalar olish) davolovchi (navbatchi) shifokor tomonidan belgilangan tartibda o'tkaziladi. Operatsiya xonasida maksimal shamollatish tibbiyot xodimlarini virus infeksiyasidan himoya qilishga imkon berishini ta'minlaydi. Operatsiya davomida bemorning tana suyuqliklari bilan aloqa qilishni minimallashtirishga harakat qilish kerak.

Izolyatsiya va kuzatuv bo'limlarida bo'lgan barcha bemorlar koronavirus infeksiyasi tashxisini qo'yish uchun biomateriallar olinadi, tekshirish natijalari olinganidan keyin keyingi bo'lish joyi to'g'risida qaror qabul qilinadi. Qabul bo'limi va kuzatuv xonalarida ish boshlashdan oldin barcha xodimlar shaxsiy himoya vositalarini kiyish va yechish texnikasini o'zlashtirish bo'yicha qattiq tayyorgarlikdan o'tkazildi. Shu bilan birga, o'zgarish kuzatuv bo'limlarida ishlash toza zonada ishlaydigan smenaga to'g'ri kelmaydi. Har bir smenani tayyorlash, tekshirish va dezinfeksiya qilish guruhlarida amalga oshirildi, kuzatuv kameralari yordamida kirishni cheklashdan iborat. Smenaning tugashidan oldin, xodimlar infeksiyani oldini olishga yordam beradigan to'liq dezinfeksiyani amalga oshirishi lozim.

Barcha tibbiyot xodimlari har hafta koronavirus infeksiyasi uchun tezkor tekshiruvdan o'tadilar, kasallik belgilari aniqlanganda tibbiyot xodimi zudlik bilan izolyatsiya qilinadi, PCR uchun material olinadi. Barcha xodimlar 2-darajali himoya vositalaridan foydalanadilar, shu jumladan bir martalik tibbiy qalpoq, tibbiy himoya niqobi, ish formasi, bir martalik tibbiy himoya formasi, bir marta ishlatiladigan lateks qo'lqoplar, ko'zoynaklar.

Xulosalar. Kasalxona ishini yanada optimallashtirish maqsadida bemorlarni to'g'ri yo'naltirish, koronavirus infeksiyasining ishlab chiqilgan ikki bosqichli diagnostikasini saqlab qolish, epidemiyaga qarshi choralarga qat'iy rioya qilish zarur, deb hisoblaymiz. Me'yor va qoidalar, aholi bilan sanitariya-ma'rifiy ishlarni olib borish. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, epidemiyaga qarshi kurashda sog'liqni saqlash muassasalari rahbarlarining roli kata va ularning tarkibiy bo'linmalari. Mehnatni to'g'ri tashkil etish, tibbiyot xodimlarining vijdoni va intizomi bilan uyg'unlashgan holda epidemiyaga barham berish imkonini beradi.

YURAK CHAP QORINCHASI FRAKTSIYASI PAST BO'LGAN BEMORLARDA AORTA-KORONAR SHUNTLASH AMALIYOTI NATIJALARINI BAHOLASHDA PERFUZION MSCTNING ROLI.

Axmedov U.B., Djurayeva N.M., Kenjayev F.H., Xaliqulov X.G., Chernov D.A.
Akademik V.Vaxidov nomidagi respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi: MSCT miokard perfuziyasi yordamida aorta-koronar shuntlash natijalarini o'rganish, shuningdek, past fraksiyali yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash taktikasini tanlashda usulning rolini baholash.

Materiallar va metodlar: akad. V.Vohidov nomidagi “Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya markazi” Yurak ishemik kasalligi va uning asoratlari” bo'limida, 2018-2023 yillar davomida 2000 dan ortiq aorta-koronar shuntlash operatsiyalari amalga oshirildi. Ulardan 30 nafar bemorda (o'rtacha chap qorincha fraksiyasi 33,2%) standart tekshiruvga qo'shimcha ravishda, MCKT (Toshiba, Aquillion one) yordamida qo'l vena tomiriga kontrast (Unigexol-350) yuborish yo'li bilan yurak va koronar arteriyalarni hajmli skanerlash (miokard perfuziyasi) ni o'rgandik. Tekshiruv ikki fazada: 1) stress (yuklamali) stress agenti ATF kiritish fonida va 2) rest (dam olish) fazasida bajarildi. Tomogrammalarning miqdoriy tahlili uchun miyokardning qayta tiklangan tomografik tasvirini qutbli xaritalash usuli (“buqa ko'zi”) ishlatilgan, bunda chap qorincha miyokardi 17 segmentga bo'linadi, kontrastning turli xil to'planishiga qarab segmentlarda perfuziya baholanadi (endokardning epikardga qarab qon bilan ta'minlanishining - transmural perfusion ratio (TPR) nisbatida aniqlanadi. Tekshiruv bemorlarda operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyin 5-kuni, shuningdek, operatsiyadan keyin 30-kuni o'tkazildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $64,4 \pm 3,8$ yoshni tashkil etdi. Jarrohlikdan oldin miyokard perfuziyasi natijalariga ko'ra, bemorlar ikki guruhga bo'lindi: I guruh - stress agentini qo'llashda perfuziya nuqsoni(defekt) bo'lgan va rest (dam olish) fazasida miokard perfuziyasi tiklanishi yoki qisman tiklash kuzatilgan 18 bemor; II guruh - stress agentini qo'llashda perfuziya nuqsoni(defekt) bo'lgan va rest (dam olish) fazasida miokard perfuziyasi tiklanmagan 12 bemor. Yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorlarni tahlil qilganda, I guruhdagi 9 (50%) bemorlarda va II guruhdagi barcha bemorlarda infarktdan keyingi kardioskleroz aniqlangan. Ekokardiyografiya ma'lumotlariga ko'ra, birinchi guruhda jarrohlikdan oldin chap qorincha fraksiyasi $34,1 \pm 0,9\%$, operatsiyadan keyin $42,1 \pm 0,8\%$, ikkinchi guruhda operatsiyadan oldin $32,2 \pm 1,2\%$, operatsiyadan keyin $35,7 \pm 0,6\%$. Operatsiyadan 3 oy o'tgach, qayta tekshiruvda I guruhda 2 ta holatda (11,1%) va II guruhda 6 bemorda (50%) NYHA bo'yicha yurak surunkali yetishmovchiligi III funksional sinf holati aniqlandi. Shuningdek II guruhdagi 3 bemorda yurak zo'riqish stenokardiyasi II-III funksional sinfi qayd etildi.

Natijalar: Barcha bemorlarda sun'iy qon aylanish sharoitida aorta-koronar shuntlash operatsiyasi o'tkazildi. I guruhda sun'iy qon aylanish vaqti $91,1 \pm 14,4$ minut, II guruhda $70,4 \pm 12,8$. I guruhdagi bemorlarning revaskulyarizatsiya(shunt) indeksi $2,9 \pm 1,1$, II guruhda $2,0 \pm 1,01$. Jarrohlikdan 5 kun o'tgach I guruh bemorlarida amalga oshirilgan miyokard perfuziyasi natijalarini tahlil qilganda, 9 (50%) holatda operatsiyadan oldingi tadqiqot davomida aniqlangan perfuziya nuqsoni (defekti) bor segmentlarda TPRning ijobiy dinamikasi qayd etilgan. Operatsiyadan keyingi 30-kuni I guruhdagi 16 (88,9%) bemorlarda TPRning ijobiy dinamikasi qayd etildi. II guruhdagi miyokard perfuziyasini o'rganish natijalarini tahlil qilganda, 5-kuni TPRning ijobiy dinamikasi faqat 2 bemorda (16,7%) va operatsiyadan keyingi 30-kundagi 5 bemorda (41,66%) ijobiy dinamika qayd etilgan.

Xulosa: Yurak chap qorincha fraksiyasi past bo'lgan bemorlar aorta-koronar shuntlash operatsiyasi davrida asoratlar rivojlanishi xavfi yuqori bo'lgan guruh hisoblanadi. Bemorlarning ushbu guruhini davolash taktikasini tanlash va jarrohlik amaliyoti samaradorligini baholash katta

ahamiyatga ega. MCKT miokard perfuziyasini tekshirish usuli, yashovchanlik qobiliyatini saqlagan miyokard hajmini ob'ektiv aniqlashga, koronar arteriyalarni holatini baholashga va revaskulyarizatsiya(shuntlash) hajmini tanlashga imkon beradi.

SAMARQAND VILOYATIDA APPENDIKSNING YALLIG'LANISHINI TAHLIL QILISH

Farmonova Ruxshona Farruxovna
SamDTU,Pediatric fakulteti 204-guruh talabasi

Dolzarbli. Appenditsit – oshqozon-ichak tizimining eng keng tarqalgan jarrohlik kasalligi va eng xavfli kasalliklardan biri. Hayot davomida kishi o'tkir appenditsit bilan kasallanish ehtimoli juda yuqori. Appenditsit ichakning pastki qismida joylashgan chugalchangsimon o'simta – appendiksning yallig'lanishidir. Katta yoshdagi odamlarda appenditsitning sabablari hali to'liq aniqlanmagan. Biroq olimlar, barcha bemorlarga umumiy bo'lgan appenditsitning yagona sababi yo'qligini ta'kidlashadi. Har bir bemorning o'ziga xos sabablari bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda appenditsitga appendiksning kirish qismining yopilib qolishi sabab bo'ladi. Yopilib qolish sabablari tulicha bo'lishi mumkin- naychga toshlari yoki yot jismlarning kirishi. Xolesistit yoki enterit tufayli appendiksning yuqori qismining bosilishi natijasida yuzaga keladigan yopishishlar ham yopilib qolishiga sabab bo'lmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Samarqand viloyatida appenditsitning uchrash chastotasini, sabablarini va bolalar yoshi o'rtasida uchrash nisbatlarini tahlil qilish.

Material va uslublar. Tadqiqot o'tkir appenditsit bilan kasallangan 40 nafar 2 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bemor bolalar ustida olib borildi. Shulardan 22 tasi o'g'il bolalar, 18 tasi qiz bolalar. Kasallangan bolalarda appenditsitning turli lokalizatsiya va peritonit shakllari aniqlandi. Bular: 13 tasida mahalliy peritonit, 25 tasida diffuz peritonit, 2 tasida total (umumiy) peritonit. Klinik anamnestik ma'lumotlar 40 nafar onalar so'rovnomasidan olindi.

Maxsus tekshiruvlar: Laborator tekshiruvlar: umumiy qon tahlili, siydik tarkibi tahlili, Kompyuter tomografiyasi, Ultratovush tekshiruvi, Magnit-rezonans tomografiyasi, Rentgen tekshiruvi.

Klinik tekshiruvlar:Kocher simptomlari, Rovsing sindromi, Sitkovskiy (Rozenstejn) simptomi

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotda o'rganilgan 40 nafar o'tkir appenditsitga uchragan bemorlarda kasallikning kelib chiqish sabablari turlichaligini diagnostika va laborator ko'rsatkichlaridan aniqlandi. Bunda 7 ta bemorlarda oilaviy sharoitining og'irligi sababli va 15 ta chekka tumanlardan ekanligi sababli shifokorga kech murojaat qilganligi tufayli oddiy appenditsitni vaqtida aniqlamay o'tkir appenditsitga chalingan. 40 nafar bemordan 23 nafari maktab bolalari bo'lib, shularda 9 nafari qattiq yerga yiqilish va turli zo'riqish natijasida kelib chiqqan. Qolgan 12 ta maktab yoshidagi bolalarda appendiksning kirish qismiga yot jism kirganligi sabab bo'lgan. 2 nafar bemorda esa me'da-ichak tizimining turli xil yuqumli kasalliklari natijasida kelib chiqqan. O'tkir appendiksiga uchragan bemorlarning 70-90%ida qon tarkibidagi leykositlarning normadan oshganligi kuzatildi.

Xulosa: Biz o'z tadqiqotimiz natijasida shuni bildikki, o'tkir appenditsit bu xavfli kasallik bo'lib odam hayotiga katta xavf tug'diradi. Agar shoshilinch jarrohlik amaliyoti qilinmasa bemor hayotini tugashiga ya'ni o'limga olib kelishi mumkin. Bu kasallik turli yot jismlarning appendiks kirish qismida to'planib qolishi yoki turli bakteriyalar va boshqa omillar natijasida kelib chiqadi degan xulosaga keldik.

O'TKIR PARAPROKTITDA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI SAMARADORLIGINI BAXOLASH.

F. D. Ikramova., X.T. Musashayxov., S.Z. Salaxidinov., M.A. Teshaboeva.
ADTI. UMUMIY JARROXLIK VA TRANSPLANTOLOGIYA KAFEDRASI

Tadqiqot maqsadi. O'tkir paraproktitni davolash natijalarini yaxshilashga qaratilgan xirurgik chora-tadbirlar kompleksini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. Tadqiqot uchun ADTI klinikasi proktologiya bo'limiga kelgan, o'tkir paraproktitning turli klinik shakllari bilan og'rikan 150 nafar bemorni davolash natijalari keltirilgan. O'tkir paraproktitli bemorlarni jarrohlik amaliyotiga tayyorlash tashxis qo'yilgandan so'ng darhol boshlanadi va shoshilinch jarrohlik aralashuvi rejalashtiriladi. Barcha bemorlarga umumiy qon, siydik tahlili, o'pka rentgenografiyasi, EKG va anesteziolog ko'rigi o'tkaziladi. Yo'ldosh kasalliklar, og'ir intoksikatsiya bilan og'rikan bemorlarga terapevtik va dezintoksikatsion davo kompleksi (terapevt, endokrinolog maslahati, infuzion terapiya) o'tkazildi. Operatsiyadan oldin medikamentoz premedikatsiya o'tkazilib, bemor ginekologik kresloga yotqiziladi. Biz kuzatgan barcha bemorlarda spinal anesteziya ostida radikal operatsiya qilindi.

Asosiy guruh 88 (58.6%) nafar bemordan iborat. Ularda jarrohlik usulini tanlash va perineal yaralarni davolashda differentsial yondashuv amalga oshirildi. Nazorat guruhi 62 (41.3%) bemordan iborat edi.

Klinik, fizik (sfinkterometriya) va sitologik tekshiruv usullari qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari va xulosalar. Asosiy guruhdagi 88 (58.6%) nafar bemorlarda operatsiya usulini tanlashda nafaqat sfinkterga nisbatan birlamchi yiringli teshik joyining joylashishiga, balki perifokal yallig'lanish, yiringli jarayonning tarqalishi, to'g'ri ichak devoir va atrofidagi to'qimalar holati hisobga olindi.

Ushbu tamoyilga ko'ra, asosiy guruhdagi bemorlar 3 guruhga bo'lindi.

Birinchi guruhni "birlamchi oqma" ya'ni sfinkterning yuzaki qismlarini egallagan o'tkir teri osti va ishiorektal paraproktitning intra va transsfinkteral joylashuvi bilan 34 (38,6%) bemor tashkil qildi.. Ushbu bemorlarda o'tkir paraproktitni ochish, ichki teshigini yo'qotish tashixi bajarildi. Yiringli bo'shliq 3% vodorod peroksid, gipertonik eritma va dekan eritmalari bilan sanatsiya qilinib, "Oflomelid" yoki "Levomikol" malhamlari bilan bog'lam qo'yildi. To'g'ri ichakka gaz chiqaruv naychasi kiritildi.

Ikkinchi guruh 10 (8.8%) nafar bemordan iborat bo'lib, "birlamchi oqma" sfinkter tolalarining katta qismini egallagan holda transsfinkteral va ekstrasfinkteral joylashgan. Bu bemorlar ikki bosqichda operatsiya qilindi. Birinchi bosqichda yiringni ochish va drenajlash amaliyoti bajarildi. Ikkinchi bosqich 5-6 kundan so'ng amalga oshirildi. To'g'ri ichakdagi ichki teshik Jad-Roble operatsiyasi bo'yicha shilliq qavatni siljitish orqali berkitildi. Jarohatlarni tikishda ketgut iplaridan foydalanildi. To'g'ri ichakka malhamli tampon va gaz chiqarish naychasi kiritildi.

Uchinchi guruhni "birlamchi oqma" transsfinkteral va ekstrasfinkteral joylashgan qaytalanuvchi paraproktit bilan og'rikan 15 (17%) nafar bemor tashkil etdi. Ulardan 5 (33.3%) nafar bemorda transsfinkterik joylashgan, paraproktitni to'g'ri ichak bo'shlig'iga ochish operatsiyasi o'tkazildi. Chuqur takroriy paraproktit bilan og'rikan 7 (46.6%) bemorda birinchi bosqichda yiringli bo'shliqni ochish va drenajlash qilindi. 5-6 kundan keyin Jad-Roble operatsiyasi o'tkazildi. 3 (20%) bemorda o'tkir ekstrasfinkteral paraproktit kuzatildi. Bu bemorlarda yiringli bo'shliq ochildi va to'g'ri ichak ichki teshigi orqali ligatura o'tkazildi.

Nazorat guruhi radikal jarrohlik amaliyotini o'tkazgan o'tkir paraproktitli 62 (41.3%) nafar bemorlardan iborat edi. Ushbu bemorlarni davolashda ikki xil jarrohlik yordami qo'llanilgan: yuzaki paraproktitli 38 (61.3%) nafar bemorda "birlamchi oqma" yo'lining transsfinkterik

joylashuvi bilan ishiorektal paraproktit bo'yicha operatsiya qilingan va 9 (14.5%) nafar bemorda anal sfinkterning kichik bir qismida paraproktitni ochish operatsiyasi amalga oshirildi. Yiringli yo'lining ekstrasfinkterik joylashuvi bilan o'tkir paraproktitning ishiorektal va tospelviorektal shakllarida 15 (24.2%) bemorda to'g'ri ichak devoridagi ichki teshik orqali bir vaqtda bog'lash bilan xo'ppoz ochilgan.

Operatsiyadan keying davrda davolash samaradorligi yarani tozalanishi, granulyatsion to'qima paydo bo'lishi va epitelizatsiyada jarayoniga qarab aniqlanadi.

Asosiy guruhdagi bemorlarda operatsiyadan so'ng antibiotik terapiya, vitamin terapiya, og'riq qoldiruvchi preparatlar bilan birgalikda fizioterapevtik muolajalar ya'ni Ultra Yuqori Chastotali magnitoterapiya (UyuCh terapiya) muolajalari o'tkazildi. Regenerativ jarayonlarni kuzatish shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan keying 3-kuni davo muolajalari UyuCh terapiya bilan to'ldirilgan bemorlarda tozalanish va granulyatsion to'qima shakllanishi tezroq amalga oshdi, perifokal reaksiya kamroq kuzatildi. Nazorat guruhida bu o'zgarishlar 6-7 kunlarda sodir bo'ldi. Nazorat guruhidagi bemorlarda yaraning to'liq tozalanishi 7-kuni sodir bo'ldi, granulyatsiyalar 5-6 kun ichida paydo bo'ldi, epitelizatsiya 9-10 kun. Asosiy guruhda mos ravishda: tozalash 4-5-kun, granulyatsiya 4-kun, epitelizatsiya 7-kun.

Uzoq muddatli natijalar shuni ko'rsatdiki asosiy guruhdagi 88 nafar bemordan 3 (3.4%) nafar bemorda kasallik qaytalanishi, 2(2.2%) bemorda esa I-II darajali anal sfinkter yetishmovchiligi kuzatildi. Nazorat guruhidagi 62 bemordan 8 (13%) bemorda kasallikning qaytalanishi, 6 (9.6%) bemorda I-II darajali anal sfinkter yetishmovchiligi, 10 (16%) nafar bemorda anusda noqulaylik paydo bo'ldi

Xulosa:

1. O'tkir paraproktitni kompleks davolash (operativ, konservativ, fizioterapevtik),
2. Kasallikning qaytalanish va asoratlar sonini kamaytirish
3. Anal sfinkter yetishmovchiligining paydo bo'lishini oldini olish.

BOLALARDA YUZ SOXASINING YIRINGLI YALLIG'LANISH KASALLIKLARIDA CHANDIQLANISH SABABLARI

**Karimov A.Y., ToshPTI Pediatriya fakul'teti, 603-guruh
Ilmiy rahbar: dotsent Chuliev M.S.**

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti, Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrası

Tadqiqotning dolzarbligi: ushbu tadqiqotda yiringli yallig'lanish kasalliklarida yuz – jag' sohasidagi jaroxlik aralashuvlaridan keyin, chandiqlanishga sabab bo'luvchi omillarni o'rganish.

Maqsad: bolalarda yuz - jag' soxasida bo'ladigan yiringli yallig'lanish kasalliklarida, kesimlardan keyingi bo'ladigan qo'pol chandiqlanishlarda tana to'qmalarining ta'sirini o'rganish.

Tadqiqotning yangiligi: yuz - jag' soxasida yiringli yallig'lanish kasalliklarida, jarrohlik kesimlardan keyingi bo'ladigan bitishmalarning xosil bo'lishini o'rganish, shuningdek, erta belgilari bo'lganida oldini olish chora tadbirlarini qo'llash va chandiqlangan xollarda, yuz sohasi to'qimalarining bitishma bo'lishiga ta'sirini aniqlash. Jarrohlik aralashuvlarga eng kam shikast yetkazadigan yondashuvlarni ishlab chiqish orqali tanadagi chandiqlanish jarayonini kamaytirish.

Muammo: bitishma reaksiyasi yuz sohasi to'qimalarida jarrohlik aralashuvlaridan keyin yuzaga keladi. Chandiqlanish jarayonini boshlaydigan omil bu to'qimalarning butunligining buzishdir. Bunga javoban teri – teri osti, qon – limfa tomirlari va to'qimalar butunligining qo'polravishda buzilish va keying davolash davridagi qo'llaniladigan turli dori vositalarining ta'siridir. Shu bilan birga, tomir hujayralari bo'linishni boshlaydi, shikastlangan joyda ko'plab yangi kapillyarlarni hosil qiladi. qondagi doimo himoya oqsillari - antikorlar mavjud, ular vazifasi

begona agentlarga qarshi kurashadi, shuning uchun rivojlangan qon tomir tarmog'i mumkin bo'lgan infeksiya uchun qo'shimcha to'siq bo'ladi

Ushbu o'zgarishlar natijasida, shikastlangan yuzada granulyatsion to'qima o'sadi. U juda nozik, shu sababli jaroxat chetlarini etarlicha mahkam bog'lamaydi. Har qanday, hatto kichik bir harakat bilan ham, ular ochilib ketishi mumkin. Natijada qon va limfa oqimiga infeksiya toksinlarining ta'siri, bir qator stress gormonlari o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bu yallig'lanish jarayonining klassik belgilarini hosil qiluvchi - tomirlar kengayishini keltirib chiqaradi va qon tomirlarining o'tkazuvchanligini oshiradi. Yallig'lanish reaksiyasini qo'zg'atadigan jarrohlik jarohatidan ortiqcha yallig'lanishli impulslarning paydo bo'lishi bilan bog'liq bo'ladi.

Bunday xollarda jarrohlik kesimi juda muhim – kesish paytida teri – teri osti toqmalari qanchalik qo'pol ravishda kesilib – jaroxatni kengaytirish muxim ahamiyat kasb etadi. Shuningdek, to'g'ri chandiqlik shakllanishi uchun ehtiyotkorlik bilan gemostaz (qon ketishini to'xtatish) va kerak bo'lganda drenajlash (ortiqcha yiringni olib tashlash) muhimdir. Jaroxat soxasidagi yallig'lanish tufayli keloid chandiqlik paydo bo'ladi. Bunday jarayon tanada kollagen ishlab chiqarish uchun mas'ul bo'lgan ferment miqdori ko'paygan bemorlarda sodir bo'lishi mumkin. Tibbiyotda "chandiqlik" va "chandiqlik" tushunchalari jarrohlik yoki mexanik shikastlanishdan keyin biriktiruvchi to'qimalarning zich shakllanishini bildiradi. Chandiqlik yoki chandiqlik to'qimalarning yangilanishidan keyin o'ziga xos "qulf" vazifasini bajaradi. U asosan kollagen iborat. Va u faqat bitta funktsiyaga ega - tirik to'qimalarni biriktirishdan iborat. Chandiqlik yoki chandiqlik yara bitgandan keyin hosil bo'lgan, seziladigan teri yuzasidagi soch follikulalari va teri bezlarining qo'pol biriktiruvchi to'qimasi.

Haddan tashqari shish, gematoma, infeksiya, oddiy chandiqlikni buzadi va og'ir chandiqliklar xavfini oshiradi. Ushbu davrda yana bir tahdid - bu jaroxatdagi ajralmaning (yiringli, eksudat, transudat va boshqa) turiga reaksiyasi bo'lib, u odatda mahalliy shish shaklida namoyon bo'ladi. Bu chandiqliklar og'rimaydi va qichimaydi. Ammo, yuz soxasining ko'rinadigan qismida joylashganida, kosmetologik va psixologik noqulaylik tug'dirishi mumkin. Bu kasallikning muammosi shundaki, u o'z-o'zidan so'rilib ketmaydi.

Xulosa: tadqiqot natijalariga ko'ra chandiqliklanishning sabablari, mexanizmlari va jarrohlik stress ta'sirining namoyon bo'lishi xolatlari aniqlandi. Tahlillar va olingan ma'lumotlarga asoslanib, shunday xulosaga kelish mumkinki, chandiqliklanish yuz - jag' sohasidagi yiringli yallig'lanishlarning tarqoqligiga, jarrohlik aralashuvlariga, kesimlar va keyingi bosqichlardagi davo muolajalarini bajarishdagi xatoliklarga bog'liq ma'lum bo'ldi.

BOLALARDA TUG'MA PILOROSTENOZNING OPERATIV DAVOLASHDA LAPAROSKOPIK PILOROMIOTOMIYANING AHAMIYATI

Karimov A.Y., Tilalov O'.H.,

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti Fakul'teti bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti

Mavzuning dolzarbligi – Bolalar kasalliklari orasida tug'ma pilorostenozning davolashda zamonaviy usullarini ishlab chiqish talablarining ortishi

Ishning maqsadi - tug'ma pilorostenozning operativ davolashda laparoskopik piloromiotomiyaning klinik ahamiyatini aniqlash va davolashning optimal algoritmini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. Tadqiqot uchun ToshPTI klinikasi, Respublika perinatal markazi qoshidagi neonatal xirurgiya o'quv davolash metodik markazida jami pilorostenoz kasalligi aniqlangan va tekshirilgan 284 - ta bolalarda o'tkazildi.

Natijalar. Klinikada 2017-yildan 2023-yilgacha jami klinikaga murojat qilgan 284 ta boladan 230-tasi o'g'il bolalar (81%), 54 nafari qiz bolalar (19%) tashkil qildi. Ulardan 1-2 haftalik bolalar 54 ta (19%), 3-4 haftalik bolalar 121-ta (42.6%), 82 nafari 1-2 oylik (28.8%) va

23 tasi 3-4 oylikdan kotta (8.1%) bolalar tashkil qildi. Maskur bemor bolalardan 82 nafarida Frede-Ramshtedt usuli bilan, 126 ta bemor bolarda esa laparoskopik pilorotomiotomiya operatsiyasi bajarildi. Frede-Ramshtedt usuli bilan piloromiotomiya operatsiyasi o'tkazilgan bemor bolalarda operatsiya uchun o'rtacha 30-40 daqiqa vaqt ketishi kuzatildi. Operatsiyadan so'ng 12-ta bemor bolalarda operatsiya sohasi qizarish aniqlandi, 6-ta bemorda 2 kun davomida isitma kuzatildi va bartaraf qilindi. Laparoskopik piloromiotomiya operatsiyasi o'tkazilgan 126-ta bolalarda ijobiy natijalar kuzatildi, asoratlari aniqlanmadi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi 7-10 minutni tashkil qildi. Operatsiyadan so'ng 2-ta bemor bolalarda 1 kun davomida (37.2°C) isitma holati aniqlandi va bartaraf qilindi.

Xulosa. Tug'ma pilorostenoz kasalligi bilan og'rigan bemorlarda o'tkaziladigan laparoskopik piloromiotomiya usuli Frede-Ramshtedt usuliga qaraganda samarali va asoratlari kam kuzatiladi.

2. Laparoskopik piloromiotomiya 7-10 minut vaqt ichida amalga oshiriladi. (Frede-Ramshtedt usulida 30-40 daqiqada bajariladi).
3. Laparoskopik piloromiotomiya usuli kam invaziv va qulay bo'lib, to'qimaga ortiqcha chok tushishini oldini oladi.

BOLALARDA O'PKA EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK USULINING TAKTIKASI.

Karimov A.Y. Tilavov O'.X.

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti, Fakul'tet bolalar xirurgiyasi kafedrası

Dolzarbli: Maskur muammo bolalarda o'pkaning bir yoki ikki tomonlama exinokokkozini jarrohlik usulida davolashda samarali usulini klinik tahlildan o'tkazish ba'zi asoratlarni oldini olish borasida so'z boradi. Bolalarda ikki tomonlama o'pka exinokokkozida bir bosqichli exinokokk tomoyaga nisbatan cheklangan munosabat, birinchi navbatda, jarrohlik yondashuvlarning shikastlanishi va operatsiyadan keyingi davrda nafas va yurak yetishmovchiligi xavfi bilan bog'liq.

Materiallar va usullar. 17 nafar bemor bolalarda o'pkaning ikki tomonlama exinokokkozi bilan tashxis qo'yilgan va jarrohlik usuli bilan davilangan, ulardan 4 nafari asoratlanli shaklda. Bemor bolalar asosan 8 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan. Bir tomonlama exinokokk 13 holatda, ikki tomonlama exinokokk 4-ta bemorda aniqlangan.

Tadqiqot natijalari: Jarrohlik usulida davolash quyidagicha jarayonlardan iborat bo'lgan: ikki tomonlama bir kistali exinokokk anatomik joylashishiga, kista hajmiga va asoratlarning mavjudligiga qarab tekshirildi. O'pkada kattaroq o'lchamli exinokokk kistalari bo'lsa, gidatidning ko'payishi natijasida yot jismga o'xshab, o'pka to'qimalarining mexanik siqilishi va proliferativ yallig'lanish ko'rinishida organizmning stereotipik reaksiyasi rivojlanadi. Shuningdek, tomirlar va bronxlarning deformatsiyasi kuchayadi. Shuning uchun bunday kistalar bemor bolalar uchun xavf tug'diradi va jarrohlik yo'li bilan olib tashlanadi.

Jarrohlik taktikasi ikki bosqichli bo'lib, birinchi navbatda kistalar soni va hajmi aniqlanadi. Ikkinchi navbatda, kista sohasi kesma yo'li bilan ko'krak qafasi ochiladi. O'pkaning ko'p ikki tomonlama exinokokkozining asoratlari mavjud bo'lganda, birinchi navbatda, asoratlari tomonida jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. 13 ta bemorda organlarni saqlovchi operatsiyalar, 1 ta bemorda chap o'pkaning yuqori bo'lagining rezektsiyasi va 3 ta holatda o'ng tomonda yuqori bo'lak lobektomiyasi o'tkazildi. 2 ta bemorda (11,7%) o'pka to'qimalarining infiltratsiyasi kuzatildi.

Xulosa: Shunday qilib, shuni ta'kidlash kerakki, bolalarda bir va ikki tomonlama o'pka exinokokkozining klinik asoratlari davolash usullariga radikal, tejamkor va organlarni shikastlanishdan himoya qilishda jarrohlik usuli bilan yondashuv nuqtai nazaridan hal qilinishi kerak.

BOLALARDA PIOPNEVMOTORAKSLARNI DAVOLASH

Karimov R.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali
Bolalar jarroxligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrası

Piopnevmoreaks destruktiv pnevmoniyaning pleural asoratli turlaridan biri bo'lib, bunda pleura bo'shlig'ida havo va yiring to'planishi bilan xarakterlanadi. Kasallikni kechishini inobatga olib, bunda o'z vaqtida ratsional adekvat xirurgik davolashni talab qiladi. Piopnevmoreaksni davolashda kasallikka erta tashxis qo'yish pleural bo'shliqni o'z vaqtida to'g'ri va adekvat drenajlashga bog'liq.

Klinik-rentgenologik tekshiruvlar natijasiga ko'ra piopnevmoreaksda o'pkaning bronxopleural oqma bilan zararlangan soxasi pleural bo'shliqdagi suyuqlik satxidan yuqorida bo'lishi aniqlandi. Shuning uchun pleural bo'shliqdagi havo va yiringni to'liq evakuatsiya qilish uchun pleural bo'shliqni yuqoridan Seldinger bo'yicha punktsiya qilib ingichka kateter o'rnatish, pastki qismidan drenajlash o'tkazish maqsadga muvofiq topildi. Bunda yuqoridagi kateterdan pleuraldagi havo chiqib va undan pleural bo'shliqni yuvish uchun dezinfektsiyalovchi suyuqlik (furatsillin, dekan) yuborildi.

Material va usullar. Viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi yiringli jarroxlilik bo'limida 2019-2021 yillarda 23 bemor piopnevmoreaks bilan davolandi. Bunda rentgenologik ma'lumotlarga asoslanib yuqoridagi usul bo'yicha drenajlashdan keyingi 1-soatlardan boshlab 19 bemorda axvolining tez yaxshilanishi kuzatildi, 3 bemorda katta bronxial oqma bo'lganligi uchun o'pka yozilish 2-3 kundan keyin kuzatildi. 1 bemorda o'pkaning yozilishi davolashning kechki davrlarida kuzatildi. Bu drenajlash usuli bilan davolashda bemorlarni kasalxonada davolanish muddatlari qisqarishiga erishildi.

Xulosa. Shunday qilib, o'pkani zararlangan joyini e'tiborga olib drenajlash pleural bo'shliqdan yiring va havoni tez evakuatsiyasiga olib keladi, o'pkani yozilishini tezlashtiradi. Bunda o'pkadagi zararlangan o'choq to'liq tozalanib bronxopleural oqmalar tez bitishiga erishildi.

NOZIK MASALANING ORIGINAL YECHIMI

¹Madiyev R.Z., ²Musayeva Sh. Z., ¹Abraqulov I. R., ¹Qurbonova M. T.

¹Toshkent Tibbiyot Akademiyasining Termiz filiali,

²Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent

2005-2022-yillarda Toshkent pediatriya tibbiyot institutining kardiojarrohlik bo'limida, Toshkent ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Samarqand bolalar xirurgiyasi filialida, Qozog'iston Respublikasining Chimkent shahridagi Simbat-Nur tibbiyot markazida va Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filialining klinik bazasi bo'lgan "Utan polvon" davolash va diagnostika markazida o'pka arteriyasini toraytirish bo'yicha jami 23 ta operatsiya o'tkazildi. Kardiojarrohlik amaliyotlari yurak tug'ma nuqsonlari (YTN) va yuqori o'pka gipertenziyasi (YO'G) bo'lgan bolalarda kardioxirurg R.Z. Madiyev usuli bo'yicha o'tkazildi. . Shulardan 1 nafar bemor atrioventrikulyar kanalning to'liq shakli; 1 nafari bir qorinchali yurak, o'pka arteriyasida stenoz bo'lmagan magistral tomirlarning transpozitsiyasi; 1 nafari umumiy arterial poyaning 2- turi tashxisi bilan operatsiya qilingan. Qolgan 20 nafar bemorda qorinchalar aro to'siq defekti (VSD) bo'yicha operatsiyalar o'tkazildi. Bemorlarning yoshi 8 oydan 14 yoshgacha bo'lgan. Ularning 3 nafari erkak, 20 nafari qiz bolalar bo'lib, operatsiyalar "ishlab turgan yurak" sharoitida o'tkazildi. Kasal bolalarda 22 ta holatda IIIA va IIIB darajali YO'G va 8 oylik 1 nafar bemorda IV darajali YO'G (100%) aniqlangan, bemorlarda NYHA bo'yicha II-III va III funktsional sinflar bor edi. Barcha bemorlarning

jismoniy holati og'ir edi, bu esa kardiorespirator tizimdagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'ldi. Kompleks tekshiruv yurak kameralarini zondlash va angiografiyadan foydalanmasdan o'tkazildi. YTNni tashxislash, jarrohlik uchun ko'rsatmalarni aniqlash va operatsiyadan keyingi monitoring uchun tajribali mutaxassis qo'lida transtorakal D-EchoCG qo'llanilgi. 22 bemorda o'pka arteriyasining dozali toraytirish amalga oshirildi. 8 oylik 1 bemorda umumiy arterial poyaning 2- turi tashxisi bilan o'pka arteriyasi shoxlari alohida toraytirilgan. O'pka arteriyasi shoxlari ko'tariluvchi aortaning orqa devoridan birgalikda chiqqan. Operatsiyalar kardioxirurg R.Z.Madiyev usulida bajarildi. Bizning usulimiz an'anaviy qo'llaniladigan usuldan farq qiladi, biz bolaning yoshidan qat'iy nazar, o'pka arteriyasini normal diametrgacha aniq dozali toraytiramiz. Bizning usulimizning mohiyati, o'pkada hajmi ko'paygan qon oqimini korrektsiya qilib tuzatishdir, bu esa o'pka arteriyasi tizimida sistolik bosimning samarali pasayishiga olib keladi. Bizning usulimiz matematik formulalar va Kirkling (2003) tomonidan taklif qilingan maxsus jadvaldan foydalanishga asoslangan bo'lib, bemorning tana maydoniga qarab normal yurak klapanlarining diametrlarini aniqlaydi. Operatsiya paytida biz o'pka arteriyasini toraytirish uchun uchta matematik qadamni tashlaymiz: Birinchidan, bemor bolaning tana yuzasi maydonini (Sty, m² da) quyidagi formuladan foydalanib aniqlaymiz: $Sty = \sqrt{Ax B/3600}$ (m²), bu erda A = kasal bolaning bo'yi sm da, B = kasal bolaning tana vazni kg da (birinchi qadam). Sty (m²) ni aniqlagandan so'ng, Kirklingning nomogrammasidan (2003) foydalanib, biz kasal bolada o'pka arteriyasini toraytirish uchun zarur bo'lgan o'pka arteriyasining normal diametrlarini (mm da) aniqlaymiz (ikkinchi bosqich). Bu erda biz, Kirkling nomogrammasiga ko'ra aniqlangan o'pka arteriyasining diametri sog'lom boladagi o'pka arteriyasining normal diametri ekanligini va u aynan bemor bolada o'pka arteriyasini toraytirish uchun bizga kerak bo'lgan diametr ekanligini tushunishimiz kerak. (ikkinchi bosqich). Keyinchalik, bemor bolaning o'pka arteriyasini normal ko'rsatkichgacha toraytiradigan tesma (lenta) uzunligini (Lt) mm da hisoblaymiz. Buning uchun matematikada aylana uzunligini ni hisoblash uchun ma'lum bo'lgan formuladan foydalanamiz: $Lt = 2 \times \pi (3.14) \times R$ (mm), bu erda R - nomogramma bo'yicha sog'lom bolaning o'pka arteriyasining radiusi. Ko'rinib turibdiki, Tesma(lenta)ning uzunligi (Lt., mm da) o'pka arteriyasining perimetri (P pa, mm da) ga teng (uchinchi qadam). Operatsiyalardan so'ng barcha bemorlar YTN ni bartaraf etishning ikkinchi bosqichiga nomzod bo'lishdi. Shunday qilib, kardioxirurg R.Z.Madiyev usuli bo'yicha o'pka arteriyasining dozali toraytirish matematik yondashuvga asoslangan bo'lib, o'pka qon aylanishida qon oqimining minutlik hajmini korrektsiya qilish orqali, YTN bilan og'riq bolalarda YO'G ni samarali kamaytiradi. Bu holatda, intraoperatsion tensiometriyani qo'llashga hojat qolmaydi, operatsiyadan keyin bemorlar uchun "dori yukini" sezilarli darajada kamaytirish mumkin, shuningdek, nuqsonni tuzatishning ikkinchi yakuniy bosqichidan oldin YO'G ni davolash uchun maxsus terapiyaga muxtojlikni kamayadi.

DIABETIK PANJA SINDROMI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI HAYOT SIFATINI YAXSHILASH

¹Matmurotov K.J., ²Ruzmetov B.A.

¹-Toshkent tibbiyot akademiyasi

²-Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Muammoning dolzarbligi. Hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan qandli diabetning asosiy asoratlardan biri diabetik panja sindromidir. Diabetik panja sindromi - murakkab anatomik va funktsional o'zgarishlarning to'plami bo'lib, yarali-nekrotik va infeksiyon jarayonning rivojlanishiga, keyinchalik esa oyoq panjasining gangrenasiga va 83% dan ortiq hollarda boldir yoki son darajasida amputatsiyaga olib kelishi va operatsiyadan keyingi o'lim darajasi yuqoriligi (10-18%) bilan xarakterlanadi. Shu bilan birga, tizza bo'g'imini saqlab

qolishga imkon beradigan operatsiyalar (bodir darajasidagi amputatsiyalar) ma'qullanadi, bu esa operatsiyadan keyingi davrda bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi.

Tadqiqot maqsadi: Diabetik panja sindromining jarrohlik asoratlari bo'lgan bemorlarda jarrohlik davolash natijalari va hayot sifatini yaxshilash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu ishda 2019-2022 yillar davomida Toshkent tibbiyot akademiyasining ko'p tarmoqli klinikasi yiringli jarrohlik va qandli diabetning jarrohlik asoratlari bo'limida 2-tip qandli diabet fonida oyoq panjasi yiringli-nekrotik shikastlanishlari bilan davolangan 460 nafar bemorni tekshirish natijalari va statsionar davolash natijalari tahlil qilindi.

Bemorlarning 299 (65%) nafarini erkaklar va 161 (35%) nafarini ayollar tashkil qildi. Bemorlarning yoshi 27 yoshdan 91 yoshgacha.

Mikrosirkulyatsiya holatini baholashning asosiy instrumental tekshirish usuli bu Acuson-128 XP/10 (Acuson, AQSh) dupleks ultratovush tizimida standart usulda 7-15 MGts chastotali chiziqli datchik yordamida bajarilgan oyoq qon tomirlarining dupleks ultratovush tekshiruv va oyoq arteriyalarining mul'tispiral komp'yuter tomografiyasi edi.

Barcha bemorlar oyoq panjasining yiringli-nekrotik shikastlanish darajasiga qarab 4 guruhga bo'lindi.

I guruhga panja sohasidan Sharp bo'yicha amputatsiya qilingan 62 (13,47%) bemor, II guruhga oyoqlari boldir soxasidan amputatsiya qilingan 114 (24,78%) bemor, III guruhga oyoqlari son soxasidan amputatsiya qilingan 280 (60,87%) bemor va IV guruhga chanoq-son bo'g'imidan ekzartikulyatsiya qilingan 4 (0,86%) nafar bemor kirdi.

Diabetik panja sindromining neyroishemik shaklida oyoq qon tomirlarini revaskulyarizatsiya qilish maqsadida 13 bemorda balon angioplastikasi o'tkazildi. 20 bemorda kompleks davolashda uzoq vaqt arteriya ichi kateter terapiyasi qo'llanildi.

Amputatsiya cho'ltog'i sohasidagi operatsiyadan keyingi asoratlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, I guruhda yara infeksiyasi 7 (11,29%) bemorda rivojlangan. 2 (3,22%) holatda yara infeksiyasining kuchayishi tufayli bemorlarda boldir soxasidan takroriy amputatsiya qilindi.

II guruhda yara infeksiyasi 17 (14,9%) bemorda rivojlangan. 2 (1,75%) holatda yara infeksiyasining kuchayishi tufayli boldirning yuqori uchdan bir qismi soxasidan reamputatsiya qilindi.

III guruhda yara infeksiyasi 32 (14,9%) bemorda rivojlangan. 6 (2,14%) holatda jarohat infeksiyasining kuchayishi va amputatsiya cho'ltog'ining nekrozi tufayli bemorlar sonning yuqori uchdan bir qismi soxasidan reamputatsiya qilindi.

Kompleks davolashda uzoq vaqt arteriya ichi kateter terapiyasi va balon angioplastikasi qo'llanilgan bemorlarda yaradan asoratlar kuzatilmadi.

4 (0,86%) xolatda III guruhda o'lim qayd etilgan, qolgan guruhlarda esa o'lim holatlari kuzatilmagan. O'lim sabablari ko'p a'zolar etishmovchiligi va yiringli-septik asoratlar edi.

Xulosalar. Shunday qilib, qandli diabetning diabetik panja sindromi bilan asoratlangan bemorlarni davolashda differentsial yondashuv va uzoq vaqt arteriya ichi kateter terapiyasi, balon angioplastikasini qo'llash yordamida yuqori amputatsiyalar sonini kamaytirishga, bemor oyoqlarining tayanch funktsiyasini saqlab qolish, shu bilan birga ularning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

DIABETIK PANJA SINDROMINING XIRURGIK ASORATLARI BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV

¹Matmurotov K.J., ²Ruzmetov B.A.

¹-Toshkent tibbiyot akademiyasi

²-Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Muammoning dolzarbligi. Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlar sonining o‘shishi juda yuqori bo‘lib qolmoqda va IDF (Xalqaro diabet federatsiyasi) ma‘lumotlariga ko‘ra, 2021 yilda katta yoshdagi bemorlari soni 537 milliondan ortiqni tashkil etdi va har yili 5 millionga yaqin odam diabet va uning asoratlardan vafot etadi. IDF prognozlariga ko‘ra, 2045 yilga kelib yer yuzidagi har sakkizinchi katta yoshdagi kishi (taxminan 783 million kishi) diabet bilan yashaydi.

Qandli diabet va ular bilan bog‘liq diabetik panja sindromining tibbiy va ijtimoiy muammolarining dolzarbligi ushbu kasallikning yuqori, progressiv tarqalishi, bemorlar orasida nogironlik va o‘lim darajasining oshishi bilan bog‘liq.

Tadqiqot maqsadi: Diabetik panja sindromining jarrohlik asoratlari bo‘lgan bemorlarda jarrohlik davolash natijalari va hayot sifatini yaxshilash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu ishda 2021-2022 yillarda Toshkent tibbiyot akademiyasining ko‘p tarmoqli klinikasi yiringli jarrohlik va qandli diabetning jarrohlik asoratlari bo‘limida diabetik panja sindromi fonida oyoq panjasining surunkali neyroishemik jarayonlari bilan statsionar sharoitda davolangan 27 bemorning jarrohlik davolash natijalari tahlil qilindi.

Qandli diabetning o‘rtacha davomiyligi 12,3±4,7 yilni tashkil etdi. Bemorlarning yoshi 41 yoshdan 68 yoshgacha (o‘rtacha 53,6±4,9 yosh). Bemorlarning 18 (66,7%) nafarini erkaklar va 9 (33,3%) nafarini ayollar tashkil qildi. Barcha holatlarda diabetik panja sindromining neyroishemik shakli tashxisi qo‘yilgan. Bemorlarning shifoxonada davolanishining o‘rtacha davomiyligi 5-7 kuni tashkil etdi. Kasalxonaga yotishdan oldin bemorlarda oyoq panjasi neyroishemik yarasining davomiyligi 4 oydan 3 yilgacha bo‘lgan.

Bemorlarga endovaskulyar revaskulyarizatsiyadan so‘ng, arterial qon aylanishining yaxshilanishi fonida, biz diabetik panja sindromi bo‘lgan bemorlarda surunkali neyroishemik yaralarni davolashda oyoq panjasini rekonstruksiya qilishning takomillashtirilgan usulini qo‘lladik. Bunda oyoq panjasining arterial tarmog‘ini saqlab qolishni hisobga olgan holda suyak yoki bo‘g‘imlarni rezektsiya qilish va suyak to‘qimalarining sekvestrlangan qismlarini olib tashlagandan keyin jarohat o‘rnini m.flexor digiti minimi brevisni oziqlanuvchi oyoqchada myoplastika qilish yordamida to‘ldirdik.

Ishlab chiqilgan oyoq panjasi rekonstruktiv operatsiyasini qo‘llash yordamida qandli diabet fonida neyroishemik yarasini bo‘lgan bemorlarda yaxshi natijalarga erishdik, operatsiyadan keyingi jarohatning birlamchi bitishi 96,3% hollarda kuzatildi. Faqat bitta bemorda (3,7%) operatsiyadan keyingi yara yiringlash belgilari kuzatilgan va bu bemorning talablarga rioya qilmasligi bilan bog‘liq.

Xulosalar. Shunday qilib, qandli diabet fonida oyoq panjasi sohasida yiringli-nekrotik jarayon bilan og‘rigan bemorlarga individual davolash taktikasini aniqlash uchun etarli kompleks diagnostik tekshiruvlar o‘tkazish lozim. Oyoqlar periferik arteriyalarining okklyuzion-stenotik torayishlari darajasini aniqlash, agar ko‘rsatma mavjud bo‘lsa, uni endovaskulyar yo‘l bilan korreksiya qilish qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda oyoq panjasi yiringli-nekrotik shikastlanishlarni davolashda kutilgan natijaga erishish uchun muhim rol o‘ynaydi.

DYUPYUITREN KONTRAKTURASI KASALLIGI XIRURGIK DAVOLASH VA BU KASALLIK UCHUN MAXSUS QO`LLANILADIGAN SHINALAR

Choriyeva M.A.

Buxoro davlat tibbiyot unstitut, Buxoro, O'zbekiston

Ilmiy tadqiqot dolzarbligi: Mazkur maqolada ortopedik kasalliklarning dunyo bo'ylab tarqalishi, dyupyuitren kontrakturasi va uni xirurgik davolash bo'yicha tavsiyalar haqida so'z yuritiladi. Dyupyuitren kontrakturasi uchun qo'llaniladigan umumiy shinalarning kamchiliklari va biz tavsiya qiladigan maxsus shinaning afzalliklari muhokama qilinadi.

Ilmiy tadqiqot maqsadi: Ma'lumki, zamonaviy tibbiyotda asosiy e'tabor qisqa vaqt ichida, bemorga qulaylik yaratgan holda, kasalliklarni tez va samarali davolashga qaratilgan. Vaqt o'tishi bilan bir qancha omillar natijasida ma'lum bir kasallik bilan kasallanish darajasini ortishi yoki aksincha, kamayishi kuzatiladi. Bugungi kunda rekonstruktiv-tiklovchi jarrohlikka bo'lgan talab kundan kunga ortmoqda. Bunday amalyotlarga xirurgik ehtiyoj bo'lmasada, bemor o'zini yanada qulayroq his etishi uchun bu kabi amalyotlarni amalga oshiradi. Bunday amalyotlar asta-sekin zamonaviy xirurgiyaning ajralmas qismiga aylanmoqda.

Ilmiy tadqiqot metodlari: Bizning maqolamiz ham 30-40 yoshlilar orasida keng tarqalgan kasalliklardan biri- Dyupyuitren kontrakturasi xirurgik davolash va bu kasallik uchun tavsiya etayotgan maxsus shina haqida. Dyupyuitren kontrakturasi deb biriktiruvchi to'qimaning irsiy kasalligi bo'lib kaft aponevrozida fibroz to'qimasining hosil bo'lishi va natijada qo'l barmoqlarining (aksariyat hollarda 4-5-barmoqlar) bukiluvchi kontrakturasiga olib kelishiga aytiladi. Bunda bemor qo'llarini buka oldi, ammo ularni yoza olmaydi. Natijada bu holat qo'llarning normal ishlashiga halaqit beradi va kundalik ish faoliyatini cheklaydi. 6628506 kishidan iborat 85 ta tadqiqotni (Osiyoda 10 ta, Yevropada 56 ta, Afrikada 2 ta va Amerikada 17 ta tadqiqot) baholab, dunyoda Dyupyuitren kasalligining tarqalishi 8,2% ni tashkil etishi aniqlangan. Asosiy kasallik yondosh kasallik sifatida, eng yuqori tarqalish 34,1% bilan 1-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda kuzatilgan. Dyupyuitren kontrakturasi genetik kasallik bo'lib, kelib chiqish sababi to'liq o'rganilmagan. Kasallikning rivojlanishiga yoki yomonlashishiga sabab bo'ladigan bir qator xavf omillar mavjud.

Dyupyuitren odatda juda sekin rivojlanadi va ko'p yillar davomida muammoga aylanadi. Dyupyuitren kontrakturasi davolash uchun ikkida usul tavsiya etiladi, ochiq (jarrohlik yo'li bilan) va yopiq (jarrohlik amaliyotisiz).

Aksariyat hollarda kasallikdan forig' bo'lish uchun ochiq usul tanlanadi. Jarrohlik amaliyotidan so'ng o'riqni kamaytirish, qo'l ish faoliyatini tezroq tiklash va noqulayliklarni oldini olish uchun shinalar qo'llaniladi.

Natija va tahlillar: Xo'sh bizning mamalakatimizda Dyupyuitren kontrakturasi uchun shinalar mavjudmi? Afsuski yo'q. Aksariyat hollarda bu kasallikni davolovchi shifokorlar umumiy shinalardan foydalanishadi, lekin bu kabi shinlarning bir qancha noqulay tomonlari bor, eng avvalo bemorning sog'lom barmoqlari harakatini cheklaydi, ya'ni shina barcha barmoqlar uchun mo'ljallanganligi sababli sog'lom barmoqlar ham shina ostida qoladi va ularning dinamikasi cheklanadi, natijada bemor qo'llari orqali erkin harakat qila olmaydi. Ikkinchidan, ma'lumki kasallikning turli bosqichlarda qo'l barmoqlarini bukilish burchagi ham har xil bo'ladi. Kasallikni erta davrida barmoqlarni bukilishi, kasallikni avj olgan davridagi bukilishdan farq qiladi. Umumiy qo'llaniladigan shinalar esa bu uchun moslashmagan, ya'ni kasallikning qaysi bosqichida ekanligiga ahamiyatga ega emas. Kasallikning barcha davri uchun umumiy qo'llaniladi. Yana bir sabab estetik jihatdan chiroyli emasligidadir. Ba'zida bemor umumiy qo'llaniladigan shinadan foydalansa, shinaning qo'pol tuzilishi tufayli bemor o'zidan uyalish his qiladi.

Bu shinaning bir qancha afzalliklari bor:

- Sogʻlom barmoqlar dinamikasini cheklamaydi.
- Kasallikni davrlariga qarab, shinani bukilish burchagini oʻzgartirish mumkin.
- Kamxarj. Yaʼni bukilish burchagini oʻzgartirish orqali shinadan koʻp marotaba foydalanish imkoniyati mavjud.
- Estetik jihatdan chiroyli.
- Bemorga qulaylik yaratadi.

Xulosa: Bizga bu turdagi shinalar chindan ham zarur. Ularni ishlab chiqish koʻp narsa talab etilmaydi. Ita shinaning tan narxi taxminan 200 000 (ikki yuz ming) soʻm atrofida boʻladi. Agar bu kabi shinalarni ishlab chiqish yoʻlga qoʻyilsa, shubhasiz bemorlarning ahvoli sezilari darajada yaxshilanadi.

VARIKOZ XASTALIGIDA XIRURGIK ARALASHUVNI OPTIMALLASHTIRISH

Muhammadjonova M.M., Ikramova.F.D
Andijon davlat tibbiyot instituti.

Mavzuning dolzarbligi: Varikoz kasalligi (VK) oyoq-qoʻllarning venoz tizimining eng keng tarqalgan patologiyasi xisoblanadi. JSST ning maʼlumotlariga koʻra aholi orasida ayollarning 30-50% gacha va erkaklarning 10-30% gacha varikoz xastaligi va surunkali venoz yetishmovchilik kuzatiladi. Bu esa insonlarning mehnat qobilyatini pasayishiga va hayot sifatini yomonlashhuviga sabab boʻlmoqda. Ushbu xastalik uchun asosiy davo chorasi faqat xirurgik aralashuv ekanligini xisobga olgan holda, xozirda amalda qoʻllanib kelinayotgan operatsiya usullarini qay darajada samaradorligini baxolash lozim.

Tadqiqotning maqsadi. Varikoz xastaligini davolashda jarrohlik davolash taktikasini optimallashtirish, konservativ usulda davolash samaradorligini oshirish va natijalarni yaxshilash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot uchun 2022-2023 yilda Andijon davlat tibbiyot instituti jarrohlik boʻlimida davolangan va nazoratga olingan 35 yoshgacha boʻlgan 48 nafar bemorni davolash natijalarini koʻrib chiqdik. Bemorlarning 28 nafari ayollar (59%), 20 nafar (41%) erkaklar edi. Ayollarning 19 nafari (68%) homiladorlik davrida ushbu xastalik bilan xastalangan. Xomiladorlik va tugʻruqlar 2 martadan koʻp. Umuman olganda, trofik oʻzgarishlar umumiy bemorlarning 12,9% da mavjud edi.. Barcha bemorlar Troyanova-Trendelenburg, Gakkenbrux, Delbe-Pertes va Pratt 1klinik sinovlaridan hamda laborator va instrumental (Umumiy qon taxlili, PTI, Koagulogramma, ikki tomonlama ultratovush doplerografiya, flebotonometriya, phlebografiya) tekshiruvlardan oʻtdilar.

Natijalar. 16 nafar (33.3%) bemor faqat operativ usulda davolandi. 20 (41.6%) bemorda konservativ va jarrohlik aralashuvlar kompleksi oʻtkazildi. Bizning klinikamizda birlashtirilgan Fleboektomiya jarrohligi keng qoʻllanilgan. 12 bemorda (25%) kasallik erta bosqichda aniqlangan va shu paytdan boshlab keng qamrovli konservativ va tezkor davolanish amalga oshirilgan. Konservativ davolanish operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bosqichi sifatida koʻrib chiqilgan va quyidagilarni oʻz ichiga olgan: doimiy elastik bint boylash yoki elastik paypoq kiyish, flebotonik taʼsirga ega boʻlgan preparatlar (phlebodia 600, detralex 1000, askorutin, trioksvazin, rokset gel); B, C, PP vitaminlari; antiagregantlar (trombopol 0.75, kardiomagnil, xomiladorlar uchun kurantil) fizioterapiya muolajasi (elektroforez novokain, geparin yoki tripsin).

Operatsiyani boshidan oʻtkazgan 36 ta bemor tashrixdan keying 1 2 kunda yura boshladilar va 3-4- kun faol va toʻliq hayotga qaytdilar. Choklar operatsiyadan keyin 7-10 kun ichida olib tashlandi. Yaxshi davolanish natijalari 30 bemorda (83.3%) qayd etildi, ular 17 kungacha davolandi, trofik yaralar toʻliq epitelizatsiya qilindi. Operatsiyadan keying davrda ham konservativ davolanishni (flebotoniklar, antiagregantlar qabul qilgan) davom ettirgan 20

bemorda kasallikning klinik ko'rinishlari yo'qoldi: og'riqlar kamaydi, shish va ko'karishlar kamroq paydo bo'ldi.

Xulosa. Shunday qilib, varikoz kasalligini davolash va oldini olishning asosiy printsiplari erta bosqichlarda aniqlash va qat'iy rejimda davolanishdir. Shuningdek operativ aralashuvdan keyingi davrda ham davolovchi shifokor nazoratida kerakli preparatlarni qabul qilishdir.

FARG'ONA VODIYSI SHAROITIDA URGENT NEGRAVIDAR METRORRAGIYALARNING EPIDEMIOLOGIYASI VA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH XUSUSIYATLARI

Nuriddinova Sh.M.

**Terapiya, kardiologiya va tez yordam kafedrası
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti**

Tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, urgent negravidar metrorragiyalarni epidemiologik aniqlash algoritmi va prognoz shkalasi ishlab chiqiladi, bu esa ushbu kasalliklarni erta aniqlash yoki ularning xavf darajasini "bashorat qilish" imkonini beradi.

Farmakoepidemiologik monitoring natijalari davolashni keskin yaxshilashga va urgent negravidar metrorragiyalarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish samaradorligini oshirishga yordam beradi.

Urgent negravidar metrorragiyalarning rivojlanishiga ta'sir qiluvchi aniqlangan epidemik omillar sog'liqni saqlashning birlamchi bo'g'ini va maslahat poliklinikalari, tug'ruqxonalar darajasida aholi o'rtasida profilaktika choralari takomillashtirish bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqishda yordam beradi.

Tadqiqot maqsadi. Farg'ona vodiysi sharoitida urgent negravidar metrorragiyalarga shoshilinch yordam ko'rsatish holatlarida adenomiyoz diagnostikasi samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Retrospektiv tadqiqot sifatida 2022-2023 yillarda RShTyomaFda statsionar davolanishida bo'lgan o'smir qizlar (12-18 yosh) reproduktiv davr ayollari (18-45 yosh) va perimenopozal davr ayollari (45-55 yosh) tanlanadi.

O'tkazilgan tadqiqot asosida urgent negravidar metrorragiyalarni tashxislash uchun shoshilinch yordam ko'rsatish sharoitida mavjud ekanligi aniqlandi.

Tadqiqot natijalari. Shuni ta'kidlash kerakki, xalqaro akusherlik va ginekologlar federatsiyasi (FIGO) tomonidan tasdiqlangan xalqaro ko'rsatmalarga muvofiq Ungrm bilan og'riq ayollarda gemostaz kasalliklarini erta aniqlash uchun skrining (epidemiologik monitoring) o'tkazilishi kerak., 2013].

Urgent negravidar metrorragiyalarning quyidagi shakllarini epidemiologik monitoring qilish juda dolzarbdır: muntazam tsikl bilan og'ir va tez-tez hayz ko'rish (№92.0), tartibsiz tsikl bilan og'ir va tez-tez hayz ko'rish (№92.1), balog'at yoshidagi og'ir hayz ko'rish (№92.2), premenopozal davrda og'ir qon ketish (№92.4), tartibsiz hayz ko'rishning № 92.5), bachadon va qindan boshqa aniqlangan g'ayritabiiy qon ketish (№ 93.8), bachadondan g'ayritabiiy qon ketish va aniqlanmagan vaginal qon ketish (№ 93.9) va menopauzadan keyin qon ketish (№ 95.0).

Ilgari aniqlangan, oqilona va samarali davolash, shuningdek, ushbu holatlarning shoshilinch oldini olish mamlakat ilm-fan va texnologiyalarini rivojlantirishning ustuvor yo'nalishi hisoblanadi. Ungrm epidemiologiyasi va shoshilinch profilaktikasi sohasida ushbu patologiyalarning oldini olish va erta tashxis qo'yish bo'yicha mintaqaviy (o'zbek) algoritmlar va ilmiy dasturlarni yaratish, Ungrm uchun kompleks profilaktika choralari va farmakokontrolingni takomillashtirishga qaratilgan ilmiy skrining tadqiqotlarini o'tkazish zarur.

Bizning ishimiz aynan shu yo'nalishda reproduktiv yoshdagi ayollarda ilmiy-amaliy taraqqiyotga erishish va yangi innovatsion texnologiyalarni rivojlantirishga qaratilgan.

Andijon, Farg'ona vodiysi sharoitida 20 yillik retrospektiv va 3 yillik prospekt epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra urgent negravidar metrorragiyalarning tarqalishini aniqlash va baholash;

Andijon, Farg'ona vodiysi sharoitida urgent negravidar metrorragiyalar xavf omillarining tarqalishini aniqlash va baholash;

Farg'ona vodiysi sharoitida urgent negravidar metrorragiyalarda komorbidlikni o'rganish va aniqlash;

Farg'ona vodiysi sharoitida balog'at yoshi (12-18 yosh), reproduktiv davr (18-45 yosh) va perimenopozal davr (45-55 yosh) metrorragiyasining tarqalish xususiyatlarini o'rganish va aniqlash;

Farg'ona vodiysi Andijon sharoitida urgent negravidar metrorragiyalarning farmakoepidemiologiyasini o'rganish;

Farg'ona vodiysi sharoitida urgent negravidar metrorragiyalarni erta tashxis qo'yish algoritmlarini, shoshilinch davolashni optimallashtirish va oldini olish yo'llarini ishlab chiqish;

Xulosalar. Farmakoepidemiologik so'rovnoma yordamida urgent negravidar metrorragiyalarni shoshilinch davolashning farmakoedemiologik tahlili o'tkaziladi: gormonal (progesteron, intrauterin, og'iz orqali, estrodiol og'iz kontratseptivlari, gonadotropin agonistlari gormonni chiqarish (A-GnRH), gormonal bo'lmagan (NSAID, trapeksamik kislota) va jarrohlik davolash usullari (Endometriyal ablasyon, bachadon arteriyasi embolizatsiyasi, histerektomiya, miyomektomiya, histeroskopiya polipektomiya bilan).

ZAMONAVIY XIRURGIYANING MUAMMOLARI

Ravshanova E

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI ANDIJON
DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

KIRISH Zamonaviy jarrohlik muammolari dolzarb bo'lib, tibbiyot xodimlarining o'ziga, bemorlarga va umuman, tibbiy yordamning butun sohasiga bevosita ta'sir qiladi. Hozirda jarrohlik qashshoqlik holatida. Bu nafaqat moliyaviy muammoga taalluqlidir - har bir yangi avlod mutaxassislari bilan ishchilarning bilimi va kasbiy mahorati yomonlashadi. Moliyaviy va kasbiy pasayishdan farqli o'laroq, har xil etimologiyaning skoliozidan tortib, har yili ko'payib borayotgan yo'l-transport hodisalari va ishlab chiqarish baxtsiz hodisalarining ko'payishigacha bo'lgan jarrohlik kasalliklari soni ortib bormoqda. Ushbu muammoni ko'rib chiqish va yuzaga kelgan muammolarning kelib chiqishini tushunish bizga ularning ahamiyatini tushunishga va, ehtimol, ba'zi muammolarni hal qilish yo'lini topishga imkon beradi.

MUHOKAMA VA NATIJALAR Kam ish haqi va uzoq ish vaqti bir-biri bilan chambarchas bog'liq. Haftada etti kun ishlagan, bir nechta stavkalarda ishlagan shifokor o'rtacha 30 000-40 000 rubl oladi (Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligining 2018 yil sentyabr-noyabr oylari ma'lumotlariga ko'ra). Bu ko'rsatkichlar o'rtacha bo'lganligi sababli, ba'zi mutaxassislar ko'proq olishadi, boshqalari esa bir xil ishni bajarishlariga qaramay, bir necha barobar kamroq olishadi. Buning sababi davlatning shifokorlar va umuman sog'liqni saqlash sohasiga bo'lgan munosabati, mablag'larning kamligi va xodimlarning doimiy qisqarishi, lekin ish haqini oshirmasdan, tobora ko'proq talablarning o'rnatilishi bilan izohlanadi.

Yosh mutaxassislarning past malakasi - tibbiyot oliy o'quv yurtlarining ko'plab hozirgi bitiruvchilari sulolaning davom etishi tufayli istaksiz yoki ota-onalarning xohishiga ko'ra bitirmoqdalar. Hech qanday xohish yo'q, ular o'zlari tanlagan kasbiga katta muhabbat yoki qiziqishni his qilmaydilar, shuning uchun ular yaxshi mutaxassis bo'lmaydilar va kasalxonaga ishlashga borishlari dargumon. Bu esa kadrlar yetishmasligiga olib keladi.

Tibbiy texnologiyalarning nomukammalligi. Chet eldagi shifoxonalar uchun etarli mablag 'etarsizligi qurilmalarning eskirib qolgan va aniq natijalarni bera olmasligiga olib keladi yoki ular shunchaki yangi protseduralar uchun sotib olinmaydi. Biror kishi katta shaharlarga sayohat qilishi kerak va bu vaqtni behuda sarflashdir, shunga ko'ra, davolanish keyinroq boshlanadi va vaziyatga qarab, bu kelajakda sog'likka katta zarar keltiradi. Va hatto Moskva kabi yirik va yaxshi moliyalashtirilgan shaharlarda ham tezkor tashxis qo'yish va davolash uchun mutaxassislar yoki uskunalar yo'q. Odamlar xorijdagi qimmat klinikalarga borishga majbur.

Hokimiyat tomonidan biron bir muammo hal etilmayotganligi sababli va hozirda harbiy sohani moliyalashtirishga, deputatlar va merlarning maoshlarini oshirishga tobora ko'proq mablag 'sarflanayotganligi sababli (oddiy fuqarolar uchun bu sekin va xarajatlarga mos kelmaydi).), vaziyat yomonlashmoqda. Jarrohlikning eng muhim tarmog'i – operatsiya xirurgiyasida ham operatsiyalar natijasini va umuman, bemorlarning keyinchalik sog'ayib ketishini yomonlashtiradigan ko'plab muammolar yashiringan.

Operatsion jarrohlikning asosiy muammolari:

- o Periferik shifoxonalarni moliyalashtirishning etishmasligi
- o Yuqori texnologiyali uskunalarning etishmasligi
- o Yuqori malakali mutaxassislarning etishmasligi

Umuman olganda, operatsiya jarrohlik muammolari umumiy jarrohlik muammolariga juda o'xshash, bu faqat yuqorida tavsiflangan muammolarning ahamiyatini ko'rsatadi. Ammo asosiy komponent asepsiya va antiseptikdir. Teodor Bilrot 1891 yilda dedi: "Endi, toza qo'llar va toza vijdon bilan, tajribasiz jarroh jarrohlik bo'yicha eng mashhur professorga qaraganda yaxshiroq natijalarga erisha oladi." Va bu haqiqatdan uzoq emas. Endi eng oddiy jarroh bemorga Pirogov, Bilrot va boshqalardan ko'ra ko'proq yordam bera oladi, chunki u asepsiya va antiseptik usullarini biladi. Quyidagi raqamlar dalolat beradi: asepsiya va antiseptik joriy etilishidan oldin, Rossiyada operatsiyadan keyingi o'lim 1857 yilda 25%, 1895 yilda esa 2,1% ni tashkil etdi.

Zamonaviy aseptika va antiseptiklarda termal sterilizatsiya usullari, ultratovush, ultrabinafsha va rentgen nurlari keng qo'llaniladi; turli xil kimyoviy antiseptiklarning butun arsenali, bir necha avlod antibiotiklari, shuningdek, infeksiyaga qarshi kurashning ko'plab boshqa usullari mavjud.

Aseptika - jarrohlik ishining usuli bo'lib, mikroblarning jarohatga kirishiga to'sqinlik qiladi, ularni u bilan aloqa qiladigan barcha narsalarga yo'q qiladi. Aseptikaning asosiy qonuni "yara bilan aloqa qiladigan har bir narsa bakteriyalardan xoli bo'lishi kerak, ya'ni steril bo'lishi kerak".

Antiseptiklar - bu yaradagi mikroblar sonini kamaytirish, ularning yashovchanligini, atrofdagi to'qimalarga va tananing boshqa muhitiga kirib borish xavfini kamaytirishga, shuningdek intoksikatsiyani bartaraf etishga, immun-biologik faollikni oshirishga qaratilgan yagona davolash-profilaktika chora-tadbirlar majmui. kasal organizmning faoliyati va uning reaktivligi.

Zamonaviy jarrohlik antiseptikasi asepsiya bilan uzviy bog'langan va u bilan bitta umumiy tizimga birlashtirilgan. Ta'sir qilish printsipiga ko'ra mexanik, fizik, kimyoviy, biologik va aralash antiseptiklar farqlanadi.

Appenditsit jarrohlikda eng ko'p uchraydigan patologiyalardan biridir. Qo'shimchani olib tashlash bo'yicha operatsiyalar juda keng tarqalgan va shifokorlarning fikriga ko'ra, ba'zida murakkab deb da'vo qilishi mumkin. Bu o'zingizni to'liq himoya qila olmaydigan patologiya. Ammo profilaktika usullari hali ham mavjud:

- organizmdagi yallig'lanish jarayonlarini o'z vaqtida davolash;
- Antibiotiklarni shifokor retseptisiz ishlatmang. Ular normal mikroflorani buzadi.

Faol turmush tarzi. Jismoniy faollik qorin bo'shlig'i organlarini normal qon bilan ta'minlash uchun muhimdir.

ბTo'g'ri ovqatlanish kasallikning eng yaxshi oldini olishdir, agar siz dietangizni diqqat bilan kuzatib boradigan bo'lsangiz, ushbu kasallikning rivojlanish ehtimolini minimal darajaga tushirishingiz mumkin:

1) Qabziyatdan saqlaning. Kabızlik, ichaklarni to'ldiradigan mikroorganizmlarning o'limiga sabab bo'ladi. Natijada, patogen bakteriyalar ko'paya boshlaydi, bu esa appendiksning yallig'lanishiga olib kelishi mumkin.

2) Iloji boricha ko'proq tolaga boy ovqatlar iste'mol qiling. Elyaf ovqat hazm qilishni yaxshilaydi va ovqat hazm qilish tizimining organlarini yallig'lanish jarayonlaridan ishonchli himoya qiladi.

3) Qovurilgan yog'ni qayta ishlatmang. Bu sog'liq uchun juda zararli: siz nafaqat appenditsitni, balki kolitni ham "ishlab olishingiz" mumkin.

Appenditsitning oldini olishda gimnastika alohida ahamiyatga ega. Bu ichak motorikasini yaxshilaydi va ovqat hazm qilish tizimini kunning birinchi qismiga tayyorlaydi. Shuningdek, ichak motorikasi velosipedda yurish va suzish, shuningdek, yurish va yugurish orqali yaxshilanadi.

Xoletsistit ham operatsiyaga olib keladigan eng keng tarqalgan muammolardan biri bo'lib, chastotada ikkinchi o'rinda turadi. Xoletsistitning o'z vaqtida oldini olish yaqinda keng tarqalgan ushbu kasallikning rivojlanishining oldini olishga yordam beradi. Oldini olish, ayniqsa, ortiqcha vaznli odamlar uchun juda muhimdir, chunki bu kasallik ko'pincha ularda uchraydi.

Xulosa Yuqorida aytilganlarning barchasi shuni ko'rsatadiki, zamonaviy jarrohlik muammolarining kelib chiqishi juda chuqurdir va ularni bir necha yil ichida, ayniqsa, ushbu davlat siyosati sharoitida hal qilish qiyin ko'rinadi. Qaror yuqori organlar tomonidan qabul qilinishi kerak, ular sog'liqni saqlash sohasini barqaror va to'liq moliyalashtirishni ta'minlashi kerak. Shuningdek, oliy o'quv yurtlariga, hattoki, ixtisoslikka ham adolatli qabul qilinishini ta'minlash kerak, chunki bu haqiqatan ham tibbiyot bilan shug'ullanmoqchi bo'lgan odamlarga o'z imkoniyatlari va intilishlarini ro'yobga chiqarish imkonini beradi. Bemorlarning o'zlari muhim rol o'ynaydi, chunki o'z-o'zidan davolanish va mutaxassislariga murojaat qilishni istamaslik odamning ahvolini og'irlashtiradi va davolanish uzoqroq, qimmat va murakkablashadi, shuningdek, ko'plab asoratlarni keltirib chiqaradi.

Umuman olganda, jarrohlik o'zining charchash bosqichida. 10-20 yil ichida u butunlay charchab qolishi va o'z vazifalarini bajara olmay, bemorlarning o'ziga va chet ellik shifokorlarga ishonib topshirishi mumkin.

ZAMONAVIY XIRURGIYANING MUAMMOLARI

Ravshanova E., Melimurodova M.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Kirish. Zamonaviy jarrohlik muammolari dolzarb bo'lib, tibbiyot xodimlarining o'ziga, bemorlarga va umuman, tibbiy yordamning butun sohasiga bevosita ta'sir qiladi. Hozirda jarrohlik kun sari rivojlanmoqda. Zamonaviy asbob-uskunalar talab borgan sari ortmoqda, natijada ushbu uskunalar bilan ishlash ko'nikmasiga ega hodimlarga ham talab ortib boradi.

Eng achinarlisi tibbiyot rivojlangan sari jarrohlik amaliyoti zarur bo'lgan kasalliklar ham ortib bormoqda.

Muhokama va natijalar. Yosh mutaxassislarning past malakasi - tibbiyot oliy o'quv yurtlarining ko'plab hozirgi bitiruvchilari sulolaning davom etishi tufayli istaksiz yoki otionalarning xohishiga ko'ra bitirmoqdalar. Hech qanday xohish yo'q, ular o'zlari tanlagan kasbiga katta muhabbat yoki qiziqishni his qilmaydilar, shuning uchun ular yaxshi mutaxassis bo'lmaydilar va kasalxonaga ishlashga borishlari dargumon. Bu esa kadrlar yetishmasligiga olib keladi.

Tibbiyotda hozirgi kunda jarrohlik amaliyotini o'tkazish uchun yetarlicha zamonaviy texnologiyarga javob beradigan asbob-uskunalar chet el mamlakatlari bilan hamkorlikda olib kelinmoqda. Bu zamonaviy asbob-uskunalar yurtimizda tibbiyotni rivojlantirish va jarrohlik amaliyotini yana ham samarali o'tishiga ko'mak bermoqda. Lekin hozirgi kunda zamonaviy jarrohlik uskunalari yurtimizga kirib kelishi bilan birgalikda yana shunday muammo yuzaga keladiki, tibbiyot hodimlarimizning bu uskunalaridan to'laqonli foydalana olish ko'nikmalariga ega emasligi.

Hozirgi operatsion jarrohlikning asosiy muammolari shulardan iborat:

- o Periferik shifoxonalarni moliyalashtirishning etishmasligi
- o Yuqori texnologiyali uskunalarining hamma viloyat shifoxonalari ham etishmasligi
- o Yuqori malakali mutaxassislarining etishmasligi

Umuman olganda, operatsiya jarrohlik muammolari umumiy jarrohlik muammolariga juda o'xshash, bu faqat yuqorida tavsiflangan muammolarning ahamiyatini ko'rsatadi. Ammo asosiy komponent aseptika va antiseptikdir. Teodor Bilrot 1891 yilda dedi: "Endi, toza qo'llar va toza vijdon bilan, tajribasiz jarroh jarrohlik bo'yicha eng mashhur professorga qaraganda yaxshiroq natijalarga erisha oladi." Va bu haqiqatdan uzoq emas. Endi eng oddiy jarroh bemorga Pirogov, Bilrot va boshqalardan ko'ra ko'proq yordam bera oladi, chunki u aseptika va antiseptika usullarini biladi. Quyidagi raqamlar dalolat beradi: aseptika va antiseptika joriy etilishidan oldin, Rossiyada operatsiyadan keyingi o'lim 1857 yilda 25%, 1895 yilda esa 2,1% ni tashkil etdi.

Zamonaviy aseptika va antiseptiklarda termal sterilizatsiya usullari, ultratovush, ultrabinafsha va rentgen nurlari keng qo'llaniladi; turli xil kimyoviy antiseptiklarning butun arsenali, bir necha avlod antibiotiklari, shuningdek, infeksiyaga qarshi kurashning ko'plab boshqa usullari mavjud.

Aseptika - jarrohlik ishining usuli bo'lib, mikroblarning jarohatga kirishiga to'sqinlik qiladi, ularni u bilan aloqa qiladigan barcha narsalarga yo'q qiladi. Aseptikaning asosiy qonuni "yara bilan aloqa qiladigan har bir narsa bakteriyalardan xoli bo'lishi kerak, ya'ni steril bo'lishi kerak".

Antiseptiklar - bu yaradagi mikroblar sonini kamaytirish, ularning yashovchanligini, atrofdagi to'qimalarga va tananing boshqa muhitiga kirib borish xavfini kamaytirishga, shuningdek intoksikatsiyani bartaraf etishga, immun-biologik faollikni oshirishga qaratilgan yagona davolash-profilaktika chora-tadbirlar majmuasi, kasal organizmning faoliyati va uning reaktivligi.

Zamonaviy jarrohlik antiseptikasi aseptika bilan uzviy bog'langan va u bilan bitta umumiy tizimga birlashtirilgan. Ta'sir qilish printsipiga ko'ra mexanik, fizik, kimyoviy, biologik va aralash antiseptiklar farqlanadi.

Appenditsit jarrohlikda eng ko'p uchraydigan patologiyalardan biridir. Qo'shimchani olib tashlash bo'yicha operatsiyalar juda keng tarqalgan va shifokorlarning fikriga ko'ra, ba'zida murakkab deb da'vo qilishi mumkin. Bu o'zingizni to'liq himoya qila olmaydigan patologiya. Ammo profilaktika usullari hali ham mavjud:

- organizmdagi yallig'lanish jarayonlarini o'z vaqtida davolash;
- antibiotiklarni shifokor retseptisiz ishlatmang. Ular normal mikroflorani buzadi.

Faol turmush tarzi. Jismoniy faollik qorin bo'shlig'i organlarini normal qon bilan ta'minlash uchun muhimdir.

To'g'ri ovqatlanish kasallikning eng yaxshi oldini olishdir, agar siz dietangizni diqqat bilan kuzatib boradigan bo'lsangiz, ushbu kasallikning rivojlanish ehtimolini minimal darajaga tushirishingiz mumkin:

1) Qabziyatdan saqlanish. Qabziyat ichaklarni to'ldiradigan mikroorganizmlarning o'limiga sabab bo'ladi. Natijada, patogen bakteriyalar ko'paya boshlaydi, bu esa appenditsitning yallig'lanishiga olib kelishi mumkin.

2) Iloji boricha ko'proq tolaga boy ovqatlar iste'mol qiling. Bu esa ovqat hazm qilishni yaxshilaydi va ovqat hazm qilish tizimining organlarini yallig'lanish jarayonlaridan ishonchli himoya qiladi.

3) Qovurilgan yog'ni qayta ishlatmang. Bu sog'liq uchun juda zararli: siz nafaqat appenditsitni, balki kolitni ham "ishlab olishingiz" mumkin.

Appenditsitning oldini olishda gimnastika alohida ahamiyatga ega. Bu ichak motorikasini yaxshilaydi va ovqat hazm qilish tizimini kunning birinchi qismiga tayyorlaydi. Shuningdek, ichak motorikasi velosipedda yurish va suzish, shuningdek, yurish va yugurish orqali yaxshilanadi.

Xoletsistit ham operatsiyaga olib keladigan eng keng tarqalgan muammolardan biri bo'lib, chastotada ikkinchi o'rinda turadi. Xoletsistitning o'z vaqtida oldini olish yaqinda keng tarqalgan ushbu kasallikning rivojlanishining oldini olishga yordam beradi. Oldini olish, ayniqsa, ortiqcha vaznli odamlar uchun juda muhimdir, chunki bu kasallik ko'pincha ularda uchraydi.

Xulosa. Xulosa qilib aytganda yurtimizda deyarli barcha tibbiy markazlar o'z faoliyatlarini to'laqonli bajarishmoqda va bemorlarga yetarlicha o'z kasbiy mahoratlaridan kelib chiqqan holda davolashmoqda ba'zi hollarda bemorlarning o'zlari muhim rol o'ynaydi, chunki o'z-o'zidan davolanish va mutaxassislariga murojaat qilishni istamaslik odamning ahvolini og'irlashtiradi va davolanish uzoqroq, qimmat va murakkablashadi, og'ir asoratlarni keltirib chiqaradi shu maqsadda barcha yurdoshlarimizga kasalliklarini o'zlari to'la baholay olishmasligini va jiddiy asoratlarga olib kelishi hamda shifokor retseptisiz dorilarning qabul qilishi nojo'ya ta'sir ko'rsatishini tushintirish lozim bo'ladi. Jarrohlik amaliyotlariga keladigan bo'lsak shifokorlarimizning yuqori malakasi va zamonaviy asbob-uskunalarining yetarli ekanligi sababli ko'plab yurtdoshlarimiz hayotga qaytmoqda, shu maqsadda bo'lajak shifokorlarga qat'iy e'tiborli bo'lishimiz hamda sifatli ta'lim berishimiz kerak.

KORONAVIRUS INFEKSIYASINING BOLALAR XIRURGIK KASALLIKLARIGA SALBIY TA'SIRLARI.

S.R.Raximberganov.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Muammoning dolzarbligi. Hammamizga ma'lumki, koronavirus infeksiyasi keltirib chiqaruvchi kasallik (COVID-19) birinchi marta 2020-yilning yanvar oyida Xitoyning Uxan shahrida tasvirlangan. Kasallikda og'ir o'tkir respirator sindromga koronavirus-2 (SARS-CoV-2) sabab bo'lgan. Dunyo bo'ylab tez tarqalishi tufayli Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tomonidan favqulodda holat va pandemiya deb e'lon qilindi. 2022 yil 25 yanvar holatiga ko'ra, dunyo bo'ylab 346 milliondan ortiq kasallik va 5,5 million o'lim qayd etilgan. Kasallikning klinik kechishi bolalarda kattalarnikiga qaraganda nisbatan yumshoqroq kechadi. Biroq, bolalarda og'ir infeksiyon jarayonlar qayd etilgan.

Tadqiqot metodi va natijalar. Ko'pgina tadqiqotlarda ko'ngil aynishi, qusish, diareya va qorin og'rig'i kabi oshqozon-ichak traktidagi o'zgarishlardan shikoyat bildirishadi, ba'zi tadqiqotlarda o'tkir qorin sindromi rivojlanganligi aniqlangan. Buni quyidagicha tushuntirish mumkin, organizm bo'ylab virus ASE-2 retseptorlari orqali tarqaladi. Qorin bo'shlig'i organlari, masalan, yonbosh ichak, buyraklar va siydik pufagi ASE2 retseptorlarining yuqori konsentratsiyasiga ega bo'lib, ularni SARS-CoV-2 infeksiyasiga qarshi himoyasiz qiladi. Bemorlarning 10% ga yaqinida oshqozon-ichak traktining patologiyalari namoyon bo'lishi kuzatiladi. COVID-19 pandemiyasi davrida bolalarda qorin og'rig'i uchun diagnostika qiyinligi oshdi, adabiyotlarda, COVID-19 bilan kasallangan bolalarda qorin og'rig'ining sababi Mekkel divertikulining teshilishi, o'tkir pankreatit, ileokolit, tutqich adenopatiyasi va invaginatsiya

bo‘lgan. Qorin og‘rig‘i bilan og‘rigan har bir bolada, ayniqsa uyidagilar bilan aloqada bo‘lganda, COVID-19 ni istisno qilish kerak. Gastrointestinal simptomlar COVID-19 ning yagona namoyon bo‘lish klinikasi bo‘lishi mumkin. Limfopeniya va yuqori LDH darajasi kasallik bilan bog‘liq va infeksiyani tasdiqlash uchun ko‘proq tekshiruv talab etiladi. Ultratovush tekshiruvi ko‘plab jarrohlik kasalliklarni, xususan, o‘tkir appenditsitni tashxislashda muhim rol o‘ynaydi. O‘tkir appenditsitni konservativ davolash COVID-19 davrida tanlov varianti bo‘lishi mumkin. Oshqozon-ichak kasalliklari bo‘lmagan bolalarda COVID-19 yaxshi prognozga ega. COVID-19 ga aniq tashxis qo‘yish uchun yaxshi tibbiy tarix va keng qamrovli fizik tekshiruv, shuningdek, tegishli laboratoriya va tasviriy testlar talab qilinadi, ayniqsa infeksiyasi tasdiqlangan bemorlar, konservativ davolash samaradorligi yuqori bo‘lishi mumkinligi qayd etilgan. Bolalarda qorin og‘rig‘i bilan koronavirus infeksiyasining namoyon bo‘lishini laktat dehidrogenaza ortishi, limfotsit kamayishi, leykopeniya, C-reaktiv oqilning kamayishi, D-dimer ortishi, qondagi ferritin miqdori ortishi orqali bilinishi mumkin.

Xulosa. Demak, koronavirus infeksiyasi shakllantirayotgan kasallik xirurgik kasalliklarni tashxislashni va davolashni qiyinlashtiradi, davolash taktikasini ishlab chiqishda koronavirus infeksiyasi bilan zararlanish holatiga shubha bo‘lsa, bemorlarda chuqurlashtirilgan tibbiy ko‘rikdan o‘tkazilib, koronavirus qat‘iy inkor qilganda operativ davolashni tanlash kerak.

BOLALARDA JARROXLIK OPERATSIYALARIDA PROMEDOL BILAN ANESTEZIYA QILISHNING AFZALLIGI.

Sobirov E.J.
TTA Urganch filiali

Yurak qon-tomir tizimiga og‘riqsizlantirish vositalarining turli ta’sirlari ma’lum, bu esa gemodinamika ko‘rsatkichlarida va anesteziologik ko‘makning adekvatligida muhim o‘rin tutadi.

Izlanishlarning asosiy maqsadi bolalarni jarroxlik operatsiyalarda promedol bilan og‘riqsizlantirganda perefirik (PG) va markaziy (MG) gemodinamika ko‘rsatkichlarining o‘zgarishini aniqlashdir.

Materiallar va metodlar. Izlanishlar asosan ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i va siydik chiqarish yo‘llari (SChY) rivojlanishining tug‘ma nuqsonlarini (RTN) rejali operatsiyasiga tayyorlangan 30 ta bolada o‘tkazildi. Bemorlar 2 guruhga bo‘lindi: 1-guruh (15 bola) – promedol (1-2 mg/kg) va oksibutirat natriy (100 mg/kg) bilan og‘riqsizlantirildi; 2-guruh (15 bola) – promedol (1-2 mg/kg), seduksen (0.4 mg/kg), va ketamin (3 mg/kg) bilan og‘riqsizlantirildi. Premedikatsiya (atropin 0,1 %-0,01 mg/kg + seduksen 0,5 %-0,3 mg/kg + promedol 1%-0,1 ml/yosh). Mioplegiya arduan (0.06 mg/kg) bilan amalga oshirildi. 3,5 mgts datchikli “aloka-SSD-260” (Yaponiya) apparatida exokardiografiya (ExoKg) usuli orqali MG [sistolik oxir o‘lchami (SOO’) va diastolik oxir o‘lchami (DOO’), R-R intervallar va xaydash vaqti] o‘rganilgan.

Natijalar va muhokamalar. 1 yoshli bolalarda premedikatsiya vaqtida arterio-venoz bosim (AB) ning sezilarli o‘zgarishlarisiz og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining qurishi bilan kechadigan YuQS tezlashishi kuzatilgan. Qorachiqning yorug‘likka kuchsiz reaksiyasi saqlangan xolatda uning toraygan paytida va skleraning namligi saqlangan paytida og‘riqsizlantirish vositalarini kiritish va uni ushlab turish jarayoni silliq kechdi. Ayni davrda AB ning aniq o‘zgarishlari qayd etilmadi. Yurak tonlari aniqligi saqlangan, perefirik tomirlardagi pulsda o‘rtacha to‘lishish va kuchlanish qayd etilgan. Narkozni kiritish bosqichida boshlang‘ich ko‘rsatkichlarga qaraganda YuQS ning 32,68% ga, perefirik solishtirma qarshilik (PSQ) ning 23,77 %ga, zarb indeksi (ZI) ning 9,41%ga oshishi kuzatilgan. Avvalgi bosqichlar bilan solishtirganda operatsiyaning og‘ir jarohatli davri yurak indeksi (YuI) ning 37,27%ga, YuQS ning 41,65%ga, zarb indeksi (ZI)ning 12,22%ga oshishi xarakterlanadi. Sezilarli gemodinamik

reaktsiyalar namoyon bo'lmagan paytda adekvat spontan nafas olish paydo bo'lgandan so'ng ekstubatsiya bajarildi. Operatsiyadan keyingi davrda 6 soat davomida qo'shimcha og'riq qoldiruvchi vositalarni kiritishga bo'lgan zaruriyat kuzatilmadi.

2 yoshli bolalardan olingan natijalar boshlang'ich ko'rsatgichlarga qaraganda YuQS ning 25,27%ga va PSQ ning 24,52%ga oshishi bilan karakterlanadi. Ushbu guruhdagi bolalarda narkozni kiritish davrida boshlang'ich ko'rsatgichlarga qaraganda YuI ning 10,64%ga pasayishi, YuQS ning 15,46%ga va PSQ ning 25,58%ga oshishi kuzatildi. Shu bilan bir qatorda anesteziyaning oldingi bosqichi bilan solishtirganda ZI, AB va YuI kam miqdorda o'zgartirildi.

Anesteziyani ushlab turish davri PG va MG ning ma'lum o'zgarishlari bilan karakterlangan. 2 yoshli bolalarda ko'pincha jarohatli davr YuQS ni 12,52 %ga oshishi bilan birgalikda YuI ning 2,38 %ga, ZI ning 2,97%ga va PSQ ning ham 7,55 %ga kamayishi namoyon bo'lgan. Biroq operatsiya oxirida namoyon bo'lgan o'zgarishlar muvozanatlashdi.

Hulosa. Promedolning ketamin va seduksen bilan birgalikdagi anesteziyasi, hamda promedol Q oksibutirat natriy anesteziyasi qo'llanilganda PG va MG sezilarsiz o'zgarishlari qayd qilingan. Bu esa bola organizmining operatsiyadagi jarohatlardan samarali himoyasi haqida darak beradi. Bolalarda jarroxlik operatsiyalarda promedol bilan markaziy og'riqsizlantirish yurak qon-tomir tizimiga jiddiy salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

ORALIK SOXA LIMFANGIOMATOZINI DAVOLASHDA SKLEROTERAPIYADAN FOYDALANISH

Suyunov D.M., Pakirdinov A.S.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Kirish. Limfangiomatoz — limfa sistemasining kam o'rganilgan patologiyasi bo'lib, rivojlashin nuqsoni sifatida kam uchraydigan kasallik qatoriga kiradi. Mazkur kasallikda to'qimalarda limfatik strikturani o'sishi bilan karakterlanadi. Xosil bo'lgan limfatik bo'shliqlarda xiloz suyuqlik yig'ilib so'ngra teri orqali tashqariga ajraladi. (Perelman M. I., YUstov I. A., 1984). Xozirgi kunda limfangiomatoz bo'yicha aniq statistik ma'lumotlar mavjud emas. Klinik kuzatuvdarga ko'ra bolalar va ayollar ko'proq kasallanadi. (Ggeen N. D., Mollica A.],, Karouza A. S., 1995). Younathan S.M., Kaude J. V. (1992) Oraliq soxa limfangiomatozi yaxshi sifatli o'simtalar sifatida kapilyar, kistoz va kavernoza turlarga bo'linadi. (Berenbeyn B. A., 1989). Mazkur kasallikni davolash muammolari dolzarbligicha qolmoqda (**Milanov N. O., Adamyar R. T., Starseva O. I., Ayrapetyan R. G. 2001**).

Maqsad: Oraliq soxa limfangiomatozi bilan kasallangan bemorlarni davolash saramadorligin oshirish.

Material va metod. Mazkur kasallikni davolash usul ADTI klitniksi 1-jarroxlik bo'limida amalda qo'llanilgan bo'lib oraliq soxasi limfangiomatozini samarali va kosmetik jixatdan sifatli davolash uchun qo'llaniladi. Limfangiomatoz bilan kasallangan bemorlarda oraliq soxasdan limfareya kuzatilishi okibatida bir qancha asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Mazkur davolash usulida kutilishi mumkin bo'lgan asoratlarini oldini olish va mazkur kasallikni kam invaziv davolashga qaratilgan.

Oraliq soxa limfangiomatozini xirurgik davolashdan so'ng limfareya xavfini o'ritishi va dag'al chandiqli jarayon rivojlanishi sababli quyidagi muammoli vaziyatlar kelib chiqadi. Limfareya oqibatida bemorni xayot sifati og'irlashadi. Limfa suyukligi bilan birga oqsil minerallar, suv va limfotsitlar yo'qotiladi. Buning oqibatida immun sistemada etarlicha muammolar kelib chiqishi mumkin. Tashrixdan so'ngi dag'al chandiqlar esa oraliq soxa xarakatchanligi kamayishiga, uretrani o'tkazuvchanlini buzishiga va jinsiy faoliyatga salbiy ta'sir ko'rsatadi. YUkorida keltirilgan asoratlarni oldini olish maqsadida oraliq soxaning limfangiomatozini davolashda skleroterapiya muolajasi ishlab chiqildi. Muolajani bajarish texnikasi oraliq soxasi muolajadan 1

kun avval tuklardan tozalanadi va muolaja kuni spirt va yod eritmalarida ishlov berilganidan so'ng etoksiskrerolning 05% eritmasi teri satxidan ko'tarilib chiqqan limfagiomatoz xosilasiga shprints yordamida yuboriladi. Etoksiskrerol yuborilgan soha 2-3 minut davomida bosib turiladi. SHu tartibda oraliq soxasidagi barcha limfaagiomatoz xosilalar teri osti yog' to'kimasiga qadar sklerozlanadi. Muolaja tugatilganidan so'ng bosib turuvchi bog'lam va bosib turuvchi kiyim kiydiriladi. Limfaagoimatoz tugunlarni soniga karab muolajalar soni 1 tadan 5 ta gacha bo'lishi mumkin. Muolaja o'tkaziganidan 1 sutkadan so'ng ko'zdan kechiriladi. Muolajani samaradorlini limfaagnomatoz tugunlarni kechkin kichrayganligi. Kattiklashganligi va limfareya belgilarni mavjud emasligi bilan izoxlanadi. Muolajadan so'ng antiseptik vositalar bilan ishlov berish tavsiya etiladi. Teri kichishishi mumkin bunday xolatlarda antigistamin preparatlar tavsiya etiladi.

Xulosa. Mazkur usulda davolaniganidan so'ng bemorlarga limforeya to'xtaydi va traditsion davolash usuidagi kabi dag'al chanliqli jarayonlar va kosmetik nokulayliklar kuzatilmaydi.

O'TKIR RINOSINUSITLARDA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI TABIIY YO'LLARINING BLOKLOVCHI OMILLARINI O'RGANISH VA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

Ulmasov B.B.

Andijon davlat tibbiyot instituti otorinolarinologiya kafedrasida 1 kurs tayanch doktoranti

O'tkir rinosinusit - burun yondosh bo'shliqlari va burun bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanish kasalligi hisoblanadi. O'tkir sinusit axoli orasida eng keng tarqalgan kasalliklardan biri va ushbu kasallikka qarshi kurashish tobora dolzarb bo'lib bormoqda. Yevropa mamlakatlarida (ERFOS) ma'lumotiga ko'ra ushbu kasallik har yettinchi odamda uchraydi, Qo'shma Shtatlarda har yili 31 million insonda rinosinusit holatlari ro'y beradi (IDSA, 2012).

O'tkir rinosinusitni kechishida burun yondosh bo'shliqlari tabiiy yo'lining funksiyasi buzilishi punksiya usulida aniqlanadi va quyidagi darajalarga ajratiladi (Bu funksiyasining buzilishi to'g'risida Kursk davlat tibbiyot universiteti olimlari S.Z. Piskunov, G.Z. Piskunov, V.V. Xarchenko, A.A. Doljikov. Burun va paranasal sinuslarning anatomiyasi va jarrohligi: monografiyasi. Kursk, 2004, 95- bet).

Aspiratsiya qilinganida, havo yoki patologik eksudat shprintsiga kiradi va antiseptik eritmalar bilan yuvilganda, suyuqlik burun bo'shlig'iga erkin quyiladi – bu tabiiy yo'ning normal o'tkazuvchanligi xisoblanadi.

Aspiratsiya paytida shprintsda manfiy bosim hosil bo'ladi, yuvish paytida suyuqlik burun bo'shlig'iga erkin kiradi bunda 1-darajali o'tkazuvchanlik buzilishi, xisoblanib sinusda manfiy bosim mavjudligini ko'rsatadi.

Sinusdan aspiratsiya qilish mumkin bo'lmaydi, yuvish faqat shprintsiga bosim kuchayganda va burun bo'shlig'ining anemiyasidan keyin mumkin bo'ladi bunda - 2- darajali o'tkazuvchanlik buzilishi xisoblanadi.

Sinusni aspiratsiya qilish ham, yuvish ham imkonsiz bo'lsa bu tabiiy yo'ning to'liq 3-darajali bloklanishi xisoblanadi.

Yuqorida keltirilgan burun yondosh bo'shliqlarining tabiiy yo'llarini turli darajada funksiyasini buzilishiga olib keluvchi omillarni o'rganishda quydagilarga e'tibor qaratiladi. Burunning funksional ko'rsatgichlarini o'rganish - nafas olish, transport, so'rib olish, shilliq ajratish, hidlov. Bulbar kon'yuktivaning mikrosirkulyasiya holatini baholash. Nur tashxislash usullari - MSKT, rentgenografiya. Laborator usullar – umumiy qon, intoksikatsiyaning leykositlar indeksi, intoksikatsiyaning gematologik indeksi, S-reaktiv oqsil, yallig'lanish kuchayturuvchi (interleykin 6) va unga qarshi (interleykin 10), eksudatning mikroskopiyasi, bakteriologik usul aerob mikroorganizmlarni aniqlash usullari o'tkaziladi. Barcha

tekshiruvlardan olingan natijalar tabiiy yo'lining turli darajada funksiyasi buzilishlarida qanday o'ziga xoslik kasb etishi va ta'siri aniqlanadi.

ZAMONAVIY XIRURGIYADA ROBOTOXIRURGIYANING RIVOJLANISH ISTIQBOLLARI

**Ulug'bekova G.J., Adhamov Sh.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Insoniyat yil sayin taraqqiylashib borayotgan texnologiya asrida ilm-fanning har bir sohalarida ulkan yutuqlarga erishmoqda. Xususan, tibbiyotning- biotibbiyot muhandisligi, tibbiyot robotexnikasi, nanotexnologiya, sun'iy intellekt sohalarida juda katta muvaffaqiyatlarga erishilmoqda va bu izchil davom etmoqda. Bu borada robotoxirurgiya (robot yordamidagi jarrohlik) – dunyo tibbiyotining erishgan ulkan yutuqlaridan biridir. Robotoxirurgiya jahon hamjamiyati tomonidan yuksak e'tirof etilmoqda va bunga sabab uning ko'plab afzalliklarga egaligidir.

Robotoxirurgiya (robot yordamidagi jarrohlik)- bu operatsiya jarayonida robotlarni qo'llash orqali kichik kesmalar tushirish bilan murakkab xirurgik jarayonlarni amalga oshirishdir. Robotik jarrohlik texnologiyasi- bemordan operatsiyadan oldin kompyuter tomografiyasi tekshiruvini talab qilmasdan, jarrohlik amaliyoti jarayonida bemor organlarining anatomik tuzilishini, to'qimalarning qavatma qavat tuzilishini yuqori darajada matematik modellashtirish orqali aniqlash imkoniyatiga egadir. Ushbu jarrohlik texnologiyasi- murakkab jarrohlik usullarini kichik o'lchamdagi kesmalar orqali, yuqori aniqlikda amalga oshirishi bilana an'anaviy jarrohlik usullaridan farq qiladi. Robotoxirurgiyaning rivojlanishi robotexnika sohasining tibbiyot bilan integrallashuvi va bu borada tibbiy maqsadlarga yo'naltirilgan robotlarni ishlab chiqaruvchi kompaniyalarning faoliyati yo'lga qo'yilishi bilan bog'liqdir. O'z o'rnida “AESOP”, “ZEUS”, “Da Vinci” robotik jarrohlik tizimlarining ishlab chiqarilishi va xirurgik jarayonga jalb qilinishi bunga misoldir.

Robotoxirurgiya o'zida bir qancha afzalliklarni jamlash orqali an'anaviy jarrohlik usullaridan farq qiladi. Jumladan:

-jarrohlik asboblari kichik o'lchamli bo'lib, inson qo'lga nisbatan ancha keng diapazonda aylanib, harakatlana oladi;

-robot-jarroh kichik o'lchamli kesmalar bilan ishlaydi, bu orqali o'z navbatida kamroq qon ketishiga, qon yo'qotilish xavfining sezilarli kamayishiga erishiladi;

-jarrohlik kesmalari kichik o'lchamli bo'lganligi uchun og'riq kam bo'ladi va tez bitadi, bu esa bemorning tezda faol hayotga qaytishiga va uning kasalxonada qolish muddatlarini qisqarishga olib keladi;

-jarrohlik amaliyoti jarayonida og'riq kam bo'lganligi va qon yo'qotish darajasi kamayganligi tufayli qon quyish vositalari va og'riq qoldiruvchilarni qo'llash ko'lamini sezilarli qisqarishga erishiladi;

-infeksiya tushish xavfi kamayadi;

-robotoxirurgiya jarayonida jarroh operatsiya blokida bo'lishi shart emas, chunki robot jarrohlik tizimi telemanipulyatsiyalangan tizimdir. Bu esa bemalol teleoperatsiya jarayonlarini amalga oshirishga imkon beradi va telemeditsinaning rivojlanishida muhim ahamiyat kas betadi;

-operatsiya jarayonida bo'lishi mumkin bo'lgan- jarrohning qo'l titroqlari robot xirurgning maxsus dasturlari orqali filtrlanadi;

Shu o'rinda aytib o'tish joizki, jarroh butun operatsiya davomida tik turishiga shart bo'lmaydi, bu esa jarrohlarning tez charchashlarini oldini oladi va bu orqali operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tishi ta'minlanadi.

Bugungi davr jahon tibbiyotida robotoxirurgiyani tibbiyotning birqancha sohalarida qo'llanilish ko'lami rivojlanib bormoqda. Jumladan: neyroxirurgiya, kardioxirurgiya, ginekologik xirurgiya, urologik xirurgiya, kolorektal xirurgiya, onkologik xirurgiya, ortopedik xirurgiya, oftalmologiya sohalarida qo'llanilish ko'lami ortmoqda.

Yuqoridagilardan shuni xulosa qilib aytish mumkinki, robotoxirurgiyaning keng rivojlanishi jahon tibbiyotida telemeditsina yo'nalishida salmoqli o'rin tutadi. Tibbiyot muhandisligi, robototexnika tarmoqlarining bir maqsadda integrallashuvi robotoxirurgiyaning rivojlanishida muhim o'ringa egadir. Xususan, Respublikamiz tibbiyotida robotik jarrohlik texnologiyasining rivoj topishida mamlakatimiz tibbiyot tarmog'i mutaxassisleri ikkita asosiy omilni ta'kidlaydilar:

Birinchisi bu –robotik jarrohlik texnologiyasini boshqara oladigan yetuk kadrlar tayyorlash va ularning zaxirasini shakllantirish bo'lsa, ikkinchisi esa respublikamiz tibbiyotida robot jarrohlar sonini ko'paytirish. Bu o'rinda oliy ta'lim muassasalarining tibbiyot va texnika (robototexnika) fan tarmoqlari orasida qo'shma ta'lim dasturlarining keng yo'lga qo'yilishi, birgalikda kadrlar bazasini shakllantirish, texnologik ishlab chiqarish tarmoqlarida robotik jarrohlik majmualarini ishlab chiqarilishini yo'lga qo'yish muhim ahamiyatga egadir.

TO'G'RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASI VA REZEKTABELLIGINI BAXOLASHDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI VA MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA IMKONIYATLARI

Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Urmanbaeva D.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti.
RIORIATM Andijon filiaali.

Mavzuni dolzarbliqi. Hozirgi kunda to'g'ri ichak saratonida o'smaning tarqalish darajasini baholash zamonaviy onkologiya dolzarb vazifasidir. Bu butun dunyoda, shu jumladan mamlakatimizda xam yo'g'on ichak saratoni bilan kasallanish va o'lim darajasining intensiv o'sishi bilan tushuntiriladi. Kolorektal saraton onkopatologiyani 11,4% ni tashkil qilib, ularning 55% ga to'g'ri ichak saratoniga to'g'ri keladi. Optimal davolash taktikasini tanlash va kasallikning prognozi o'smaning joylashishiga, jarayonning tarqalish darajasiga, mahalliy xamda uzoq metastazlarning mavjudligiga bog'liq. So'nggi o'n yillikda to'g'ri ichak saratoni tashxisi uchun kompleks ultratovush va MRT tekshiruvi keng qo'llanilmoqda. Bu tekshiruv usullari to'g'ri ichak saraton diagnostikasida o'sma maxalliy tarqalganlik xolati, regionar limfa tugunlari va boshqa a'zolarida metastatik o'zgarishlar xolatini to'liq aniqlash imkonini beruvchi usullar hisoblanadi.

Tadqiqot maxsadi. To'g'ri ichak saratoni rezektabelligini baholashda ultratovush tekshiruvi va magnit-rezonans tomografiya imkoniyatlarini o'rganish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2019-2021 yillarda RIORIATM Andijon filiali 4-jarrohlik bo'limida to'g'ri ichak saratoni tashxisi bilan davolanagan 54 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga olingan bemorlarda to'g'ri ichak bo'shliq ichi ultratovush tekshiruvi o'sma xajmi T mezonga ko'ra, sezuvchanlik 88,1%, spetsifiklik - 94,0%, umumiy aniqlik - 93,8% ni tashkil etdi. Mazkur kasallikda transabdominal ultratovush tekshiruvi regionar limfa tugunlar metastatik zararlanishi N mezonga ko'ra sezuvchanlik, spetsifiklik va aniqlik mos ravishda 55,7%, 79,8% va 74,2%, boshqa a'zolar metastatik zararlanishi M mezoniga ko'ra - 85,7%, 94,1% va 94,6% ni tashkil qildi. Kompleks ultratovush tekshiruvi to'g'ri ichak devoriga invaziya chuqurligini baholashda (93,8%), neoplazma bosqichini aniqlashda (93,5%) yuqori informatsiya berishi kuzatildi. To'g'ri ichak saratonida MRT tekshiruvi o'sma

jarayonining maxalliy tarqalish xolatini aniqlashda (96,9%), regional limfa tugunlarida metastazlarni aniqlashda (94,6%) yuqori diagnostik aniqlikka ega ekanligi aniqlandi.

Xulosa. Tadqiqot natijalari to‘g‘ri ichak saratonining lokal-regionar tarqalishini baholashda o‘smaning joylashuvi va jarayon bosqichiga qarab jarayon rezektabelligini aniqlashda MRT va kompleks ultratovush tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko‘rsatadi.

TUG‘MA YURAK NUQSONI BO‘LGAN CHAQALOQLARDA SUN‘IY QON AYLANISH DAVRIDA ULTRAFILTRATSIYA USULLARINING GIDROBALANSNI MUVOZANATGA SOLISHDAGI AHAMIYATI

Xaydarov Q.I., Satvaldieva E.A., Usmanova D.D., Mamatkulov I.B.
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Tadqiqot maqsadi - Tug‘ma yurak nuqsoni bo‘lgan chaqaloqlarda, anesteziya paytida ultrafiltratsiyani ikkita turining samaradorligini qiyosiy baholash.

Materiallar va usullar. Tadqiqotga 20 nafar tug‘ma yurak nuqsoni bo‘lgan chaqaloqlar kiritilgan bo‘lib ular 2023 yilning mart-iyun oylarida Toshkent pediatriya tibbiyot instituti klinikasi kardiojaroxlik bo‘limida jarroxlik amaliyatini o‘tkazishgan. Barcha bemorlar ikki guruhga bo‘lingan. Birinchi guruh 10 nafar bemordan iborat bo‘lib ularga suniy qon aylanish davrida klassik ultrafiltratsiya o‘tkazildi. Ikkinchi guruh bemorlarga suniy qon aylanishi to‘xtaganidan so‘ng modifitsirlangan ultrafiltratsiya o‘tkazildi.

Suniy qon aylanish davrida o‘tkazilgan klassik ultrafiltratsiya usulining o‘tkazilish texnikasi: Qon 20-50 ml/min tezlikda aortadan rezervuarga, qonning qaytishi esa venoz rezervuarda amalga oshiriladi. Ultrafiltrat hajmi - birinchi guruhda 52,7 (33,1; 77,6) ml/kg ni tashkil etdi. Klassik ultrafiltratsiya jarayoni gemotakrit Ht 30% ga etgungacha amalga oshirildi. MUF usulining o‘tkazilish texnikasi: Suniy qon aylanishi to‘xtaganidan so‘ng 100-250 ml/min tezlikda amalga oshirildi; qon kovak venaga qaytarildi. MUF vaqti 13,5 (11; 15) min. Ultrafiltrat hajmi - 64,8 (50,0; 94,5) ml/kg. MUF protsedurasi gemotakrit korsatkichi Ht-40% etganda tugatildi.

Gemodinamik va laborator ko‘rsatkichlar anesteziyaning 5 ta bosqichida doimiy ravishda baholanib borildi: I - operatsiyadan oldin; II - sun‘iy qon aylanishidan oldin; III - sun‘iy qon aylanishidan keyin; IV - MUFdan keyin; V - operatsiyadan keyin

Natijalar va muhokama. Anesteziyaning sun‘iy qon aylanish tugashi bosqichidagi ultrafiltratsiya hajmi va gidrobalans ml/kg da hisoblandi. Ultrafiltrat hajmi guruhlar o‘rtasida taqqoslanganda sezilarli darajada farq qilmadi. Birinchi guruhda 52,7 (33,1; 77,6) ml/kg, ikkinchisida 64,8 (50,0; 94,5) ml/kg. Anesteziyaning sun‘iy qon aylanish tugashi bosqichida MUF ishlatilgan guruhda manfiy gidrobalans, klassik ultrafiltratsiya ishlatilgan guruhda esa ijobiy gidrobalans olingan. Operatsiyadan keyingi 6 soat davomida olingan gidrobalans xisobi ikkala guruhda ham ijobiy edi va ular o‘rtasida sezilarli farq aniqlanmadi.

Anesteziyaning sun‘iy qon aylanishdan oldingi bosqichida guruhlar gemoglobin darajasi bo‘yicha bir-biridan farq qilmadi. Gemoglobin va gemotakrit miqdori MUF ishlatilgan 2 guruhda birinchi guruhga nisbatan sezilarli darajadagi yuqori korsatkichlar qayd etildi.

Xulosalar. Tug‘ma yurak nuqsoni bilan tug‘ilgan chaqaloqlarda sun‘iy qon aylanish sharoitida gidrobalansni muvozanatga solishning ikkala usuli ham juda samarali xisoblanib, anemiyani yo‘q qilishga imkon beradi, ammo MUF usulidan foydalanganda, gemoglobin va gemotakrit ko‘rsatkichlarining boshlang‘ich darajasiga erishish mumkin bo‘ladi, eritrotsitar massa quyish ehtiyojini kamaytirishga erishiladi.

ERTA TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA NAFAS OLIISH BUZILISHI SINDROMI

Yunusov D.M.

*Bolalar kasalligi propedevtikasi va poliklinika pediatriya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda turli sabablar bilan bog'liq nafas olish kasalliklarining dastlabki klinik ko'rinishlari bir xil: burun qanotlarining shishishi, ko'krak qafasining egiluvchan qismlarining tortilishi, taxipnea, nazolabial uchburchakning siyanozi. RDS va pnevmoniya bilan og'rigan ko'plab bolalarda nafas etishmovchiligining kuchayishi bilan shovqinli nafas olish qiyinlashadi, ko'krak qafasi va qorin old devorining nafas olish harakatida asenkron ishtirok etadi ("belanchak" kabi nafas olish), siyanoz kuchayadi.

Homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning D vitamini bilan ta'minlanishi onaning D vitamini tarkibiga bevosita bog'liq. Bolaning kindik qonida D — 25-gidrosikolekalsiferol (25(oh)D) vitaminining asosiy transport shakli kontsentratsiyasi homiladorlik davridan qat'i nazar, onasining qonidagi 25(oh)D darajasining 50-80% ni tashkil qiladi. Homilador ayollar orasida D vitamini etishmasligining keng tarqalishi, shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va hayotning birinchi oylarida bolalarda D vitamini etishmasligining yuqori darajasini tushuntiradi.

Tadqiqotning maqsadi. D vitamini bilan ta'minlashning turli sharoitlarida turli homiladorlik yoshiga ega bo'lgan erta tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish buzilishi sindromining xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. D vitamini etishmovchiligi bo'lgan onalardan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqning 20 ta rivojlanish tarixi (f. 097/y) tahlil qilindi, erta tug'ilish xavfi bo'lgan homilador ayolda D vitamini darajasini aniqlash uchun venoz qon namunasi homilador ayollar patologiyasi bo'limiga yotqizilganida o'tkazildi.

Tadqiqotga homiladorlik davrida 32 haftadan 36 haftagacha 6 kun davomida tug'ilgan, tug'ruq xonasida, neonatal reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limida (ORITN) nafas olishni qo'llab — quvvatlashning turli usullarini talab qiladigan erta tug'ilgan chaqaloqlar kiritilgan.

Tadqiqot natijalari. D vitamini etishmovchiligi bo'lgan onalardan tug'ilgan erta tug'ilgan chaqaloqlarda venoz qonda D vitamini etishmovchiligi mavjud va etishmovchilik holatini tuzatishni talab qiladi. Belgilangan homiladorlik yoshidagi erta tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilishining aksariyat holatlarida, tug'ilgandan so'ng darhol nafas olish terapiyasini o'tkazish kerak edi, bu esa bola ORITNDA bo'lganida ham davom etishi kerak edi. Chaqaloqlarning taxminan yarmi tug'ruq xonasida invaziv ventilyatorga muhtoj edi va erta tug'ilgan chaqaloqlarning 1/3 qismi tug'ilgandan keyin 6 soat o'tgach sirt faol moddasini qayta kiritishni talab qildi.

Xulosa. Muhim muammoni hal qilish — turli xil homiladorlik yoshidagi erta tug'ilgan chaqaloqlarda SDR rivojlanishini D vitamini bilan taqqoslash-SDR rivojlanishining oldini olishga qaratilgan profilaktika choralarini amalga oshirishga imkon beradi.

D VITAMINI BILAN TA'MINLASH VA UNI ERTA YOSHDAGI BOLALARDA PROFILAKTIKA QILISH SAMARADORLIGI

Yunusov D.M.

*Bolalar kasalligi propedevtikasi va poliklinika pediatriya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. D vitamini suyak metabolizmini tartibga solishning asosiy bo'g'ini bo'lib, shuningdek, o'tkir respirator kasalliklar chastotasini kamaytirish, neyroplastik va kognitiv

potentsialni oshirish kabi ko'plab kalsiyemik bo'lmagan ta'sirlarni ta'minlaydi. Motor faolligining pasayishi, past harakatchanlik, oqsil-energiya etishmovchiligi (Ben), antikonvulsantlardan uzoq muddat foydalanish miya yarim palsi (CPU) bo'lgan bolalarda D vitaminining past holatini shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratadi.

So'nggi 50 yil ichida miya yarim falajida (miya yarim palsi) ovqatlanish bilan bog'liq muammolar va ozuqa moddalarini assimilyatsiya qilishning buzilishi turli mamlakatlar tadqiqotchilarining ishlarida bir necha bor qayd etilgan. Ma'lumki, oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish va yo'q qilish bilan bog'liq muammolar ovqatlanish holatining buzilishi bilan birga bo'lishi mumkin. Ikkinchisining yo'nalishi tubdan qarama-qarshi bo'lishi mumkin, ya'ni miya yarim palsi bilan og'rigan bemorlarda malnutritsiya va semirish mavjud.

Tadqiqotning maqsadi. CPU bilan og'rigan bemorlarning D vitamini bilan ta'minlanishini baholang.

Materiallar va tadqiqot usullari. 6 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 50 nafar bemor CPU bilan kasallangan bolalar guruhidan tasodifiy tanlab olingan.

Tadqiqot natijalari. D vitamini bilan ta'minlash yuqori samarali suyuqlik xromatografiyasi usuli bilan aniqlangan qon zardobidagi kalsidiol [25(oh)D] darajasi bilan baholandi. D vitaminining etarli darajasi 25(oh)D konsentratsiyasida 30-70 ng/ml, etishmovchilik — 20-29 ng/ml, etishmovchilik — 19-10 ng/ml, aniq etishmovchilik — 10 ng/ml dan kam.

Bemorlarning jismoniy rivojlanishini baholash protsessorli bolalar uchun maxsus o'lchovlar bo'yicha o'tkazildi (L. Westbom va boshqalar., 2011). Ben darajasi tana massasi indeksining standart og'ishlar koeffitsiyenti (SDS) bo'yicha belgilangan (J. Waterlow, 1992).

Turli darajadagi Ben bilan og'rigan bemorlar 1-guruhni tashkil etdi (n = 27). Ulardan og'ir darajadagi Ben 16 kishi (> -3,0 SDS), o'rtacha 9 kishi (-2,1...-3,0 SDS), engil darajadagi 3 kishi (-1,1...-2,0 SDS) bo'lgan. CPU bemorlarining 2-guruhida (n = 23) Ben yo'q edi. 1-guruhdagi to'rtta bolada (15%) D vitamini etishmovchiligi, 7 (26%) etishmovchilik, 1 (4%) etishmovchilik bor edi. 2-guruhdagi 2 bemorda (9%) D vitamini etishmovchiligi aniqlandi, 7 (17%) — etishmovchilik, 2 (9%) — etishmovchilik.

Xulosa. D vitamini bilan ta'minlash darajasini baholash, ovqatlanish holatidan qat'i nazar, barcha CPU bemorlari uchun zarur bo'lib, reabilitatsiya choralari samaradorligini oshirish va osteopeniya rivojlanish xavfini kamaytirish uchun normal darajaga o'rnatiladi.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ЭНДОМЕТРИИ

Назирова З.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По мнению большинства авторов, первые два типа гиперплазии не являются предраковым заболеванием. Третий тип – атипическая гиперплазия, является предраковым заболеванием. При её наличии угроза перерождения в злокачественную опухоль (рак эндометрия) при отсутствии терапии составляет от 1 до 14% и наиболее часто наблюдается в период менопаузы (прекращения менструальной функции по возрасту).

Предраковые гиперпластические процессы переходят в рак эндометрия примерно у 10% больных (по данным разных авторов, от 2 до 50%), они нередко длительно персистируют, иногда подвергаются обратному развитию. Однако с учетом реальной угрозы перехода процесса в рак эндометрия необходимо внимательнейшее отношение врача к больным с аденоматозом эндометрия и аденоматозными полипами.

Существуют мнения о возможности считать предраком эндометрия железистую гиперплазию и гиперпластические процессы, которые возникают вновь (рецидивируют) после выскабливания эндометрия или не поддаются гормонотерапии.

Риск малигнизации (озлокачествления) гиперпластических процессов возрастает при метаболических нарушениях, обусловленных экстрагенитальным заболеванием (ожирение, нарушение углеводного и липидного обмена, расстройства функций гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта), сопутствующим развитию патологии эндометрия.

Цель исследования. Оптимизация диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин в период длительной постменопаузы.

Материал и методы исследования. Материалом для основного исследования послужили данные комплексного обследования 256 пациенток в постменопаузе.

Результаты исследования. Патология эндометрия, диагностированная при УЗИ у 232 пациенток в период длительной постменопаузы без клинических проявлений в 58,2% является проявлением полипов эндометрия и в 35,8 - атрофических процессов эндометрия, имитирующих его патологию. Диспансерное динамическое наблюдение за пациентками (с учетом стабильного уровня предраковых и раковых процессов) в период менопаузы проводится независимо от возраста и длительности менопаузы. В комплекс обследования входят лабораторные и инструментальные исследования с обязательным УЗИ (МРТ, КТ) матки (с измерением толщины эндометрия).

Гормонально зависимые патологические процессы в эндометрии чаще сопровождаются клиническими проявлениями (железистая, железисто-кистозная гиперплазия — в 25% случаях, атипичная гиперплазия и рак — в 16,6%). Отсутствие в 94% случаях клинических проявлений при ультразвуковой диагностике признаков патологии эндометрия является проявлением атрофических процессов (фиброзные и фиброзно-железистые полипы - в 58,2% случаев и в 35,8% наличие в соскобе соединительной ткани).

Патология эндометрия диагностирована при комплексном обследовании у 256 (12,3%) от числа всех 2082 пациенток находящихся под динамическим наблюдением в период длительной постменопаузы. При этом патология эндометрия в 24 (1,15%) случаев имела клинические проявления и в 232 (11,14%) диагностирована при УЗИ в группе пациенток, не имевших клинических симптомов.

Структура патологии эндометрия у 256 пациенток в период длительной постменопаузы после гистологического исследования характеризуется наличием железистой и железисто-кистозной гиперплазии эндометрия (5,86%), полипов эндометрия (55,47%), атипичной гиперплазии и рака эндометрия (3,51%). В 35,16% случаях патологические изменения отсутствуют.

Диагностированная при УЗИ патология эндометрия получила подтверждение при визуальном обследовании эндометрия (методом гистероскопии) в 63,28%, а при гистологическом исследовании удаленных тканей - в 64,84% случаев, что показывает уровень информативности (относительную достоверность) лучевого метода диагностики.

Вывод. Внутриматочная патология включает гиперпластические процессы эндометрия; подслизистую миому матки; аденомиоз (внутренний эндометриоз); перегородки в матке; синехий; инородные тела. В структуре гинекологических заболеваний внутриматочная патология занимает значительное место.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) возможны в любом возрасте, но их частота значительно возрастает к периоду перименопаузы. Рост заболеваемости ГПЭ связывают как с увеличением продолжительности жизни, так и с неблагоприятной экологической обстановкой, ростом числа хронических соматических заболеваний и снижением иммунитета у женщин.

Эндометрий является органом-мишенью для половых гормонов из-за присутствия в нем специфических рецепторов. Сбалансированное гормональное воздействие через цитоплазматические и ядерные рецепторы обеспечивает физиологические циклические превращения слизистой оболочки матки. Нарушение гормонального статуса может приводить к изменению роста и дифференцировки клеточных элементов эндометрия и повлечь за собой развитие гиперпластических процессов.

СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Назирова З.М.

*Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Увеличение частоты патологии эндометрия в популяции отмечают многие исследователи. Среди факторов риска указывают на широкое применение различных внутриматочных манипуляций (искусственных абортов, диагностических выскабливаний эндометрия, длительного использования внутриматочных контрацептивов).

Большое значение имеют воспалительные осложнения после родов и абортов, инфекционные поражения шейки матки и влагалища, нарушения иммунитета.

Цель исследования. Изучение эффективности лечебной тактики при наличии гиперпластических процессов в эндометрии у женщин в перименопаузальном периоде на основе новых клинико-патогенетических аспектов с учетом роли хронического эндометрита.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 80 женщин в возрасте от 25 до 42 лет. Пациентки предъявляли жалобы на нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи - 38 (47,5%) женщин, менометроррагий - 22 (27,5%), альгодисменореи - 46 (57,7%), тянущие боли внизу живота - 68 (85%). Нарушение генеративной функции (бесплодие, невынашивание беременности) имели 72 (90%) женщины.

Результаты исследования. В проведенном исследовании обнаружено усиление лечебного эффекта сочетанного применения лонгидазы и стандартной антибактериальной терапии (антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты) по сравнению со стандартной антибактериальной терапией. У пациенток быстрее исчезали жалобы, купировались клинические проявления воспалительных заболеваний органов малого таза.

Ведущей жалобой пациенток основной группы и группы сравнения было длительное маточное кровотечение (более 7 дней), возникшее в дни предполагаемой менструации – 50,6% и 51,0% соответственно. Кроме того, в основной группе 45,9% женщин указывали на обильные менструальные кровотечения, при этом длительность нарушения менструального цикла в среднем была более 1,5 лет. В группе сравнения меноррагии встречались реже – в 22,9% случаев, а у большинства женщин (77,3%) менструальный цикл оставался регулярным. Группа сравнения – 87 пациенток, у которых по данным морфологического исследования не было выявлено патологических изменений в эндометрии и основная группа, которую составили 62 женщины с подтвержденным гистологически гиперпластическим процессом эндометрия.

Обследованные больные были в возрасте от 45 до 55 лет. Средний возраст пациенток составил 48,2±2,9 лет. Это обусловлено критерием отбора пациенток и свидетельствует, что патологические процессы в эндометрии формируются в период перименопаузы.

У всех пациенток, поступивших в стационар, изучали анамнестические и объективные данные. В разработанную нами индивидуальную карту обследования заносили следующие сведения: наследственность, перенесенные в детском и юношеском возрасте инфекционные заболевания, конституционные особенности, характеризующие преморбидный фон, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, перенесенные оперативные вмешательства. Кроме того, уточняли особенности и характер менструальной функции: возраст менархе, характер, болезненность, объем менструальной кровопотери. Подробно изучали особенности репродуктивной функции – течение и исход каждой беременности, их осложнения.

Вывод. По данным инструментального контроля (УЗИ, эхо-гистеросальпингоскопия, гистероскопия), у подавляющего числа пациенток зарегистрирована нормализация морфофункционального состояния эндометрия после проведенной терапии. Особо следует отметить эффективность лонгидазы у пациенток, перенесших внутриматочные хирургические вмешательства (разрушение синехий и перегородки, миомэктомия субмукозных узлов и повторные рассечения внутриматочных сращений).

Полученные результаты позволяют сделать заключение о целесообразности применения лонгидазы в послеоперационном периоде у пациенток с хроническим эндометритом, очаговой гиперплазией эндометрия, после разрушения фиброзных внутриматочных сращений.

O‘TKIR RINOSINUSITLARDA BURUN YONDOSH BO‘SHLIQLARI TABIIY YO‘LLARINING BLOKLOVCHI OMILLARINI O‘RGANISH VA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

Ulmasov B.B.

Andijon davlat tibbiyot instituti otorinologiya kafedrasida 1 kurs tayanch doktoranti

O‘tkir rinosinusitlar kelib chiqishi virusli, bakteriali, zamburug‘li yoki allergik bo‘lishi mumkin. Ma‘lumki deyarli barcha insonlar yiliga 2-5 marotabagacha ORVI ning ma‘lum bir epizodidan aziyat chekib bular orasida 0,5-2,0 % xolatlarida turli asoratlar kuzatilmoqda. (Gwaltney J.N, 1996; Rosenfel R.M ,2016 Wang D. et al. 2011). Ko‘plab ilmiy izlanishlar o‘tkir rinosinusit muammosiga bag‘ishlangan bo‘lishiga va o‘tkir rinosinusitni davolash uchun zamonaviy dori vositalari yetarli bo‘lishiga qaramay kasallikni to‘g‘ri davolashda kamchiliklar saqlanib qolmoqda. Natijada axoli orasida ushbu kasallik bilan kasallanganlar soni tobora ortib bormoqda va ushbu kasallik sababli kelib chiqishi mumkin bo‘lgan asoratlarning xavfi yuqoriligicha saqlanib qolmoqda. Shu sababli kasallikning etiologiyasi va patogenezini xisobga olgan holda minimal noqulaylikga ega davolash jarayonini tezlashtirishga qaratilgan davolash samaradorligi va xavfsizligi talablariga to‘liq javob beradigan zamonaviy davolash usullarini ishlab chiqishni vaqt taqazo etmoqda.

Buning uchun burun yondosh bo‘shliqlariga pulsatsiyalanuvchi ingalyasiya usulida dori moddalarini yuborish maqsadga muvofiq xisoblanib, o‘tkir rinosinusitni kompleks davolash uchun yuqoridagi talablarga mos keladi. “Pari sinus” o‘tkir sinusitlarni davolash uchun dori moddalarini pulsatsiya shaklida burun bo‘shlig‘i orqali burun yondosh bo‘shliqlarigacha etkazib berish imkoniyatini beruvchi ingalyator xisoblanadi. Odatiy ingalyatorlardan farqli ravishda pulsatsiyalanuvchi ingalyasiya shaklida yuborilgan aerozol to‘g‘ridan to‘g‘ri burun yondosh bo‘shliqlarigacha yetib boradi va bo‘shliqlarda uzoq vaqt saqlanib qoladi. (Mentzel H. et al.,2013; Moller W. et al.,2009).

O‘tkir rinosinusitlarni ushbu usulda davolashda burun yondosh bo‘shliqlariga yuboriladigan dori vositasining xususiyatlari xam muxim ahamiyatga ega. Ushbu dori vositasi

keng sfektorli bo`lib viruslar, bakteriyalar va zamburug`larga qarshi samarali ta`sir ko`rsatishi lozim. Ushbu muolaja qulay, og`riqsiz qisqa muddatli hisoblanadi. Muolajani amalga oshirish 10-15 daqiqa vaqtni o`z ichiga oladi va 6 yoshdan boshlab bolalarga ham ruxsat beriladi. Ushbu ingalyatsiya usuli yordamida sinusitlarning virusli, bakteriali, zamburug`li, allergik shakillarini shuningdek yuqori va pastki nafas yo`llarining boshqa kasalliklarini ham davolash mumkin.

“Pari sinus” qurilmasi bilan ingalyatsiya yordamida keng ta`sir doirali antiseptiklar, antibiotiklar, kortikosteroidlar va boshqa dori vositalarini ham qo`llash mumkin.

O`tkir rinosinusitni “pari sinus” yordamida ingalyatsiya qilish natijasida dori vositasi terapevtik ta`siri bilan birga burun yondosh bo`shliqlari shilliq qavatlarini yaxshi namlaydi, bu esa regeneratsiya jarayonini tezlashtiradi va davolash samarasi mahalliy ta`sir tufayli ancha tezroq bo`ladi, dori vositasini to`g`ridan-to`g`ri yallig`lanish joyiga yuborish, boshqa a`zolarga zarar bermaydi va jarayonning surunkali bo`lish xavfini kamaytiradi. Natijada “Pari Sinusdan” foydalanganda davolanish natijasiga tezroq erishiladi.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Асранов Ш.Я., Гуломов П.Г., Хакимов И.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время для проведения гемо- и плазмосорбции широко используются макро- и микропористые углеродные, углеродно-минеральные и иммуносорбенты, которые должны отвечать всем требованиям.

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрибрюшинном введении углеродного нанопористого сорбента.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Острую токсичность при внутрибрюшинном введении препарата изучали на 30 белых крысах самцах массой тела 200-240 г. Стерильный сорбент углеродного нанопористого гемосорбента животным вводили внутрибрюшинно в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг. Наблюдение за животным проводилось в течение 14 суток. Животных разделили на 5 групп по 6 особей в каждой. Для определения параметров острой токсичности был использован метод Литчфилда и Уилкоксона.

Результаты исследования. Экспериментальные исследования показали, что при однократном внутрибрюшинном введении препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг через 24 часа у крыс отмечены признаки угнетения центральной нервной системы, отказ от корма и воды. В 1 группе животных, получавших дозу 5000 мг/кг, отсутствовали признаки интоксикации. К исходу 2-х суток во 2 группе после введения дозы 5500 мг/кг отмечена гибель одной крысы из шести, в 3-ей и 4-ой группах (дозы 6000 и 6500 мг/кг соответственно) погибли по две, а в 5-ой группе (дозы 7000 мг/кг) погибли четыре. По результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении летальной дозы (50% подопытных животных) углеродного нанопористого гемосорбента составило 6654,0 (6005,8+7302,2) мг/кг.

Закключение. Таким образом, летальная доза подопытных животных по результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении установлено на уровне 6654,0 мг/кг и препарат относится к 4 классу опасности-практически нетоксичным веществам.

ИЗУЧЕНИЯ МУТАГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОРСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Минаваров Н.Ю
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из основных вопросов в этом отношении является оценка мутагенной активности, которая, как показано в ряде лабораторий мира, в высокой степени коррелирует с канцерогенной активностью и значительно - с тератогенезом (развитием уродств). Следствием мутаций в зародышевых клетках является гибель зигот, эмбрионов, плодов на ранних стадиях развития и передача мутаций из поколения в поколение. Мутации в соматических клетках неизбежно приводят к нарушению генетического гомеостаза и могут вызывать ускорение процессов старения, повышение общей заболеваемости и образование злокачественных опухолей.

Цель исследования. Изучить мутагенное действие отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в эксперименте.

Материал и методы. Нами было проведено исследование препарата углеродного нанопористого гемосорбента на предмет проявления мутагенной активности при воздействии на культуру клеток лимфоцитов человека.

Результаты. Для решения поставленной задачи было определено количество хромосомных aberrаций при воздействии углеродного нанопористого гемосорбента на культуру клеток лимфоцитов человека в течение 72 ч, лимфоциты человека были получены из периферической крови здоровых доноров. Всего был использован 1 образец крови доноров, на образец проводили воздействие препаратом. Углеродный нанопористый гемосорбент при воздействии на культуру клеток лимфоцитов человека в исследованной дозе $150,0/10 \cdot 10^6$ клеток в течение 72 ч, не обладает мутагенной активностью в изученной дозе.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что углеродный нанопористый гемосорбент не обладает мутагенным действием.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель. Совершенствования модели экспериментального формирования недостаточности швов анастомозов на толстой кишке.

Материал и методы. Без предварительной подготовки животных производится индукция в наркоз путем помещения животного под стеклянный колпак, где имеется марлевая салфетка, смоченная галотаном. После засыпания животное извлекается и фиксируется на операционном столике в положении на спине, с разведенными в стороны конечностями. Дальнейшая анестезия осуществляется путем использования масочного наркоза 3% парами галотана с кислородом. По средней линии живота производится обработка кожи с депиляцией шерстяного покрова. После обработки операционного поля 70% спиртом выполняется средне- срединная лапаротомия. После послонного вскрытия брюшной полости и обкладывания краев операционной раны

стерильными салфетками из брюшной полости извлекается восходящий отдел толстой кишки со слепой кишкой.

Купол слепой кишки обычно бывает заполнен каловыми массами. Производится мобилизация купола слепой кишки в пределах 2 см по брыжеечному краю с перевязкой сосудов лигатурой 3/0 капрон.

Далее в пределах 2 см от дистального отдела купола слепой кишки накладывается мягкий прямой зажим со смыканием бранш в пределах 1 зубца замка. Отсечение купола слепой кишки выполняется с использованием скальпеля на 2 мм выше уровня бранш зажима.

Обработка линии среза с использованием марлевых шариков смоченных 70% спиртом. На культю слепой кишки, которая имеет размеры в пределах 1 см, накладывается 5 узловых швов с использованием атравматической нити - 5/0 капрон. Имеет значение выдерживать расстояние между швами в пределах 2 мм. При этом для приближения эксперимента к условиям экстренной хирургии, участок кишечника в зоне формируемых швов сдавливается в течение 15-17 мин, с дозированной компрессией, что вызывает преходящее нарушение кровоснабжения кишечника с ишемией.

Далее выполняется обработка линии шва спиртовым раствором. Зажим с кишечника снимается. При этом удастся проследить зону ишемии стенки кишки вследствие передавливания питающих сосудов в течение 15-17 минут. Кишечник погружается в брюшную полость. Операционная рана послойно ушивается. Обработка линии швов 70% спиртом. Тем самым мы создаем условия для поступления кишечного содержимого между швами за пределы кишечника, а зона ишемии не дает возможность быстрому слипанию стенок и ограничению процесса.

Таким образом, усовершенствованные тактико-технические аспекты для формирования экспериментальной модели недостаточности швов толстой кишки включают следующие факторы:

- операция выполняется на неподготовленном кишечнике;
- мобилизация купола слепой кишки производится на 0,5 см ниже уровня резекции;
- на 5 мм ниже уровня резекции накладвается зажим для временного прекращения поступления крови к зоне соустья (5-17мин), а также частичной деструкции слизисто-подслизистого слоя кишечника;
- формируются редкие узловые швы не рассасывающимися нитками с промежутком в 2 мм;
- швы формируются в условиях загрязненной каловыми массами среды толстой кишки;
- при сдавливании просвета кишки с усилием $50\text{г}/\text{см}^2$ наблюдается просачивание кишечного содержимого между швами.

Выводы. Полученная модель обеспечивает возможность для проведения экспериментальных исследований по изучению и внедрению новых методов лечения НШТА и ее осложнений.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель. Экспериментально изучить воздействия лазерного излучения для профилактики несостоятельности швов кишечных анастомозов путем морфологических исследований.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены в отделе экспериментальной хирургии ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова» за 2020-2021 гг. Эксперименты проведены на 56 нелинейных белых крысах самцах массой 270-340 г. Всем животным выполнена разработанная нами модель несостоятельности толстокишечных анастомозов. Через 1-3-5-7 и 14 сутки после хирургического вмешательства отбирали образцы кишечной ткани в области швов для анализа. Были изучены морфологические исследования биоптатов кишечника. В опытной группе животных для предупреждения осложнений выполнялись лечебные манипуляции в виде сеансов лазерного воздействия на зону сформированной культи толстой кишки. В группе контроля проводилась только стандартная послеоперационная реабилитация в условиях смоделированной НШТК.

Результаты. В 1-е сутки в обеих группах наблюдались практически одинаковые морфологические изменения, характерные для воспаления. Отмечен некроз кишечного эпителия в области резекции, расширение и переполнение сосудов в подслизистой области, а также дистрофические изменения мышечного слоя. Набухание, инфильтрация нейтрофилов-лимфоцитов наблюдалась во всех слоях. Однако в контрольной группе была относительно низкая частота тканевые отеки и небольшое накопление нейтрофильно-лимфоцитарной инфильтрации вокруг шовного материала.

Разница в основных морфологических изменениях была очевидна через 3 суток. Некротически- экссудативные процессы воспаления были очевидны в контрольной группе. Наблюдаются некротические изменения слизистой оболочки, очаговая инфильтрация лимфоцитов-макрофагов в подслизистом слое, неравномерное расширение соединительнотканного слоя, утолщение сосудистой стенки, дилатация и застой (стаз) различных форм, диапедез эритроцитов вокруг сосуда, отек в всех слоях. Вышеуказанные изменения представляют собой специфические зоны: бесклеточные зоны - участки отёка, внесосудистые эритроциты и лимфоцит-макрофаги, образующие очаговую инфильтрацию. В наружно-серозном (адвентиция) слое кишечника наблюдается инфильтрация нейтрофил-лимфоцитарных очагов. Произошло образование фибробластов в области резекции.

В контрольной группе фибробласты формировались к 5-м суткам. Но здесь, в отличие от опытной группы, фибробласты грубые, образование новых сосудов происходит редко и сопровождается отеком. Другим важным аспектом является наличие макрофагов, инфильтрации лимфоцитов и трещин между тканью и нитью вокруг нитей полифиламента и тканью, вшитой в область резекции. Это указывает на реакцию между тканью и инородным телом, и это может служить источником несостоятельности швов и инфекции.

На 7-е сутки эксперимента указанная выше разница стала еще более очевидной.

В результате дифференцировки и трансформации клеток произошла регенерация эпителиального слоя, которая проявлялась гистоцитарными отёками вокруг различных крипт. Новые кровеносные сосуды полностью сформированы, заполнены. Одним словом, все слои начали регенерировать. Признаки полного remodelирования были очевидны в течение длительного периода времени, например, 14 дней. В контрольной группе произошла основная регенерация соединительной ткани, тогда как в опытной группе все слои регенерировали и все слои продолжали свою функцию.

Выводы. Таким образом подтверждено, что использование в хирургии различных лазеров, приводит к стимуляции регенеративных процессов. В частности, ИК-лучи проникают глубоко в ткани (до 15 см), улучшают микроциркуляцию и стимулируют пролиферативные процессы, что приводит к быстрому заживлению хирургической травмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОРБЕНТА

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Бобаев У.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях физико-химические характеристики, гистологические и морфологические результаты использования различных гемосорбентов, которые способны расширить возможности применения сорбционных методов очистки крови при печеночной недостаточности различного генеза.

Цель исследования: оценить результаты макроскопических и микроскопических морфологических исследований при внутрибрюшинном введении углеродного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования многократного внутрибрюшинного действия углеродного гемосорбента проводились на 24 белых крысах с массой тела 250-300 грамм в течение 7 дней. На основании этого срока хронического эксперимента составил семь дней в соответствии с международными требованиями по оценке токсичности медицинских препаратов (2013г). Исследуемое вещество вводили внутрибрюшинно 3-м группам опытных белых крыс. 4 группа служила контролем. Введение исследуемого вещества осуществлялось в следующих дозах:

- 1-я группа (300 мг/кг);
- 2-я группа (150 мг/кг);
- 3-я группа (50 мг/кг);
- 4-я группа (1% крахмальная слизь из расчета 1 мл на 100 г. массы тела).

Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. После окончания хронического эксперимента часть животных опытной и контрольной групп забивалась путем декапитации под легким эфирным наркозом и проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко. Материал фиксировали в 12% формалине с

последующей, стандартной проводкой по спиртам восходящей концентрацией и заливкой парафином. Срезы из органов толщиной 6-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. За время эксперимента общее состояние опытных животных не нарушалось, симптомов интоксикации и гибели животных не выявлено. На коже местные изменения не обнаружены, мест очагового облысения и язв не отмечалось. Животные были опрятны, активны, шерстяной покров гладкий, блестящий, корм поедали охотно, адекватно реагировали на внешние раздражители. В заключение следует отметить, что дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами не обнаружено. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

Заключение. Таким образом, на основании гистоморфологического исследования органов и тканей, контрольных и опытных животных можно сделать заключение о том, что при длительном многократном внутрибрюшинном воздействии углеродного гемосорбента не вызывает патологических изменений в организме. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови.

ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА.

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А. Бобаев У.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клиничко-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Цель исследования: оценить токсичность нового отечественного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования проведены на 138 белых половозрелых беспородных крысах первого года жизни массой 190 – 300 г и 5 белых кроликах-альбиносах обоего пола, различной массы тела. Для определения параметров острой и хронической токсичности использованы методики и критерии ISSN 2011. После последнего введения водной суспензии препарата (растворенный в физиологическом растворе сорбент) у всех групп животных из хвостовой вены была взята кровь для развернутого анализа гематологических показателей. Затем под общим обезболиванием забирали кровь для развернутых биохимических исследований у животных из полости сердца путем прокола кожи в проекции сердца. В последующем извлекали внутренние органы для морфологических исследований. Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей (ETS N 123), Страсбург, 18.03.1986 г. Критериями токсичности служили: поведение животных,

выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, частота сердечных сокращений, по содержанию общего белка, альбумина, активности аспартат-аминотрансферазы (АСаТ) и аланинаминотрансферазы (АЛаТ), креатинина, щелочной фосфатазы, γ -гамма-глутамил-трансферазы, холестерина, общего билирубина и их фракций в сыворотке крови. Исследования физиологических и биохимических показателей проводили после завершения эксперимента. После окончания хронического эксперимента проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко.

Результаты исследования. Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. Животные были активны, охотно поедали корм, активно реагировали на раздражители. За время наблюдения в течение 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено. Животные оставались активными, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители.

Заключение. Проведенный комплекс токсикологических, физиологических и биохимических исследований позволяет сделать вывод о том, что предложенный отечественный вариант углеродного гемосорбента по параметрам острой токсичности при внутрибрюшинном воздействии относится к 4 классу – практически нетоксичное вещество. Исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови. Не обнаружено дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА И ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ

Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Карабоев Б.Б
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрижелудочном введении нанопористого углеродного сорбента в эксперименте.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 42 белых

лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова, отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Острую токсичность при внутрижелудочном введении препарата изучали на 42 белых крысах-самцах с массой тела 190-240 г. Экспериментальные животные содержались в одинаковых условиях вивария и на сбалансированном по содержанию белков, жиров и углеводов рационе питания со свободным доступом к воде и пище. Животные были разделены на 7 групп по 6 особей в каждой. Животным 6 опытных групп натошак вводили физиологический раствор (в котором в течение 2 суток выдерживали испытуемый угольный нанопористый сорбент) в желудок при помощи шприца с металлическим зондом в дозах: 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг массы тела. Изучаемые дозы сорбента вводили через 3- и 4- часовым интервалом в течение суток. Животные находились под наблюдением в течение первого дня и на протяжении 2-3 недель эксперимента. 7-ая группа животных служила контролем.

Результаты исследования. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. Животные были активны, охотно поедали корм, активно реагировали на раздражители. Определена максимально-переносимая доза имплантата на уровне 7500 мг/кг.

Заключение. Таким образом, экспериментальные исследования показали, что при внутрижелудочном введении нанопористого углеродного гемосорбента не обладает токсичным воздействием, не вызывает интоксикацию и гибель животных.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ

Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить местно-раздражающее и кожно-резорбтивное действие отечественного углеродного сорбента в эксперименте.

Материал и методы. Исследования кожно-резорбтивного действия препарата проводили на 6 белых крысах с массой тела 190-200 гр., которых фиксировали в специальных станках, хвосты животных погружали в пробирки с исследуемым препаратом на 2/3 длины хвоста. Пробирки помещали в водяную баню с температурой 28-32° С. Время экспозиции 4 часа. После окончания эксперимента кожу хвостов обмывали теплой водой с мылом. За животными проводили наблюдение в течение 3-х недель.

Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела.

Изучение местно-раздражающего действия на кожу. Исследования проведены на 6 белых крысах-самцах с массой тела 200-230 грамм и 5 кроликах-альбиносах с массой тела от 2,0 до 2,5 кг. На выстриженный участок кожи животных площадью 15x10 см аппликацию исследуемого вещества в виде геля наносили на участок размером 2x2 см, по обоим бокам, сверху покрывали 4-слойной салфеткой и перевязывали. Контролем служили выстриженные участки, на которые наносили дистиллированную воду в том же объеме.

Животных фиксировали в течении 4-х часов. Реакция кожи регистрировалась по окончании экспозиции через 1 и 16 часов после аппликации.

Результаты. Проведенные исследования показали, что за время наблюдения 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено животные оставались активным, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители. При однократном нанесении на кожу белых крыс на выстриженный участок исследуемого вещества установлено, что углеродный нанопористый гемосорбент не вызывает раздражения кожных покровов, покраснения, отека или других видимых изменений на коже.

Заклучения. Таким образом, углеродный нанопористый гемосорбент не обладает местно-раздражающим и кожно-резорбтивным воздействием.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ

Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Карабоев Б.Б., Хамдамов Х.Х
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества.

Цель исследования: оценить эффективность плазмосорбции с нанопористым углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением

Материалы и методы. Объектом исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС). Экспериментальные исследования выполнены на 4 беспородных собаках по применению нового угольного сорбента, которые проводились на базе «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. Для оценки эффективности предложенного способа плазмосорбции с дополнением лазерного облучения были выполнены экспериментальные исследования на 4 беспородных собаках. Модель формирования механической желтухи проводилась разработанной нами методике.

Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента с лазерным облучением. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборамы плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропусклась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло.

Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы.

Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890-950 нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80-100 Гц. Лазерное облучение начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс плазмосорбции с использованием одного сорбента продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК- излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 Гц обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890 нм, частотный режим от 80 Гц до 1500 Гц. Мощность в импульсе до 10 Вт.

Включение лазерного облучения в процесс проведения плазмосорбции через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано снижением общего билирубина после 2 сеансов с $216,5 \pm 11,0$ до $63,8 \pm 6,4$ мкмоль/л (без ЛО - с $217,3 \pm 6,6$ до $90,3 \pm 5,4$ мкмоль/л; $p < 0,05$) и в дальнейшем до $38,5 \pm 1,3$ мкмоль/л (против $49,0 \pm 4,0$ мкмоль/л; $p < 0,05$), а также более ускоренным восстановлением показателей креатинина и аммиака на 3-5 сутки наблюдения ($p < 0,05$ по отношению к ПС без ЛО). На основании полученных результатов с обоснованием высокой эффективности методики проведения плазмосорбции с лазерным облучением.

Заключение. Таким образом, для усиления сорбционного эффекта при проведении экстракорпоральной детоксикации с целью коррекции печеночной недостаточности на фоне механической желтухи предлагается способ проведения плазмосорбции, основанный на применении нового отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в совокупности с лазерным облучением плазмы крови.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Атаханов И.К
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время для проведения гемо- и плазмосорбции широко используются макро- и микропористые углеродные, углеродно-минеральные и иммуносорбенты, которые должны отвечать всем требованиям.

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрибрюшинном введении углеродного нанопористого сорбента.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова отделении экспериментальной хирургии в 2020

году. Острую токсичность при внутрибрюшинном введении препарата изучали на 30 белых крысах самцах массой тела 200-240 г. Стерильный сорбент углеродного нанопористого гемосорбента животным вводили внутрибрюшинно в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг. Наблюдение за животным проводилось в течение 14 суток. Животных разделили на 5 групп по 6 особей в каждой. Для определения параметров острой токсичности был использован метод Литчфилда и Уилкоксона.

Результаты исследования. Экспериментальные исследования показали, что при однократном внутрибрюшинном введении препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг через 24 часа у крыс отмечены признаки угнетения центральной нервной системы, отказ от корма и воды. В 1 группе животных, получавших дозу 5000 мг/кг, отсутствовали признаки интоксикации. К исходу 2-х суток во 2 группе после введения дозы 5500 мг/кг отмечена гибель одной крысы из шести, в 3-ей и 4-ой группах (дозы 6000 и 6500 мг/кг соответственно) погибли по две, а в 5-ой группе (дозы 7000 мг/кг) погибли четыре. По результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении летальной дозы (50% подопытных животных) углеродного нанопористого гемосорбента составило 6654,0 (6005,8+7302,2) мг/кг.

Закключение. Таким образом, летальная доза подопытных животных по результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении установлено на уровне 6654,0 мг/кг и препарат относится к 4 классу опасности-практически нетоксичным веществам.

АЛТ ФЕРМЕНТИ БЎЙИЧА ДОНОР ҚОНИНИНГ ЯРОҚСИЗЛИГИ

Мадолимов А.М.

Республика қон қуйиш маркази

Мавзунинг долзарблиги. Қон хизматида донор қонининг икки босқичли текшируви йўлга қўйилгач (ИФА/ИХЛА ва ПЗР) АЛТ ферментини аниқлаш ўз аҳамиятини йўқота бошлади. Кўпгина давлатларда бу кўрсаткични аниқлашдан бутунлай воз кечилган бўлса, баъзи давлатларда бу кўрсаткич донорни бошланғич кўриқдан ўтказиш босқичига ўтказилди. Республикамиз қон хизматида донор қонини текшириш стандартларида АЛТ ферментини аниқлаш белгиланганлиги сабабли барча марказлар томонидан тўла амалга оширилмоқда. Лекин ҳозирги кунда 348-ПҚ бўйича донор қонини икки босқичли текширув тизимида ўтилиш даврида бу масалага ойдинлик киритиш долзарб ҳисобланади,

Ишнинг мақсади Республика қон қуйиш марказида (РҚҚМ) охириги 5 йил ичида АЛТ ферментининг юқорилиги сабабли яроқсиз бўлиб йўқ қилинган қон компонентларини таҳлил қилишдан иборат.

Ўрганишнинг усуллари. Донор қони ОИВ, гепатит В ва С, захмга (Россиянинг “Диагностические системы” тест тўпламлари) “Alisei Q.S.” автоматик иммунофермент анализаторида, бруцелллез (Россиянинг “Эколаб” тест тўпламлари) серологик усулда, АЛТ (Россиянинг “Эколаб” реактивлари) ва билирубин (Испаниянинг Spinreact компанияси реактиви) “Mindray” биокимёвий анализаторда аниқланди. Донор қони АЛТ кўрсаткичи 0,7 – 1,3 ммоль/л бўлганда –нисбий яроқсиз, кўрсаткич 1,3 ммоль/л дан юқори бўлганда – абсолют яроқсиз деб топилди.

Олинган натижалар. Ўрганишлар шуни кўрсатдики, 2018 йилда жами 1714 та донор қонида АЛТ ферментининг кўрсаткичи юқори бўлиб, шундан 52,9% қон АЛТ бўйича абсолют яроқсиз, 47,1% АЛТ бўйича нисбий яроқсиз деб топилган. 2019 йилда эса жами 1560 та донор қонида АЛТ ферментининг кўрсаткичи юқорилиги аниқланган бўлиб, шундан 54,2% ҳолатда қон АЛТ бўйича абсолют яроқсиз, 45,8% ҳолатда эса нисбий

яроқсиз деб топилган. 2020 йилда жами 1464 та донор қонида АЛТ ферментининг кўрсаткичи юқори бўлиб, улардан 75,0% қон АЛТ бўйича абсолют яроқсизлиги, 25,0% қон АЛТ бўйича нисбий яроқсизлиги аниқланган. 2021 йилда жами 1235 та донор қонида АЛТ ферментининг кўрсаткичлари нормадан баланд бўлиб, 88,2% ҳолатда қон АЛТ бўйича абсолют яроқсиз деб, 11,8% ҳолатда қон АЛТ бўйича нисбий яроқсиз деб топилди. 2022 йилга келиб жами 1006 та донор қонида АЛТ ферментининг кўрсаткичлари юқори бўлган ҳолда, улардан 87,9% - абсолют яроқсиз, 12,1% - нисбий яроқсиз деб топилган.

АЛТ ферменти юқори бўлган донорларни жинси бўйича таърифлайдиган бўлсак, абсолют ва нисбий яроқсизлик ҳолатларида йиллар давомида, ва бир-бири билан таққослаганда катта фарқ аниқланмади. Хусусан, АЛТ бўйича абсолют яроқсиз донор қони ўртача 94,8% эркакларда ва 5,2% аёлларда бўлса, нисбий яроқсиз донор қонида бу кўрсаткич мос равишда, ўртача 93,2% ва 6,8% нисбатда кузатилди.

Донорлардан қон тайёрлаш шароитларини АЛТ ферменти бўйича яроқсизлигига таъсирини ўрганиш мақсадида стационар (қон марказлари биносидан) ва мобил (қон марказидан бошқа жойларда ёки донорлик пункти – автобусларда) шароитларда тайёрланган донор қони натижалари таҳлил қилинди. Олинган натижалар стационар ва мобил шароитларда тайёрланган донор қонларининг АЛТ бўйича абсолют ва нисбий яроқсизлик кўрсаткичлари таққосланганда деярли тенг эканлигини кўрсатди.

АЛТ ферментининг аҳамиятини белгиловчи кўрсаткичлардан бири – АЛТ ферменти ошишининг бошқа инфекциялар билан бирга учрашидир. Албатта, биринчи навбатда – вирусли гепатит В (HbsAg) ва С (HCV), қолаверса ОИВ (HIV), захм (Luis), бруцеллез, билирубин туфайли донор қони яроқсиз деб топилган ҳоллар шулар жумласидандир. Вирусли гепатит В ва С алоҳида, қолган яроқсизлик сабаблари кам учрагани учун бир гуруҳга қўшиб ўрганилди. Натижалар кўрсатишича, АЛТ бўйича абсолют яроқсизлик 5 йил ичида ўртача 90,5% ҳолатда ҳеч қандай бошқа сабаблар билан бирга учрамаган. Мос равишда, 9,5% ҳолатда яроқсизликка олиб келувчи сабаблар билан бирга келган. Бундан 3,8% – вирусли гепатит В билан, 4,0% – вирусли гепатит С билан, 1,6% - бошқа сабаблар билан бирга донор қонини яроқсизлигига олиб келган. АЛТ бўйича нисбий яроқсизлик эса 5 йил ичида ўртача 93,3% ҳолатда ҳеч қандай сабаблар билан бирга учрамаган. Ва мос равишда, фақат 6,7% ҳолатда яроқсизликка олиб келувчи сабаблар билан бирга келган. Бундан 3,0% – вирусли гепатит В билан, 2,2% – вирусли гепатит С билан, 1,5% - бошқа сабаблар билан бирга донор қонини яроқсизлигига олиб келган.

Хулоса: Йилдан йилга АЛТ бўйича яроқсиз бўлган донор қонининг сони камайиб бормоқда, шу билан бирга абсолют ва нисбий яроқсизлик фоиз нисбати ҳам ўзгариб, 5 йил давомида 1:1 нисбатдан деярли 9:1 нисбатига ўзгарди. АЛТ бўйича абсолют ва нисбий яроқсизликка асосан эркак донорлар сабаб бўлмоқда (93-94%). АЛТ бўйича абсолют ва нисбий яроқсизлик донордан қон тайёрлаш шароитига деярли боғлиқ эмас, яъни стационар ва мобил шароитларда тенг нисбатда аниқланмоқда. АЛТ бўйича абсолют ва нисбий яроқсизлик мос равишда 7,8% ва 5,2% ҳолатларда вирусли гепатит (В ва С) билан бирга аниқланган.

СОДЕРЖАНИЕ:

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>А.А.Алижанов¹, Б.Р.Исхаков¹, Н.Б.Исхаков²</i>	3
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ УТРИКУЛЮСА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ <i>Абдиев Э.М. Насретдинова М.Т., Усманов Ш.Р.</i>	4
ЗНАЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Абдуллаев С.А. Махмудов Т.Б. Худайназаров У.Р.</i>	5
ГНОЙНО – НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ <i>Абдуллаев С.А., Худойназаров У.Р., Байсариев Ш.У., Йулдошев Ф.Ш.</i>	7
«ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ» <i>Абдулхаева Б.Х., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.</i>	9
АНАТОМИЯ ВНЕШНЕГО УША СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ, ЕЕ РОЛЬ В ПРОЦЕССЕ ЗВУКОПРИЕМА <i>Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.</i>	10
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ <i>Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.</i>	11
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ <i>Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.</i>	12
РАЗВИТИЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ У ЧЕЛОВЕКА: ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ <i>Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.</i>	13

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ	14
Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.	
РОЛЬ УШНОЙ РАКОВИНЫ В СЛУХОВЫХ НАРУЖНЫХ ПРОТЕЗАХ	15
Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.	
РОЛЬ УШНОЙ РАКОВИНЫ В СЛУХОВОМ АНАЛИЗЕ: КАК УШНАЯ РАКОВИНА ПОМОГАЕТ РАЗЛИЧАТЬ РАЗНЫЕ ЗВУКОВЫЕ ЧАСТОТЫ	16
Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.	
РОЛЬ УШНОЙ РАКОВИНЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗВУКОВОГО ОБРАЗА	17
Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.	
АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ И ИХ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	18
Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хомидчонова Ш.Х.	
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.	19
Абралов Х.К., Маматов М.А.	
ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ КИСТИ В УСЛОВИЯХ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ	20
Авазов А.А., Шакиров Б.М.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА	21
Азизбек Дилмурод ўғли ДЖАББОРОВ	
ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ	22
Азизбек Дилмурод ўғли ДЖАББОРОВ	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ СИСТЕМОЙ AMAZING WHITE.	23
Азизова З.Д., Абед З.Ж., Дадабаева М.У., Ирсадиева Ф.Х.	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХИМИОЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА III Б СТАДИИ.	24
Азимова Г.М., Ибрагимова. М.С, Джалолова. Ф. М	
РОЛЬ САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ УШИБЕ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦЭМП	26
Акбаров.Ж.А, Махамдалиев А.Ш.Умурзаков.Н.Р.	

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. Акбарова М.А.	27
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СУРХАНДАРИНСКОЙ ОБЛАСТИ Алиев Х.С.	28
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ Алижанов А.А., Исаков Б.Р., Исаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Базарбаев У.Р., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н., Собитханов М.С.	29
ПОЛНЫЙ ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗРЫВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ. (Случай из практики) Алижанов А.А., Исаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Исаков Н.Б.	31
ПОЭТАПНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ТРАВМАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА Алижанов А.А., Исаков Б.Р., Исаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Базарбаев У.Р., Рузматов А. Э., Курбанбаев Б.Н.	34
ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ Алижанов А.А., Исаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Исаков Н.Б., Робиддинов Б.С.	35
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р. Худойбердиев Б.А. Рашидов Д.А.	36
МЕСТО ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ Алижанов А.А., Исаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Исаков Н.Б.	37
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ Алижанов А.А., Исаков Б.Р., Исаков Н.Б., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Хужамбердиев И.Р.	38

<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА</p> <p>Аликулов Ж.Э Научный руководитель: асс.Хурсанов Ё.Э</p>	40
<p>КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ</p> <p>Арзиев И.А.,Маманов М.Ч.Арзиев А.И.</p>	41
<p>КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ</p> <p>Арзиев И.А.,Маманов М.Ч.Арзиев А.И.</p>	43
<p>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ</p> <p>Арзиев И.А., Сайинаев Ф.К.Арзиев А.И.</p>	45
<p>МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОХОЛЕЦИСТОСТОМИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ</p> <p>Арзиев И.А., Рустамов С.У., Сулаймонов М.О.</p>	46
<p>УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ</p> <p>Ахмедов Ф.Х., Жумаева М.М.</p>	48
<p>ВИДЫ И СТЕПЕНИ ПОЗВОНОЧНЫХ ИСКРЕВЛЕНИЙ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СКОЛИОЗА</p> <p>Ахророва Шахло Батыровна Якубов А. О. , Мухсинов М. М. , Махаммадалиев З. С.</p>	49
<p>СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА.</p> <p>Б.М.Исаков, К.Б.Исаков, Ф.Н.Ташланов, Мамадалиев А.Р, Иброхимов М.М.</p>	50
<p>РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ</p> <p>Б.С.Усманов ,Н.И.Махмудов , ,Б.А.Уринов</p>	51
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОПЛАСТИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЖИВОТА МЕТОДОМ «ONLAY»</p> <p>Бабаджанов А.Х., Носиров М.М.</p>	52

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



РЕЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	53
Бабаджанов А.Х., У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Эгамбердиев Б.А.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛОПЛАСТИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЕТКИ С КОМПОЗИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ	55
Носиров М.М., Бабаджанов А.Х.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗНЫХ ТЕХНОЛОГИИ	56
Бабджанов А.Р., Бабажанов К.Б.	
СИМБИОЗ ТЕХНОЛОГИЙ И ХИРУРГИИ: ВЗАИМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ И БУДУЩЕЕ	57
Бабакаланов Ш.И., Умаров И.К., Абдуллаев Д.М., Рустамов А.Ф., Муродов Д.Р., Исмати А.О.	
КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА	58
Базарбаев У.Р., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Рузматов А. Э., Курбанбаев Б.Н.	
ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.	59
Бекчанов Х.Н., Хаитбаев С.К. Саъдуллаев У.О.	
ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОНИКАЮЩИМИ РАНЕНИЯМИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА	60
Бобоев С.А., Кадирова А.М., Мадалов Н.И.	
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	62
Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Юнусов М.И.	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ ДОСТУПА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ	63
Ботиров А.К., Эгамбердиев Б.А., Усмонов У.Д., Эгамов С.Ш.	
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ПРАВСТОРОННЕЙ ГМИКОЛОНЭКТОМИИ	65
Ботиров А.К., Косимов С.М., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.	

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА	66
Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А., Эгамов С.Ш.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ	68
Ботиров А.К., Эгамбердиев Б.А., Бобоев У., Ботиров Ж.А.	
ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	70
Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б., Рузматов А.Э., Эргашев А.А.	
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО - РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА	71
Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б., Эргашев А.А.	
СПОСОБ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ	72
ВАККАСОВ М.Х., ИСХАКОВ Б.Р., АЛИЖАНОВ А.А., ИСХАКОВ Н.Б., СОБИТХАНОВ М.С.	
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	73
Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Мамадумаров Т.С., Базарбаев У.Р., Рузматов А. Э., Курбанбаев Б.Н.	
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ	74
Ваккасов М.Х., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Мамадумаров Т.С., Исхаков Н.Б., Эргашев А.А.	
СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ	75
А.С.Валиев,Н.И.Махмудов, А.Ш.Мамадалиев	
НАША ТАКТИКА И ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ	76
Валиев Э.Ю., Яхёев А.С. , Муминов А.Ш.	

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ Валиев Э.Ю., Яхеев А.С., Муминов А.Ш.	77
ПОЛИМОРФИЗМ Gln279Arg ГЕНА MMP 9 В ФОРМИРОВАНИЕ И ПРОГРЕССИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Василевский Э.А., Усманов Э.И.	79
ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ВАЖНЫХ ЗОНАХ. Г.Д. Ахмедов, Т.А. Абакаров, А.А. Алиев	80
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ Д.м.н., профессор, Г.М. Ходжиматов, С.М. Яхеев, М.П. Сидиков	84
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА Ганжиев Ф.Х., Хамроев Х.Н	85
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ Ганиев А.А., Хамдамов Б.З. Дадабаев О.Т.	86
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ЖЕВАНИЯ . ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ. Гасанова М.А., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Магомедова М.Г.	88
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ Гофуров И.Н., Мамасолиев Н.С., Худойбердиев К.Т.	89
ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ Гўзал Абдурасул кизи ШОДМОНОВА	90
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ Давранова А.Э., Расулова М.М.	91
ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ Давранова А.Э., Тоштемирова З.М.	92
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПО МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТКОВ Давранова А.Э., Хайруллаев А.П.	93

<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА</p> <p>Давронов У.Ф., Насретдинова М.Т., Тожиев М.А.</p>	94
<p>БИОМАРКЕРЫ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕЛОЙ ДЕТСКОЙ ПНЕВМОНИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАЛЛЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.</p> <p>Ё.И. Дадабаева, И.А. Турматов, Ф.Т. Пулатов, Э.Б. Умаров</p>	96
<p>МЕСТО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA (G634C) В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</p> <p>Дадабаев О.Т., Усманов Э.И.</p>	97
<p>ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АМПУТИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА</p> <p>Дехконов А.Т., Икромов Ж.А.</p>	98
<p>ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА.</p> <p>Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Джумабаева С.Э., Комилжанов А.Э.</p>	99
<p>АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ: ПРОБЛЕМЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ</p> <p>Ёркулов А.Ш., Касимов У.К., Косимова М.С., Султанова Д.У.</p>	100
<p>ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В НЕОТЛОЖНОМ ПОРЯДКЕ</p> <p>Ж.К. Машарипов. К. Машарипов.</p>	102
<p>ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ</p> <p>Жалилов Э. Т., Исхаков Б. Р., Хужамбердиев И.Р., Худайбердиев Б. А., Робиддинов Б. С.</p>	103
<p>МЕСТО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА</p> <p>Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Робиддинов Б.С.</p>	105
<p>ТРАНСДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕТРОГРАДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ</p> <p>Жалилов Э.Т., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Рузиматов А.Э., Убайдуллаев Ф.О., Робиддинов Ж.Б.</p>	106

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	107
Жалилов Э. Т., Исхаков Б. Р., Убайдуллаев Ф.О., Робиддинов Ж.Б.	
СВОЙСТВА ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ, ВЫСЕВАЕМОЙ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.	108
Жасур Кахрамон угли МАМАРАСУЛОВ	
СВОЙСТВА ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ, ВЫСЕВАЕМОЙ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.	109
Жасур К.М., Нормаматов Б.П.	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ.	109
Жиянов И.А., Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Исмаилов О.А., Хайдаров У.А., Каримбаев Ш.Т.,Мадиев У.Б..	
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	110
Жураев Г.Г., Касымов А.Л.,Мусашайхов Х.Т.,Икромова Ф.Д., Солиев М.Б	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	112
Жураев Г.Г., Касымов А.Л.,Мусашайхов Х.Т., Солиев М.Б.,	
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ГЕПАТИТОВ	114
З.Т.Насретдинов., Х.Ю.Эшбадалов	
ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	116
ИСОҚОВ З.Х., Умедов Х.А.	
ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ	117
ТОШҚУВАТОВА З.И., Ислоилов Н.К.	

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



<p>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ДИВЕРТИКУЛЯ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ</p> <p>Зуфарханов А.М., Ходжаев Х.Б., Жураев Э.У.</p>	118
<p>АШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</p> <p>.Б. Хомиджонов. Н.И.Махмудов, Б.С. Усманов.,Насритдинов Ж.А.</p>	118
<p>ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОДИАФРАГМАЛЬНЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ</p> <p>Ибадов Р.А., У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Мирзабоев Г.Э., Хакимов И.С.</p>	120
<p>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЗИ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ И АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>Ибадов Р.А., Хакимов Д.М., У.Н.Бобаев.,</p>	121
<p>ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ</p> <p>Ибрагимов Даврон Дастамович, Туйчиева Мукаддам Амировна</p>	121
<p>ФОНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА</p> <p>Икромидинова Р.У., Мухитдинова М.С., Фарахидинова М.Х.</p>	122
<p>ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРОПРОКТИТА</p> <p>ТАЖИЕВ И.М., Нормамтов Б.П.</p>	124
<p>ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДИФИЦИТНОМ АНЕМИИ</p> <p>Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.</p>	125
<p>ПРИМЕНЕНИЕ ЭРРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРТНОЙ КИШКИ С ЖЕЛЕЗОДИФЕЦИТНОЕ АНЕМИЕЙ</p> <p>Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.</p>	126
<p>МОНОЛАТЕРАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ПРИ ВТОРИЧНЫХ СТЕНОЗАХ.</p> <p>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.</p>	128

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



ОСЛОЖНЕННЫЕ ТРАВМЫ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р, Исаков К.Б, Иброхимов М.М.	128
ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТЕЛ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р, Исаков К.Б, Хакимов М.Н.	129
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ И ЕГО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Исаков К.Б., Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Р., Хакимжонов Ш.Б.	130
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ И СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЁННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ. Исаков П.М.	130
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ И СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Исаков П.М.	131
ТЕХНИКА ВЫВОРАЧИВАНИЯ ПАЛЬЦА ХИРУРГИЧЕСКИХ ПЕРЧАТОК ДЛЯ ЭВАКУАЦИИ АППЕНДИКСА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Махрамов У.Т., Шомуродов Х.А.	132
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Махрамов У.Т., Шомуродов Х.А.,	133
ОСТРАЯ ФАЗА ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	134
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ГИСТОЛОГИЯ «СТОПЫ ШАРКО» Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	135

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОСТЕОПРОТЕГЕРИН (OPG) — ЛИГАНД РЕЦЕПТОРА-АКТИВАТОРА ЯДЕРНОГО ФАКТОРА КАППА-В (RANKL) У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ И МЕДИКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	136
Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ	137
Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА IL-1B, IL-6 И IL-10 К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	138
Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А., Шарапов А.Н., Сайфуллаев С.О.	
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	138
Исмаилов У.С., Аллазаров У.А., Мадатов К.А., Матмуратов С.К.	
ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА IL-6 И ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ	139
Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А., Шарапов А.Н., Матмуратов С.К.	
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	140
Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А.,	
АНЕСТЕЗИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПИОИДОВ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	141
Исмаилова М.У., Юсупов А.С., Низомов И.У.	
РОЛЬ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ (АППАРАТ INDIBA) ДЛЯ ПОТЕНЦИРОВАНИЯ ЭФФЕКТА БОТУЛОТОКСИНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АУГМЕНТАЦИИ ГРУДИ	142
Исматти О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б., Ермилова Е.В., Джураева З.А.,	
ЗАВОРОТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	144
Исхаков Б. Р., Алижанов А. А., Исхаков Н.Б., Мамадумаров Т.С., Курбанбаев Б.Н.	
МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ	146
Исхаков Б. Р., Алижанов А. А., Исхаков Н. Б., Жалилов А. О.	

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



<p>ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ</p> <p>Исхаков Б. Р.</p>	147
<p>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ</p> <p>Исхаков Б. Р.</p>	149
<p>ПРЕИМУЩЕСТВА СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ</p> <p>Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Робиддинов Б.С., Эргашев М.М., Эргашев А.А.</p>	151
<p>ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОПРЕССВНОЙ ИРРИГОАСПИРАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ</p> <p>Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Исламов Д., Норбаев А.Ю., Пулатов Х.Н., Эргашев М.М., Эргашев А.А.</p>	151
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ МПИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ</p> <p>Исхаков Б. Р.</p>	153
<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ</p> <p>Исхаков Б. Р.</p>	154
<p>ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЙ АДГЕЗИОЛИЗИС У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ</p> <p>Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Мухитдинов У.Р., Хужамбердиев И.Р., Исабаев Ш.Б., Робиддинов Б.С.</p>	156
<p>АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ</p> <p>Исхаков Б. Р.</p>	157
<p>СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ «А»</p> <p>Исхаков Н.Б., Исхаков Б.Р.</p>	159
<p>СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ «А»</p> <p>Исхаков Н.Б., Исхаков Б.Р.</p>	160

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ХОЛАНГИТОМ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.	161
РЕЗУЛЬТАТЫ ЧЕРЕСКОЖНО ЧЕРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ДРЕНИРОВАНИЕ ОБЩЕЙ ЖЕЛЧНЕГО ПРОТОКА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМА ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.	162
ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВАҚТИДА ҚОН КЕТИШ ВА УНИ ТЎХТАТИШ ЙЎЛЛАРИ. Йулдашев Ш.М., Ахраров Б.М. И.Х., Махмудов Н.И.,	164
ЭРХПГ И ЭПСТ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. Йулдашев Ш.М., Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К..	165
НАШ ОПЫТ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО БЛОКИРУЕМОГО ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ К. Машарипов. Ж.К Машарипов.	166
ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ БИНОКУЛЯРНЫХ ФУНКЦИЙ Кадирова А.М., Бобоев С.А., Косимов Р.Э.	166
ОРГАНосохраняющее лечение неоваскулярной глаукомы Кадирова А.М., Бобоев С.С., Хамракулов С.Б.	168
ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОЖОГАХ. Карабоев Д.Ш., Шакиров Б.М.	170
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Каримбоев Ш. Т. Маллабоев Л.Д. Журабаев Б.Ж. Анваров Д.М	171
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ Юсупов Н.А., Юлдашев А.К.	172
МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕНИЙ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ Юсупов Н.А., Камбаралиев Б.Р, Юлдашев А.К.	172

МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	173
Юсупов Н.А., Камбаралиев Б.Р, Юлдашев А.К.	
ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ	174
Ш. Т. Каримбоев, Л. Д. Маллабоев, Б.Ж.Журабаев. И. П. Назаров	
СОВРЕМЕННЫЙ ИНТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ	175
ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.	
Ш.Т. Каримбоев Л.Д. Маллабоев Б.Ж.Журабаев И.П. Назаров	
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ.	176
Касимов У.К., Еркуллов А.Ш., Султанова Д.У., Косимова М.С.	
БУЙИН ФЛЕГМОНАНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОННИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР УРНИ.	177
Касимов У.К., Ёркулов А.Ш., Косимова М.С., Султанова Д.У	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ	179
Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Икромов Ф.В., Кодиров М.Ш., Солиев М.Б., Бахриддинов К.Б.	
ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С С АХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	181
Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Кодиров М.Ш., Солиев М.Б., Бахриддинов К.Б.	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	184
Касымов А.Л., Мансуров Ш.Ш., Мусашайхов Х.Т., Мамадиев Х.М.	
РОЛЬ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАТИКА ХЕМОБЕН ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	185
Касымов А.Л., Мансуров Ш.Ш., Мусашайхов Х.Т., Мамадиев Х.М.	

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	186
Г.М. Каюмова, Ш.А. Махмудова, Ю.М. Мухторова, Д.Ш. Собирова, Н.Р. Зокирова.	
ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	187
Кирковский Л.В., Чернышов Т.М., Федорук Д.А., Авдей Е.Л., Коротков С.В., Федорук А.М., Щерба А.Е., Руммо О.О.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	188
Кодиров М.Ш., Туракулов У.Н., Кодиров Ш.Н., Йулдошев А.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ ЧЕРЕСКОЖНОЙ ЧЕРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ И ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	189
Кодиров М.Ш., Туракулов У.Н., Кодиров Ш.Н., Йулдошев А.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	190
Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	192
Косимов С.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.	
ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСЕРОВАСЕЧЕНИЕ.	194
Косимова С.А., Кадира Ш.Н., Кодиров М.Ш.	
СКАНИРОВАНИЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ КЕСЕРОВАСЕЧЕНИЕ	195
Косимова С.А.,Кадиров Ш.Н.Кадиров М.Ш.	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.	197
Коханенко Н.Ю., Эшметов Ш.Р., Юсупов Д.Д.	
ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	198
Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Назавров З.Н.	
ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	200
Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Назавров З.Н.	

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ МИКРОСТОМИЙ.	201
Мадазимов М.М., Орипов Д.У., Тешабоев М.Г.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА	202
М.М. Мадазимов, М.Г. Тешабоев, Д.У. Орипов, Р.А. Хошимхожиева	
СИНДРОМ ГЕПАТОПАТИИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ	203
САТТАРҚУЛОВА М.Ш., Хакимов Э.А.	
ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	204
Мамадалиев ДМ.Ходжаев БН.Жабборов Н.З	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	205
Мамадумаров Т.С., Ваккасов М.Х., Исаков Б.Р., Алижанов А.А., Рузматов А.Э., Хужамбердиев И.Р., Курбанбаев Б.Н., Исаков Н.Б., Эргашев А.А.	
ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ	206
Мамадумаров Т.С., Исаков Б. Р., Исаков Н. Б., Робиддинов Ж. Б., Робиддинов Б.С., Эргашев М.М., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	207
Маматкулов А.Г., Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Уринов Б.А.	
ДИНАМИКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.	209
Маматов М.А., Абралов Х.К.	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.	210
Маматов М.А., Абралов Х.К.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА	211
Мардонов Б.А.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ	211
АБДУҒАНИЕВА М.З., Мустафакулов И.Б.	

ЭФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ	212
Матмуротов К.Ж., Яхшибоев С.Ш., Бабаджанов А.Р.	
РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЭЛА.	213
Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Уринов Б.А., Насритдинова Н.Б.	
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА	214
Махсудов М.Т., Гуламов О.М., Ахмедов Г.К.	
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА.	216
Мирзаева Ф.А.	
СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА.	217
Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р.	
МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ (современные аспекты)	219
Муминов А. Ш., Муминов М.А	
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА C807T В ГЕНЕ ИНТЕГРИН АЛЬФА-2 (ITGA-2) С РАЗВИТИЕМ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ СОСУДИСТЫХ ТРОМБОЗАХ.	221
Мусашайхов Х.Т., Бобоев К.Т., Мусашайхова Ш.М., Косимов А.Л.	
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.	222
Мусашайхов Х.Т., Бобоев К.Т., Салохиддинов К.З., Мусашайхов У.Х.	
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	224
Мусашайхов Х.Т., Мамадиев Х. М., Ахмадалиев С.М., Мухторов С. М.	
НОВАЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСОМ	224
Мусоев Т.Я.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В БУХАРСКОГО ФИЛИАЛА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	226
Мусоев Т.Я., Жаббаров Ж.Ю.	

<p>ДВУХ ЭТАПНЫЙ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ</p> <p>Мусоев Т.Я., Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Орипов А.А</p>	227
<p>ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСОМ</p> <p>Мусоев Т.Я., Хайдаров Ф.Н., Хамдамов Б.З., Дадабоев О.Т.</p>	228
<p>ПУТИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА</p> <p>Мустафакулов И.Б., Норов М.Ч., Махамадаминов А.Г., Джураева З.А.</p>	229
<p>ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОК ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.</p> <p>Мустафакулов И.Б., Исмати О.О., Зиновьев Е.В., Ермилова Е.В., Джураева З.А.</p>	230
<p>ЛАПАРЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.</p> <p>Мухиддинов Б.Х., Курбаниязов З.Б., Аскараров П.А.</p>	231
<p>БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ДО И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.</p> <p>Мухиддинов У.Р., Темиров Р.И., Махамадаминов А.Г.</p>	232
<p>ЗОНДОВОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПИЩЕВОДА</p> <p>Мухитдинов У.Р., Ваккасов М.Х., Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Мамадумаров Т.С., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ж.Б., Робиддинов Б.С., Эргашев М.М., Эргашев А.А.</p>	234
<p>МЕСТО ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ</p> <p>Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р., Хужамбердиев И.Р., Исабаев Ш.Б., Робиддинов Б.С.</p>	236
<p>РЕДКАЯ ПРАВСТОРОННЯЯ УЩЕМЛЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У БОЛЬНОГО СО СПЛАНХНОПТОЗОМ</p> <p>Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р.</p>	237

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ	239
Мухитдинов У.Р., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б.	
ПЕЧЕНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛНЫХ С ОЖГОВЫМ СЕПСИСОМ	241
КАРИМОВА М.З., Элмуродов А.Н.	
ВАЖНОСТЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ ПРИ КАРПАЛЬНЫХ И КУБИТАЛЬНЫХ ВИДАХ ТУНЕЛЬНОГО СИНДРОМА	242
Мухсинов М.М. , Ахророва Ш.Б	
ВАЖНОСТЬ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ ПРИ КАРПАЛЬНЫХ И КУБИТАЛЬНЫХ ВИДАХ ТУНЕЛЬНОГО СИНДРОМА	243
Мухсинов М.М., Ахророва Ш.Б.	
ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ	244
Набиев О.Р., Насретдинова М.Т., Ахмедова К.С.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПОТЕКА - ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ У ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ	245
Наврўза Махамеди қизи ХУМРАЕВ	
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ	246
Нарзуллаев Н.У., Шомуродов Х.Ш., Умарова М.Н.	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	247
Насретдинов З.Т., Эшбадалов Х.Ю., О.С.Файзиходжаев	
ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАТИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	248
Насретдинов З.Т., Файзиходжаев О.С., Х.Ю.Эшбадалов	
ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ	249
Насретдинов З.Т., Х.Ю Эшбадалов., Ж.И. Исмоилов.	

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.	250
Насретдинов З.Т., Файзиходжаев О.С., Ж.И. Исмоилов.,	
СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ РАВНОВЕСИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ	252
Насретдинова М.Т., Раупова К.М., Ахроров П.А	
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	252
Насретдинова М.Т., Абдиев Э.М., Рузибоев Ш.Ш.	
ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ ДИСБИОЗА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ У ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ	253
Насретдинова М.Т., Хайитов А.А., Мамашарипова М.У.	
РЕГИОНАРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА	254
Насретдинова М.Т., Хатамов Ж.А., Абдурашидов Х.К.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НУБАИНА У ДЕТЕЙ.	255
Низомов И.У., Сатвалдиева Э.А., Маматкулов И.Б.	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	256
Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Акбаров Ф.С.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА	257
Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Махамадаминов А.Г., Джураева З.А.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛОПЛАСТИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЕТКИ С КОМПОЗИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ	258
Носиров М.М., Бабаджанов А.Х.	
ПРОБЛЕМА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	259
О.С.Файзиходжаев., Х.Ю.Эшбадалов., З.Т.Насретдинов	
ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	260
О.С.Файзиходжаев., М.Г.Тешабоев.,З.Т.Насретдинов	

ЧАСТОТА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.	261
Ортиков А.Б., Махмудов Н.И., Имамов Ф.А.	
РАННЯЯ ТРАХЕОСТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА БОРЬБЫ С ПНЕВМОНИЕЙ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ	263
Отабаев И.И., Солижанов Ш.Ш., Бокиев А.М., Рахманов Н.А., Шарифбаев С.А.,	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСМЕТОМИДИНА ДЛЯ СЕДАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОДЛЕННОЙ ИВЛ В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ	263
Отабаев И.И., Бокиев А.М., Солижанов Ш.Ш., Валижанов А.Х., Рахимов Н.Н., Рuzматов Ж.И., Рахманов Н.А., Атамирзаев Д.Б.,	
БОЛАЛАРДА ГИПОСПАДИЯНИ ДАВОЛАШДА TUBULARIZED INCISED PLATE (TIP) УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	265
Отамурадов Ф.А. Нурмаматов Д.С.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ИННОВАЦИОННОЙ ТАКТИКЕ ИХ ЛЕЧЕНИЯ	266
Пулатова Ш.К.	
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ	268
Пулатова Ш.Х., Бабаева М.М., Хасанова З.К.	
ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО И ОТСРОЧЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	269
Пулатова Ш.Х., Алиев Ж.С., Алиев С.Н., Амедов Н.И.	
ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЪЯЗЫЧНО-ГОРТАННОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ	270
Расулова М. Р., Рустамова Д.С.	
ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ СЛУХА ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	271
М.Р. Расулова, Ж.Х.Шодиев, Саъдуллаев М.М.	
ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ КОМПЛЕКСА ГОРТАНИ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ АСФИКСИЯХ	272
М.Р. Расулова, А.А.Акбаров, Ф.М.Тоштемирова	

<p>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ</p> <p>Раупова К.М., Насретдинова М.Т., Саломов А.А</p>	273
<p>ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК УШНОГО ШУМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА</p> <p>Раупова К.М., Насретдинова М.Т., Сатторов Б.У.</p>	274
<p>КОРРЕКЦИЯ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</p> <p>Рахимов А.Ш., Хамдамов Б.З., Хамдамов И.Б., Дадабаев О.Т.</p>	275
<p>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.</p> <p>Рахимов О.У, Абдуллакулов У.М., Газарян Э.А.</p>	276
<p>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ</p> <p>Рахманова Р.С., Исаков Б.Р., Бузурханова Р., Исаков Н.Б., Жаббаров Б.Р., Кулдашев Д.Т., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.</p>	277
<p>ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ</p> <p>Рахманова Р.С., Исаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Бузурханова Р., Исаков Н.Б., Жаббаров Б.Р., Кулдашев Д.Т., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.</p>	279
<p>ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>Рахманова Р.С., Исаков Б.Р., Бузурханова Р., Исаков Н.Б., Жаббаров Б.Р., Кулдашев Д.Т., Эргашев А.А., Ахмаджанов А.И.</p>	280
<p>ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ</p> <p>Рахманова Р.С., Исаков Б.Р., Исаков Н.Б., Бузурханова Р. Жаббаров Б.Р.</p>	281
<p>КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА</p> <p>Рузматов А. Э., Ваккасов М.Х., Мамадумаров Т.С., Исаков Б. Р., Исаков Н. Б.</p>	282

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ.	283
С.М.Ахмадалиев, Х.Т.Мусахайхов, Х.М.Мамадиев,Ф.Д.Икрамова	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАТРУДНЕННОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЖОГОВЫМИ КОНТРАКТУРАМИ ЛИЦА И ШЕИ	284
Садикова М.А	
ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ	286
Сафаров С.С., Хамдамов Б.З., Хамдамов А.Б.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	288
Сахобиддин Камариддинович АБДУЛСАИДОВ., Янгиев Бахтиёр Ахмедович	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ	289
Собиров Э.К., Таджибаев Ш.А., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.	
К ПРОБЛЕМЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	291
Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.	
ПРОФИЛАТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА.	293
Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Азизов Д.Т.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЧАСТИЯ ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН	295
Азизов Д.Т., Мирзаев К.К., Таджибоев Ш.А., Абдурашидов Ф.Н.	
РОЛЬ И МЕСТО ПРОТЕАЗ И ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ РАН	296
Д.Т. Азизов, К.К.Мирзаев, Ш.А.Тожибоев, Ф.Н. Абдурашидов.	

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



<p>ОПТИМИЗАЦИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ.</p> <p>Солижанов Ш.Ш., Отабаев И.И., Бокиев А.М., Рахимов Н.Н., Рузматов Ж.И., Рахманов Н.А., Валижанов А.Х., Атамирзаев Д.Б.,</p>	297
<p>СТАЦИОНАРГАЧА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ ИНСУЛЬТ КАСАЛЛИГИ ПРОГНОЗИГА ИЖОБИЙ ТАЪСИРИ.</p> <p>Солижанов Ш.Ш., Отабаев И.И., Бокиев А.М., Рахимов Н.Н.</p>	298
<p>ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛНЫХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ С ОСЛОЖНЕННЫМ ПНЕВМОНИЕЙ.</p> <p>Солижанов Ш.Ш., Отабаев И.И., Атамирзаев Д.Б., Рахимов Н.Н., Рахманов Н.А.</p>	300
<p>УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ</p> <p>Солижанов С.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.</p>	300
<p>ВАЖНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИИ ИНТРАОРАЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАМЕР В КЛИНИЧЕСКОЙ И УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.</p> <p>Т. А. Абакаров, М.Г. Будайчиев, К.А. Азизов</p>	302
<p>ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ.</p> <p>Ташланов Ф.Н., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Р., Исаков К.Б., Иброхимов М.М.</p>	304
<p>СИГМАСМОН ИЧАК БУРАЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ</p> <p>Темиров Р.И., Абдуллаев У.У., Исламов Д.</p>	305
<p>ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ БИЛАН ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДА НАЗОИНТЕСТИНАЛ ИНТУБАЦИЯНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ.</p> <p>Р.И. Темиров., У.Р. Бозорбоев Ш.Р. Ибрагимов.</p>	306
<p>ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ЯИЧКА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА</p> <p>Темиров Р.И., Фахриддинов Я.А., Усманов Б.А.</p>	307

<p>РОЛЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МСКТ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ</p> <p>Темиров Р.И., Фахриддинов Я.А., Усмонов Б.А.</p>	307
<p>УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА И ВЫВОРОТОВ ГУБ.</p> <p>Тешабоев М.Г., Орипов Д.У.</p>	309
<p>УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ</p> <p>Тоиров А. С., Бабажанов А. С., Ахмедов А. И., Султанбаев Ш. А., Отамуродов Д. Ғ.</p>	309
<p>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.</p> <p>Туксанов А.И., Рахматов К.К., Шодиев С.И., Кувонов М.М., Маликов Ю.Р.</p>	312
<p>АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ И ЛЕТАЛЬНОСТИ</p> <p><i>Туксанов А.И., Рахматов К.К., Шодиев С.И., Кувонов М.М., Маликов Ю.Р., Холиков О.Х.</i></p>	314
<p>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. УДАЛЕНИЕ МНОЖЕСТВА КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.</p> <p>Туксанов А.И., Рахматов К.К., Шодиев С.И., Султанов У.С., Наимов М.М., Кувонов М.М.</p>	316
<p>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. УДАЛЕНИЕ МНОЖЕСТВА КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.</p> <p>Туксанов А.И., Рахматов К.К., Шодиев С.И., Султанов У.С., Наимов М.М., Кувонов М.М.</p>	318
<p>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ</p> <p>Туляганов Д.Б., Хошимов Д.Э., Пулатов Д.Т.</p>	319
<p>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КИСТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ</p> <p>Туракулов У.Н., У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М.,</p>	320

<p>ЛЕКАРСТВЕННЫЙ И СТРЕСС-ПРОБЫ С ЭКГ, ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ДО РЕВОСКУЛИРИЗАЦИЯ МИОКАРДА</p> <p>Тургунов А.И., Тургунов Б.А., Эргашев К.Н., Собиров А.А</p>	321
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.</p> <p>Тургунов А.И., Мамадиев Х.М., Тургунов Б.А., Мансуров Ш.Ш., Эргашев К.Н.</p>	322
<p>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПЕРВОГО ПАЦИЕНТА С МИКСОМА ПРАВОЙ ПЕРЕДСЕРДИИ И ОТХОЖДЕНИЕ ИЗ ПРОВОГО КОРОНАРНЫЙ АРТЕРИИ СЕРДЦА.</p> <p>Тургунов А.И., Тургунов Б.А., Эргашев К.Н.</p>	323
<p>АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА НА МИКРОФЛОРУ, СЕНСИБИЛИЗИРОВАННУЮ МЕТИЛЕНОВОЙ СИНЬЮ ПРИ ГНОЙНЫХ ТРАХЕОБРОНХИТАХ IN VITRO</p> <p>Турсуметов А.А., Исаков Ш.Ш.</p>	323
<p>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ</p> <p>У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Умматалиев Б.Т., Гуломов П.Г.</p>	325
<p>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p>У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Умматалиев Б.Т.Хожибоев О.А.</p>	326
<p>ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ</p> <p>У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Эшонходжаев О.Д., Умматалиев Б.Т.</p>	327
<p>ПОСЛЕДСТВИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <p>У.Н.Бобаев., Ибадов Р.А., Хакимов Д.М.</p>	328
<p>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ</p> <p>У.Н.Бобаев., Эшонходжаев О.Д., Хакимов Д.М., Йигиталиев С.</p>	329
<p>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ</p> <p>У.Н.Бобаев., Эшонходжаев О.Д., Хакимов Д.М.</p>	330

<p>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ ПРИ АКСИАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ</p> <p>У.Н.Бобаев., Хакимов Д.М., Эшонходжаев О.Д.</p>	331
<p>ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ</p> <p>УМЕДОВ Х.А.</p>	333
<p>НАШ ОПЫТ МНОГОЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ</p> <p>Умедов Х.А., Эмуродов А.Н., Мухаммадиев Ш.</p>	334
<p>НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ.</p> <p>Фотима Абдусалом кизи НОРБОБОЕВА</p>	335
<p>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ</p> <p>Умедов Х.А., Элмуродов А.Н., Махмудов О.</p>	336
<p>ПРЕИМУЩЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ</p> <p>асс.Умедов Х.А.доц. Мустафакулов И.Б.</p>	336
<p>ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ</p> <p>Хушвакт Алишерович УМЕДОВ</p>	338
<p>ПРЕИМУЩЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ</p> <p>Умедов Х.А.</p>	339
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ</p> <p>Умедов Х.А.</p>	340
<p>НАШ ОПЫТ МНОГОЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ</p> <p>Умедов Х.А., Эмуродов А.Н., Мухаммадиев Ш.</p>	341
<p>ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ШИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.</p>	342

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНИ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Кодиролв М.Ш.	343
РОЛЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОВМЕСТНО С ТРАДИЦИОННЫМИ И ИННОВАЦИОННЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Якуббекова С.С., Рахимова С.Ш.	345
УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З., Якуббекова С.С.	346
МАММОСКРИНИНГ ТЕКШИРУВИГА ЖАЛБ ҚИЛИНГАН АЁЛЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ ОРҚАЛИ СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ Урманбаева Д.А., Якуббекова С.С., Рахимова С.Ш.	347
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ Уроков Ш.Т., Саломов Н.И.	347
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ Уроков Ш.Т., Саломов Н.И.	348
ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ЛИМФОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕИ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Уртаев Б.М., Симанин Р.А., Макаров И.Г., Шарафетдинов А.Х., Цибирова А.Э.	350
ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕЕЙ Уртаев Б.М., ¹ Симанин Р.А., Сафронова В.В., Гритнус А.Р., Цибирова А.Э., Кулумбегова А.Т.	351
ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕИ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОМОЩЬЮ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Уртаев Б.М., Симанин Р.А., Шарафетдинов А.Х.	352

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛИМФОРЕЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Уртаев Б.М., Симанин Р.А., Макаров И.Г., Сафронова В.В., Гринтус А.Р.	353
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЧАТОЧНЫХ СКАЛЬПИРОВАННЫХ РАНАХ КИСТИ Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р.	354
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДИТОВ Усманова Н.А., Курбонов М.Х.	355
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОТОМИИ Усманова Н.А., Курбонов М.Х.	356
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ Усманова Н.Ю., Азимов Ф.Р., Норова Г.И., Мусоев Т.Я.	357
КОМБИНИРОВАННАЯ ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ. Файзиев О.Я., Митрюшкина В.П.	358
ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. Фарахиддинова М.Х., Икромиддинова Р.У., Мухитдинова М.С.	360
РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ. Х.М.Хожиев, Н.И.Махмудов, Нумонов Х.С.	361
ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХАТАМОВА М.А.	363
ПРИМЕНЕНИЯ АСКОРБАТА ХИТОЗАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ХАТАМОВА М.А.	364

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



<p>КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА</p> <p>Хаджибаев А.М., Элмуродов К.С., Рузиева З.М., Шукуров Б.И., Элмуродов Ш.К.</p>	365
<p>ВЫБОР СПОСОБОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ</p> <p>Хаитбаев С.К.</p>	367
<p>НАШ ОПЫТ В ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.</p> <p>Хорезмский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи</p> <p>Хаитбаев С.К., Абдукаримов Ж.Ш., Атаджанов И.Р.</p>	369
<p>НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭКСУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА</p> <p>Хайитов А.А., Дустбобоев Д.С., Рустамова Э.И.</p>	369
<p>ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <p>Хакимов Д.М., У.Н.Бобаев., Эшонходжаев О.Д.</p>	370
<p>ГНОЙНЫЙ ОМЕНТИТ В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД 2010 - 2022 гг.</p> <p>Хакимов Д.М., У.Н.Бобаев., Хожибоев О.О.</p>	371
<p>ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ</p> <p>Хамроев И.С., Ганжиев Ф.Х., Хамроев Х.Н.</p>	373
<p>ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ</p> <p>Хамроев И.С., Ганжиев Ф.Х., Кенжаев Л.Р., Хамроев Х.Н.</p>	374
<p>ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛКОГОЛНОМ ЦИРРОЗЕ</p> <p>Хамроев Х.Н., Ганжиев Ф.Х.</p>	375
<p>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА</p> <p>Хамроев Х.Н., Комилов Ж.Д.</p>	376

ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ.	377
Хасанов Д.Ш., Хакимов Т.А., Урманбаева Д.А.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	378
Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А. Муминов А.Ш. Жабборов Ж.Ю. Юсупов С.Ю.	
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	379
Ходжанов И.Ю., Орипов А.А., Муминов А.Ш., Жабборов Ж.Ю., Юсупов С.Ю.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	381
Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А., Муминов А.Ш., Жабборов Ж.Ю., Юсупов С.Ю.	
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО И ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАДИАФИЗОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА	382
Ортиков О.Р.	
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	383
Ходжиев Д.Ш., Султанзада Н.Д., Худайбергенов Ш.А	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ	384
Д.м.н., профессор, Г.М. Ходжиматов, С.М. Яхёев, М.П. Сидиков	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	386
Ходжиматов Гуломидин Минходжиевич – д.м.н., профессор Фозилжонов Омадуллох Шукуржон угли	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.	388
Ходжиматов Г.М	
ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	389
Холматова Ш.Ш., Зуфарова Ш.А., Камалов Т.Т., Ишанходжаева Д.Э.	

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	390
Холматова Ш.Ш., Зуфарова Ш.А., Камалов Т.Т., Ишанходжаева Д.Э.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НОАЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА	391
Хомидова Г.Ж.	
РАСПРОСТРАНЕНИЕ, ТЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА	392
Хомидова Г.Д.	
ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА (TAVI)	394
Хонниёзов Ж.Г., Халиков Ф.Ю., Рахимов Е.З.	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ КОВИД-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ	394
Худойбердиев Б.А., Хужамбердиев И.Р., Исхаков Н.Б., Исабаев Ш.Б., Робиддинов Б.С., Рашидов Д.А.	
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	395
Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Исабоев Ш.Б.	
МЕСТО ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	396
Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Темиров Р.И., Худойбердиев Б.А., Исабаев Ш.Б., Робиддинов Б.С., Якуббаев А.А.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА	398
Хужамбердиев И.Р., Мирзакулов А.Г., Робиддинов Б.С.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	399
Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Худойбердиев Б.А.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	400
Хужамбердиев И.Р., Алижанов А.А., Мирзакулов А.Г., Абдуллаев У.У.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	401
Хужамбердиев И.Р., Мирзакулов А.Г., Абдуллаев У.У.	

10-ЛЕТНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	402
Хужамбердиев И.Р., Исабаев Ш.Б., Худойбердиев Б.А., Мирзакулов А.Г., Ньматуллаев О.И., Робиддинов Б.С., Якуббаев А.	
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	403
Хурсанов Ё.Э.	
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ	404
Шадиев А.Э., Насретдинова М.Т., Абдуманнобов Ж.Г.	
ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С ОККЛЮЗИЕЙ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ.	405
Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Абдусаттаров К.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Мадиев У.Б., Гуломов А.А.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕГО НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ В ЖЕЛУДОЧКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	406
Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Жиянов И.А., Бокиев А.М., Каримбаев Ш.Т., Отабаев И.И., Рузматов Ж.И., Рахманов Н.А., Рахимов Н.Н..	
НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ – КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ.	407
Шарифбаев С.А., Абдусаттаров К.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Ходжиев С.К., Мадиев У.Б..	
ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНО-ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛИ СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ (1 СЛУЧАЯ ИЗ СОБСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ)	408
Шарифбаев С.А., Аманов Р.Д., Жиянов И.А., Солижанов Ш.Ш., Бокиев А.М., Рахимов Н.Н., Рахманов Н.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Мадиев У.Б..	
ПРИМЕНЕНИЕ «НЕЙРОЭНДОСКОПА» ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.	410
Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Гуломов А.А..	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ УРГЕНТНЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРРАГИЯХ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	410
Нуритдинова Ш.М	

<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ</p> <p>Шоназаров И.Ш., Муродуллаев С.О.</p>	412
<p>НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБОМИ У ПОЖИЛЫХ</p> <p>Шоназаров И.Ш., Муродуллаев С.О.</p>	414
<p>ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИО ФУНДАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.</p> <p>Эгамбердиев А.А., Арзиев И.А.</p>	415
<p>НЕКОТОРЫЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ</p> <p>Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.</p>	416
<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ</p> <p>Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Бобоев У., Ботиров Ж.А.</p>	417
<p>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ ДОСТУПА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ</p> <p>Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А., Бобоев У.</p>	419
<p>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ</p> <p>Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Хамидов Ф.Ш., Ботиров Ж.А.</p>	420
<p>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ</p> <p>Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.</p>	422
<p>РОЛЬ И МЕСТО СКАНИРОВАНИЯ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ</p> <p>Эгамов Ю.С., Тажибаев Ш.А., Латипов Р.Ж., Худайбергенов П.К.</p>	423

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



РОЛЬ И МЕСТО СКАНИРОВАНИЯ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ	425
Эгамов Ю.С., Тажибаев Ш.А., Латипов Р.Ж., Худайбергенов П.К.	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	427
ЭГАМОВ Ю.С., ИСМАЙЛОВ К.Р., ИБРАГИМОВА М.А., ДУРДИЕВ Х.Б.	
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ОБОЖЖЕННЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	429
Элмуродов А.Н., Умедов Х.А., Набиев Х.	
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМЕРШИХ С ТУПОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА	430
Элмуродов К.С., Рузиева З.М., Шукуров Б.И., Элмуродов Ш.К., Инаков А.Г., Аллаев Д.Х.	
ОБЩАЯ СТРУКТУРА ПОГИБШИХ С ТУПОЙ ТРАВМОЙ В КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ	432
Элмуродов К.С., Рузиева З.М., Шукуров Б.И., Элмуродов Ш.К. Инаков А.Г., Аллаев Д.Х.	
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП	433
Эшонкулов.Ч.И., Махмудов Н.И., Расулов.А.Ф.	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	435
Ю.С. ЭГАМОВ., ИБРАГИМОВА М.А., ИСМАЙЛОВ К.Р., ДУРДИЕВ Х.Б.	
ЛЕЧЕНИЕ ГИДАТИДНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ И МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .	437
Юлдашев Г.Ю. Отаджанов Д.Э.	
К ВОПРОСУ О КОНСЕРВАТИВНЫХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СУБТОТАЛЬНО-ТОТАЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.	438
Юлдашев Г.Ю. Отаджанов Д.Э.	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	439
Юлдашов П.А., Арзиев И.А., Сайинаев Ф.К.	

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТНО-МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ	441
Юлдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Саттаров А.А., Иброхимов М.М.	
АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	442
Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.	
КОМПЛЕКСНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	443
Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.	
ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДРАКА И РАННИХ ФОРМ РАКА ВУЛЬВЫ	444
Якуббекова С.С., Мамарасулова Д.З., Урманбаева Д.А.	
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ	445
Якубжон Эркинович ХУРСАНОВ, Абдурахим Абдурахманович АВАЗОВ	
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GALL BLADDER POLYPS	446
Akhmedov F.Kh., Jumaeva M.M., Hasanova D.A.	
POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC-ASSISTED SURGERY FOR MEKKEL DIVERTICULITIS COMPLICATED WITH BLEEDING	447
Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Alizhanov A.A., Bazarbayev U.R.	
EPITHELIZATION OF WOUND SURFACES IN DIABETIC FOOT SYNDROME	448
Kasimov U.K., Yoruklov A.Sh.	
ROLE OF PHOTODYNAMIC THERAPY AND TOPICAL ANTIBIOTICS IN THE TREATMENT OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA	450
Khamdamov B.Z., Nurov U. I. Uktamov I. G.	
ENDOVIDEOSURGICAL METHODS FOR THORACOABDOMINAL INJURIES	452
Khodjimatov GM, Yahyoev SM, Sidikov MP	
ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THORACOABDOMINAL INJURIES	453
Professor Khodjimatov GM, Yahyoev SM, Sidikov MP	

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



SIGNIFICANCE OF NEUROINTERVENTION IN PATIENTS OF THE NEURORESUSCITATION DEPARTMENT	454
Kholliev S.S., Musoyev T.Ya.	
THE LIFE QUALITY ASSESSMENT OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH SURGICAL MENOPAUSE	455
Khudoyarova D.R., Azimova S.A., Shopulotova Z.A.	
ANALYSIS OF POSTOPERATIVE VENOUS THROMBOSIS DEEP VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES	456
Makhmudov N.I., Muhammadamir khan	
IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS WHEN ACUTE PANCREATITIS IS ACCOMPANIED BY LIVER CIRRHOSIS	457
Mirzaev V. I. , Ganjiev F. X., Kenjayev L.R., Hamroyev X.N.	
THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC TREATMENT FOR BLEEDING FROM CHRONIC DUODENAL ULCERS	458
Muhammadamir khan, N. I. Mahmudov	
LACK OF VITAMIN K AND ITS CONSEQUENCES, EFFECTS ON THE BODY	459
Muhammadiev F.N., Nurislomova L.F.	
MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE UPPER RESPIRATORY WAYS CAUSED BY MUSHRES OF THE GENUS CANDIDA	461
Nasretdinova M.T., Raupova K.M., Xolmurodova N.Sh	
INTERRELATION OF THE INFLUENCE OF THE ROUTES OF HOSPITALIZATION AND THROMBOLYTIC THERAPIES FOR OUTCOMES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION	462
Pulatova Sh.H., Safarov N.Sh., Juraev I.E., Ismoilov O.I.	
ASSESSMENT OF THE MICROBIOCENOSIS OF THE UTERINE TRACT IN PREGNANTS WITH PREMIUM RUPTURE	463
G.M. Qayumova, Y.M. Mukhtorova, D.SH. Sobirova, N.R. Zokirova, Sh.A. Makhmudova	
THE ROBOTIC METHODS FOR THYMIC DISEASE	464
Salaxidinov S.Z., Tojiboev Z.K., Botaboyev J.M., Axmadjonov J.O.	
INNOVATIVE TECHNIQUES FOR IMAGE-GUIDED ABLATION OF BENIGN THYROID NODULES	465
Salaxidinov S.Z., Tojiboev Z.K., Botaboyev J.M., Axmadjonov J.O.	

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



USE OF POLYMER-BASED OINTMENTS FOR ATROPHIC RHINITIS	466
Shadiyev A.E., Nasretdinova M.T., Uktamov D.Sh.	
THE EFFECTIVENESS OF EARLY EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE AT PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRAVENTRICULAR HEMORRAGE	467
Sharifbaev S.A., Jiyanov I.A., Solijanov Sh.Sh., Boqiev A.M., Ruzmatov J.I.	
RARE COMBINATION OF THE COARCTATION OF AORTA WITH INFRACARDIAC FORM OF TOTAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS DRAINAGE	467
Turaev B.B., Abralov Kh.K., Kobiljonov B.Kh., Ibragimov N.Sh.	
SURGICAL OPERATION OF THE FIRST PATIENT WITH MYXOMA OF THE RIGHT ARTERIUM AND DIVERSION FROM THE FAST CORONARY ARTERY OF THE HEART.	468
Turgunov A.I., Turgunov B.A., Ergashev K.N.	
OPTIMIZATION OF ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WHO HAVE SUFFERED MASSIVE HEMORRHAGE DURING CHILDBIRTH	469
Zokirova N. R., Karimova N. N., Musoyev T.Ya.	
ЭШИТИШ ПАСТЛИГИ БИЛАН КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИ АРХИВ МАЪЛУМОТЛАР АСОСИДА ЎРГАНИШ.	471
Авезов М.И.	
ПАСТКИ ЖАҒ СИНГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА АУТОТРОМБОЦИТАР МАССАНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	472
Азимова М.Л.	
ОЁҚ ВА КЎЛЛАРДА ДЕКОМПРЕССИОН ФАСЦИОТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА САМАРАДОРЛИГИ	475
Амонқулов З.К. Усманов Б.С., Насритдинова Н.Б.	
‘ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ЎЗИГА ХОС ЭКОЛОГИК ШАРОИТИДА ЯШОВЧИ АҲОЛИДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ’	476
Ахмедов Ғ.О., Мадримов З.Х., Содиқов С.Б.	

<p>ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ШИФОХОНАСИДА COVID-19 КАСАЛЛИГИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БОЛАЛАР ВА КАТТА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ</p> <p>Ахмедов Л. Э. Мадримов З.Х. Ахмедов Ғ.О. Садиков С. Б. Саъдуллаев С.</p>	477
<p>ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТДА ЎТ ПУФАГИ ДЕВОРИДАГИ ҚОН ОҚИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ РАНГЛИ ДУПЛЕКС СКАНЕРЛАШ</p> <p>Ахмедов Ф.Х., Жумаева М.М., Жумаева Н.Х.</p>	478
<p>ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДА ЖИГАРДАН ТАШКАРИ ЎТ ЙУЛЛАРИНИ ЖАРОХАТЛАНИШИ.</p> <p>Ахроров Б.М., Сирожитдинов У.К., Имамов Ф.А.</p>	479
<p>ТИРЕОТОКСИКОЗ ОҒИР ДАРАЖАСИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШДА ЗАМОНОВИЙ ТАКТИКАНИ ТАНЛАШ</p> <p>Ғозибеков Ж.И., Салоҳиддинов Ж.С.</p>	480
<p>СУРУНКАЛИ ВЕНОЗ ҚОН ТОМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ ХАСТАЛИГИНИ ХОЗИРГИ ЗАМОН ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ</p> <p>Ф. Д. Икрамова., С.З.Салаҳиддинов, Р.Н.Абдуллаев, Э.А. Ортикматов</p>	481
<p>ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ЖИНСГА ЁШГА ВА ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ БЎЙИЧА ХАМДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ.</p> <p>Исмаилов Ў.С. Турсунов Ф.Н.</p>	483
<p>ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ</p> <p>Н.И.Махмудов, Б.А.Туйчиев, Туланов Ш.А.</p>	485
<p>ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДА УМУМИЙ ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ ЖАРОХАТЛАНИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ.</p> <p>Н.И.Махмудов ,А.Б. Ортиков , У.К.Сирожидинов</p>	486
<p>ТЕРИ ОСТИ ЁҒ КАВАТИ ЎТА РИВОЖЛАНГАН СЕМИЗ БЕМОРЛАРДА ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.</p> <p>Нўмонов Х.С.,Махмудов Н.И.,Мамадалиев А.Ш.</p>	487

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



<p>НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ БЎЛИМИДАГИ БЕМОРЛАРДА НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ.</p> <p>Солижанов Ш. Ш., Отабаев И. И., Валижанов А.Х., Рахимов Н.Н.</p>	488
<p>КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ ОҒИР КУЙИШ ЖАРОХАТИ ОЛГАН БЕМОРЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ</p> <p>Ахмедов А.И, Фаязов А.Д, Бабажанов А.С, Тоиров А.С, Сутанбаев Ш.А.</p>	489
<p>ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ДАВОЛАШ</p> <p>Ўроқов Ш.Т., Холиқов Ф.Й., Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М.</p>	490
<p>ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ДИАГНОСТИКАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ</p> <p>Ўроқов Ш.Т., Холиқов Ф.Й., Мусоев Т.Я., Кенжаев Л.Р.</p>	492
<p>ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЁШГА БОҒЛИҚ МАКУЛОДИСТРОФИЯ КЛИНИК КЕЧИШИНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ</p> <p>Юсупов А.Ф т.ф.д профессор, Каримова М.Х т.ф.д профессор, Ахмедов Т.Б</p>	493
<p>KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI</p> <p>Abduraxim Abduraxmanovich AVAZOV, Yoqubjon Erkin o'g'li XURSANOV</p>	494
<p>KORONAVIRUS INFEKSIYASI PANDEMIYASI SHAROITDA JARROHLIK SHIFOXONASINING TAKTIKASI</p> <p>Aliev X.S., Babadjanova Sh.U.</p>	495
<p>YURAK CHAP QORINCHASI FRAKTSIYASI PAST BO'LGAN BEMORLARDA AORTA-KORONAR SHUNTLASH AMALIYOTI NATIJALARINI BAHOLASHDA PERFUZION MSCTNING ROLI.</p> <p>Axmedov U.B., Djurayeva N.M., Kenjayev F.H., Xaliqulov X.G., Chernov D.A.</p>	497
<p>APPENDIKSNING YALLIG'LANISHINI TAHLIL QILISH</p> <p>Farmonova Ruxshona Farruxovna</p>	498
<p>O'TKIR PARAPROKTITDA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI SAMARADORLIGINI BAXOLASH.</p> <p>F. D. Ikramova., X.T. Musashayxov., S.Z. Salaxidinov., M.A. Teshaboeva</p>	499

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



BOLALARDA YUZ SOXASINING YIRINGLI YALLIG'LANISH KASALLIKLARIDA CHANDIQLANISH SABABLARI Karimov A.Y.	501
BOLALARDA TUG'MA PILOSTENOZNING OPERATIV DAVOLASHDA LAPAROSKOPIK PILOROMIOTOMIYANING AHAMIYATI Karimov A.Y., Tilalov O'.H.,	502
BOLALARDA O'PKA EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK USULINING TAKTIKASI. Karimov A.Y. Tilavov O'.X.	503
BOLALARDA PIOPNEVMOTORAKSLARNI DAVOLASH Karimov R.O.	503
NOZIK MASALANING ORIGINAL YECHIMI ¹ Madiyev R.Z., Musayeva Sh. Z., Abrayqulov I. R., Qurbonova M. T.	504
DIABETIK PANJA SINDROMI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI HAYOT SIFATINI YAXSHILASH Matmurotov K.J., Ruzmetov B.A.	505
DIABETIK PANJA SINDROMINING XIRURGIK ASORATLARI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV Matmurotov K.J., Ruzmetov B.A	506
DYUPYUITREN KONTRAKTURASI KASALLIGI XIRURGIK DAVOLASH VA BU KASALLIK UCHUN MAXSUS QO'LLANILADIGAN SHINALAR Choriyeva M.A.	507
VARIKOZ XASTALIGIDA XIRURGIK ARALASHUVNI OPTIMALLASHTIRISH Muhammadjonova M.M., Ikramova.F.D	509
SHAROITIDA URGENT NEGRAVIDAR METRORRAGIYALARNING EPIDEMIOLOGIYASI VA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH XUSUSIYATLARI Nuriddinova Sh.M.	509
ZAMONAVIY XIRURGIYANING MUAMMOLARI Ravshanova E	511

"PROBLEMS OF MODERN SURGERY"



ZAMONAVIY XIRURGIYANING MUAMMOLARI	513
<i>Ravshanova E., Melimurodova M.</i>	
KORONAVIRUS INFEKSIYASINING BOLALAR XIRURGIK KASALLIKLARIGA SALBIY TA'SIRLARI.	515
<i>S.R.Raximberganov.</i>	
BOLALARDA JARROXLIK OPERATSIYALARIDA PROMEDOL BILAN ANESTEZIYA QILISHNING AFZALLIGI.	516
<i>Sobirov E.J.</i>	
ORALIK SOXA LIMFANGIOMATOZINI DAVOLASHDA SKLEROTERAPIYADAN FOYDALANISH	517
<i>Suyunov D.M., Pakirdinov A.S.</i>	
O'TKIR RINOSINUSITLARDA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI TABIIY YO'LLARINING BLOKLOVCHI OMILLARINI O'RGANISH VA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH	518
<i>Ulmasov B.B.</i>	
ZAMONAVIY XIRURGIYADA ROBOTOXIRURGIYANING RIVOJLANISH ISTIQBOLLARI	518
<i>Ulug'bekova G.J., Adhamov Sh.A.</i>	
TO'G'RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASI VA REZEKTABELLIGINI BAXOLASHDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI VA MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA IMKONIYATLARI	520
<i>Xasanov D.SH., Mamadaliev M.M., Urmanbaeva D.A.</i>	
TUG'MA YURAK NUQSONI BO'LGAN CHAQALOQLARDA SUN'IY QON AYLANISH DAVRIDA ULTRAFILTRATSIYA USULLARINING GIDROBALANSNI MUVOZANATGA SOLISHDAGI AHAMIYATI	521
<i>Xaydarov Q.I., Satvaldieva E.A., Usmanova D.D., Mamatkulov I.B.</i>	
ERTA TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA NAFAS OLISH BUZILISHI SINDROMI	522
<i>Yunusov D.M.</i>	
D VITAMINI BILAN TA'MINLASH VA UNI ERTA YOSHDAGI BOLALARDA PROFILAKTIKA QILISH SAMARADORLIGI	523
<i>Yunusov D.M.</i>	
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ЭНДОМЕТРИИ	523
<i>Назирова З.М.</i>	

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



<p>СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ</p> <p><i>Назирова З.М.</i></p>	525
<p>O'TKIR RINOSINUSITLARDA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARI TABIIY YO'LLARINING BLOKLOVCHI OMILLARINI O'RGANISH VA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH</p> <p><i>Ulmasov B.B.</i></p>	526
<p>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА</p> <p>Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Асранов Ш.Я., Гуломов П.Г., Хакимов И.С.</p>	527
<p>ИЗУЧЕНИЯ МУТАГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ</p> <p>Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Минаваров Н.Ю</p>	528
<p>УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ</p> <p>Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А</p>	528
<p>МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ</p> <p>Тургунов Ш.Ш., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б.А</p>	530
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОСОРБЕНТА</p> <p>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Бобаев У.Н.</p>	531
<p>ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОСОРБЕНТА.</p> <p>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Бобаев У.Н.</p>	532
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОСОРБЕНТА И ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ</p> <p>Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Карабоев Б.Б</p>	533

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ	534
Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ	535
Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Карабоев Б.Б., Хамдамов Х.Х	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА	536
Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Умматалиев Б.Т., Бобаев У.Н., Атаханов И.К	
АЛТ ФЕРМЕНТИ БЎЙИЧА ДОНОР ҚОНИНИНГ ЯРОҚСИЗЛИГИ	537
Мадолимов А.М.	