

ISSN 2181-5674

PROBLEMS OF
BIOLOGY *and*
MEDICINE

БИОЛОГИЯ *ва*
ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ

2024, № 2.1 (153)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины

основан в 1996 году

Самаркандским отделением

Академии наук Республики Узбекистан

выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ж.А. РИЗАЕВ

Редакционная коллегия:

Н.Н. Абдуллаева, Д.Ш. Абдурахманов,

М.М. Абдурахманов, Т.А. Арипова, Т.А. Аскарлов,

Ю.М. Ахмедов, А.С. Бабажанов, С.А. Блинова,

С.С. Давлатов, А.С. Даминов, А.С. Кубаев,

З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),

К.Э. Рахманов (ответственный секретарь),

Б.Б. Негмаджанов, Н.М. Магзумова, М.Р. Рустамов,

Э.Н. Ташкенбаева, Ш.Т. Уроков, Н.А. Ярмухамедова

*Учредитель Самаркандский государственный
медицинский университет*

2024, № 2.1 (153)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

Сайт

<http://pbim.uz/>

e-mail

pbim@pbim.uz

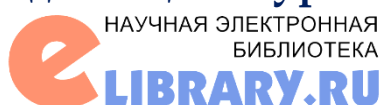
sammi-xirurgiya@yandex.ru

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 219/5
от 22 декабря 2015 года реестром ВАК
при Кабинете Министров РУз
в раздел медицинских наук

Индексация журнала



Редакционный совет:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
М.М. Амонов	(Малайзия)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
М.К. Гулзода	(Таджикистан)
Б.А. Дусчанов	(Ургенч)
А.Ш. Иноятов	(Ташкент)
А.И. Икрамов	(Ташкент)
А.К. Иорданишвили	(Россия)
Б. Маматкулов	(Ташкент)
Ф.Г. Назиров	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
Ш.Ж. Тешаев	(Бухара)
А.М. Шамсиев	(Самарканд)
А.К. Шодмонов	(Ташкент)
Б.З. Хамдамов	(Бухара)
М.Х. Ходжибеков	(Ташкент)
Diego Lopes	(Италия)
Jung Young Paeng	(Корея)
Junichi Sakamoto	(Япония)
May Chen	(Китай)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
Sohei Kubo	(Япония)

Подписано в печать 15.04.2024.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 8,95

Заказ 31

Тираж 50 экз.

Отпечатано в типографии СамГМУ

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18



Самаркандское
областное
управление
здравоохранения



Комитет по
здравоохранению
Правительства
Санкт-
Петербурга



Самаркандский
государственный
медицинский
университет



Российское
общество
эндоскопических
хирургов



СПб ГБУЗ
«Городская
больница Святого
Великомученика
Георгия»



МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ **«Петербург – Самарканд: современные** **подходы в практической хирургии»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

(Самарканд, 25 -26 апреля 2024 г.)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ СИМПОЗИУМА

Председатель:

РИЗАЕВ
Жасур
Алимджанович

*ректор Самаркандского государственного
медицинского университета, д.м.н., профессор*

Сопредседатели:

ЭРГАШЕВ
Олег
Николаевич

*вице-губернатор Санкт-Петербурга,
профессор*

КУБАЕВ
Азиз
Саидолимович

*проректор по научной работе и инновациям
Самаркандского государственного
медицинского университета, д.м.н., профессор*

СТРИЖЕЛЕЦКИЙ
Валерий
Викторович

*главный врач СПб ГБУЗ «Городская больница
Святого великомученика Георгия», вице-
президент Российского общества
эндоскопических хирургов, профессор*

Оргкомитет:

ЗАЙНИЕВ
Сухроб
Сабирович

*начальник Самаркандского областного
управления здравоохранения*

ЛИСОВЕЦ
Дмитрий
Геннадьевич

*председатель Комитета по здравоохранению
Правительства Санкт-Петербурга*

ЯБЛОНСКИЙ
Петр
Казимирович

*директор ФГБУ «Санкт-Петербургский
научно – исследовательский институт
фтизиопульмонологии», главный внештатный
специалист – хирург Комитета по
здравоохранению Правительства Санкт-
Петербурга, профессор*

ЕМЕЛЬЯНОВ
Сергей
Иванович

*Президент Российского Общества
эндоскопических хирургов, заведующий
кафедрой эндоскопической хирургии
факультета последипломного образования
МГМСУ им. А.И. Евдокимова; директор
больницы Центросоюза РФ, профессор*

ИВАНОВ Игорь Григорьевич СУЛТАНОВА Флора Миргалимовна	заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия» врач – хирург, координатор учебного центра Российского Общества эндоскопических хирургов СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия»
ПОЛЯКОВА Елена Владимировна	главная медсестра СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия»
БУБЛИКОВА Ирина Владимировна	директор СПб ГБПОУ “Медицинский колледж №1”, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Санкт-Петербурга и Северо-Западного Федерального округа, заслуженный учитель РФ

Ответственные секретари:

АБДУРАХМАНОВ Диёр Шукуруллаевич	декан совместных образовательных программ Самаркандского государственного медицинского университета, к.м.н., доцент
САИДМУРАДОВ Камол Ботирович	заместитель главного врача многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета, к.м.н., доцент
СОРОКИНА Фаина Анатольевна	ведущий специалист Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
СУЛТАНОВА Флора Миргалимовна	врач – хирург, координатор учебного центра Российского Общества эндоскопических хирургов СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия»

Эксперты – ключевые участники:

АБДУЛЛАЕВА <i>Наргиза</i> <i>Нурмаматовна</i>	<i>главный врач многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор</i>
АСКАРОВ <i>Пулат</i> <i>Азадович</i>	<i>заведующий кафедрой малоинвазивной хирургии ФПДО Самаркандского государственного медицинского университета, к.м.н., доцент</i>
БАБАКАЛАНОВ <i>Шухрат</i> <i>Ибрагимович</i>	<i>главный хирург Управления здравоохранения Самаркандской области, заведующий хирургическим отделением Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра, к.м.н.</i>
БОРОБОВ <i>Юрий</i> <i>Михайлович</i>	<i>заведующий отделением анестезиологии СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия», ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, к.м.н.</i>
ВОРОНЦОВ <i>Сергей</i> <i>Юрьевич</i>	<i>эксперт технического комитета РОЭХ. Директор по развитию «ЭФА медика»</i>
ЕМЕЛЬЯНОВ <i>Сергей</i> <i>Иванович</i>	<i>Президент Российского Общества эндоскопических хирургов, заведующий кафедрой эндоскопической хирургии факультета последипломного образования МГМСУ им. А.И. Евдокимова; директор больницы Центросоюза РФ, профессор</i>
ЗАВРАЖНОВ <i>Анатолий</i> <i>Анатольевич</i>	<i>главный врач «Мой медицинский центр Высокие Технологии», заслуженный врач РФ, профессор</i>
КАРАЧУН <i>Алексей</i> <i>Михайлович</i>	<i>заведующий отделением абдоминальной онкологии, заведующий научным отделением опухолей желудочно – кишечного тракта, ведущий научный сотрудник НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, заслуженный врач РФ, профессор</i>

КАЩЕНКО
Виктор
Анатольевич

заместитель главного врача по хирургии «Мой медицинский центр Высокие Технологии», член правления Российского общества эндоскопических хирургов, заведующий кафедрой факультетской хирургии СПбГУ, профессор

БАБАЖАНОВ
Ахмаджон
Султанбаевич

заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

КУРБАНИЯЗОВ
Зафар
Бабажанович

заведующий кафедрой хирургических болезней №1, трансплантологии и урологии Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

МАКАРОВ
Сергей
Анатольевич

заведующий 3 хирургическим отделением СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия», к.м.н.

НЕЙМАРК
Александр
Евгеньевич

руководитель НИЛ хирургии метаболических нарушений, ведущий научный сотрудник НМИЦ им. В.А. Алмазова, экс-Президент Российского общества бариатрических хирургов, доцент

РАХМАНОВ
Косим
Эрданович

доцент кафедры хирургических болезней №1, трансплантологии и урологии Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н.

РУТЕНБУРГ
Григорий
Михайлович

главный хирург СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия», член правления Российского общества эндоскопических хирургов, вице-президент Российского общества герниологов, профессор

СИГУА
Бадри
Валериевич

профессор кафедры факультетской хирургии с курсом эндоскопии им. И.И. Грекова, руководитель центра клинической онкологии, заместитель главного врача по онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

- СТРИЖЕЛЕЦКИЙ Валерий Викторович** *главный врач СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия», профессор кафедры госпитальной хирургии СПбГУ, вице-президент Российского Общества эндоскопических хирургов, заслуженный врач РФ, профессор*
- СУЛТАНОВА Флора Миргалимовна** *врач – хирург, СПб ГБУЗ «Городская больница Святого великомученика Георгия», координатор учебного центра Российского Общества эндоскопических хирургов*
- УЛМАСОВ Фирдавс Гайратович** *главный врач Самаркандского филиала Республиканского специализированного онкологического и радиологического научно – практического медицинского центра, доцент*
- ЯБЛОНСКИЙ Пётр Казимирович** *директор ФГБУ «Санкт-Петербургский научно – исследовательский институт фтизиопульмонологии», главный внештатный специалист – хирург Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, заслуженный врач РФ, главный торакальный хирург РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии СПбГУ, профессор*

УДК: 61[618.17]

«Петербург – Самарканд: современные подходы в практической хирургии»: сборник трудов Международного симпозиума (г. Самарканд, 25-26 апреля 2024 г.) / отв. ред. **Ризаев Ж.А.** - Самарканд, 2024. – 112 с.

В сборнике тезисов Международного симпозиума опубликованы работы отечественных и зарубежных ученых и преподавателей из медицинских и других учебных заведений. В нем представлены как результаты экспериментальных исследований, так и публикации по клинической тематике современной хирургии. Сборник предназначен для широкого круга читателей.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абдуллаев С.А., Махмудов Т.Б., Худайназаров У.Р.</i> Эндовазальный метод лечения гнойно-некротических осложнений диабетической стопы	17
<i>Абдурахманов М.М., Рузиев У.У.</i> Цветное дуплексное сканирование ветвей пузырной артерии в дифференциации различных форм острого холецистита	17
<i>Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р., Кенжаев Л.Р.</i> Результаты применения эндовенозной лазерной облитерации у пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофической язвой	18
<i>Авазов А.А., Шакиров Б.М.</i> Панжа ва товон куйишини даволашнинг замонавий усуллари	19
<i>Авазов А.А., Шакиров Б.М.</i> Панжа ва товон куйишини сунъий яратилган нам муҳитли шароитда даволашнинг янги технологиялари	20
<i>Азимов Ф.Р., Усманова Н.Ю.</i> Информативность методов диагностики ретро-цервикального эндометриоза	20
<i>Амонов Ш.Ш. Мусоев С.Ш., Олими М.О.</i> Эндоскопическое лечение осложненного эхинококкоза печени с прорывом в желчные ходы	21
<i>Анарбоев С.А., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Альбендазол в качестве местного гермицида после эхинококкэктомии из печени	22
<i>Анарбоев С.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Факторный анализ причин рецидива эхинококкоза печени	22
<i>Арзиев И.А., Баратов М.Б., Арзиев А.И., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Желчный перитонит при желчнокаменной болезни	23
<i>Арзиев И.А., Рустамов С.У., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Методологические принципы чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем	24
<i>Асадуллоева Э.И., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г.</i> Лабораторная диагностика острого отёчного панкреатита у беременных	25
<i>Асадуллоева Э.И., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г.</i> Эффективность доплерографии плода и плаценты при остром панкреатите у беременных	25
<i>Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Асадуллоева Э.И.</i> Выбор тактики лечения при деструктивных форм острого панкреатита	26
<i>Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Асадуллоева Э.И.</i> Хирургическая тактика при инфицированной и стерильной формах панкреонекроза	26
<i>Бабажанов А.С., Ахмедов А.И., Шамсиев Ш.Ж.</i> Профилактика послеоперационного осложнения при многоузловом нетоксическом зобе	27
<i>Бабажанов А.С., Махмудов С.Б., Шербекоев У.А., Абдурахманов Д.Ш.</i> Критерии выбора герниоалло- и абдоминопластики по результатам герниоабдоминометрии	28

<i>Бабажанов А.С., Махмудов С.Б., Шербекоев У.А., Абдурахманов Д.Ш.</i> Хирургическое лечение больных вентральными грыжами и морбидным ожирением выполнением сочетанной герниоалло- и абдоминопластики	28
<i>Батиров Б.А., Бабажанов А.С.</i> Оптимизация симультанных операций при сочетанной патологии передней брюшной стенки и брюшной полости с использованием лапароскопической техники	29
<i>Батиров Б.А., Бабажанов А.С.</i> Выбор метода хирургических операций при сочетанных травмах брюшной полости	30
<i>Батиров Б.А., Бабажанов А.С.</i> Пути улучшения результатов симультанных операций на органах брюшной полости	31
<i>Березуцкий С.Н.</i> Способ клинической диагностики объемных процессов в нижней трети предплечья	32
<i>Бозоров А.С., Махманазаров О.М.</i> Нарушения гемодинамики при острой кишечной непроходимости у больных циррозом печени	32
<i>Бокиев Ф.Б., Маликов М.Х., Худойдодов О.М.</i> Способы герниопластики при коррекции больших и гигантских рецидивных грыж живота	33
<i>Валиев Э.Ю., Исмаилов А.Дж., Муминов Ш.М., Ганиев О.А.</i> Влияние выбора тактики на исход лечения сочетанных костно-сосудистых повреждений нижних конечностей	34
<i>Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р., Хасанов З.Р., Тиляков Х.А., Ганиев О.А., Норполвонов А.У.</i> Двухэтапное лечение повреждений опорно-двигательного аппарата у больных с политравмой с применением различных конфигураций аппарата наружной фиксации	35
<i>Васильев А.А., Буйнов К.И., Ельский И.К.</i> Реализация программы лечения больных тяжелым острым панкреатитом	36
<i>Васильев А.А., Буйнов К.И., Ельский И.К.</i> Эффективность фаготерапии у больных некротическим панкреатитом и парапанкреальным инфильтратом	37
<i>Ворисов А.А., Хомидов А.Т., Тоджиев Дж.Ш.</i> Хирургическое лечение послеожоговых сужений пещевода	37
<i>Ворончихин В.В., Олигер А.А., Катайкин А.Н.</i> Хирургическое лечение осложнений хронического панкреатита	38
<i>Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А., Насырова К.В.</i> О механизмах регуляции чувства голода у пациентов после бариатрических операций	38
<i>Ганжиев Ф.Х., Хамроев Х.</i> Анализ эффективности однокомпонентных гемостатических средств	39
<i>Ганиев А.А.</i> Характеристика иммуногенетических показателей больных с острым панкреатитом	40
<i>Гозибекоев Ж.И., Арзиев И.А., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Оптимизация предоперационной подготовки больных тяжелыми формами тиреотоксикоза	41

<p>Даминов Ф.А., Хакимов Э.А., Бобокулов А.У. Пути улучшения результатов хирургического лечения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста</p>	42
<p>Ельский И.К., Васильев А.А., Смирнов Н.Л. Валидность балльной системы прогнозирования тяжести острого панкреатита</p>	43
<p>Жумаева М.М., Хасанова Д.А. Холециститда ўт пуфаги деворининг ултратовуш ва гистокимёвий текширувининг информативлиги</p>	43
<p>Жумаева М.М., Ахмедов Ф.Х. Изменения стенки желчного пузыря при холециститах</p>	44
<p>Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Кашапова А.Р. Роботические операции в лечении колоректального рака</p>	45
<p>Имамов А.А., Абсаттарова М.С. Современный подход к лечению больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки с ограниченными перфоративными осложнениями путем одноэтапной операции</p>	45
<p>Ишанкулов О.А., Зайниев А.Ф. Оптимизация хирургических методов лечения билиарного панкреатита</p>	46
<p>Козобин А.А., Сигуа Б.В., Мавиди И.П. Объективизация риска ущемления паховых и бедренных грыж</p>	46
<p>Кулдашев Г.Н., Абдурахманов М.М. Особенности аллопротезирования послеоперационных вентральных грыж с использованием полипропиленового и титанового сетчатого имплантатов</p>	47
<p>Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Арзиев А.И., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж., Давлатов С.С. Лапароскопическая герниоаллопластика больным с вентральными грыжами</p>	48
<p>Курбаниязов З.Б., Эгамбердиев А.А., Арзиев А.И., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж., Давлатов С.С. Эндовидеохирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы</p>	48
<p>Курбаниязов З.Б., Юлдашев П.А., Арзиев А.И., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж., Давлатов С.С. Дифференцированный подход в хирургии послеоперационных вентральных грыж</p>	49
<p>Левченко Е.И., Сигуа Б.В., Мавиди И.П. Возможность объективизации риска развития острого постманипуляционного панкреатита после эндоскопических вмешательств у больных с холедохолитиазом</p>	50
<p>Логвин Л.А., Корольков А.Ю., Попов Д. Н. Особенности диагностики и хирургической тактики при остром аппендиците у беременных</p>	50
<p>Мавиди И.П., Сигуа Б.В., Козобин А.А. Терминология в герниологии: анализ и решение несоответствий</p>	51
<p>Маманов М.Ч., Рахманов К.Э., Анарбоев С.А. Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж. Клинико-морфологическое обоснование химиотерапии в хирургическом лечении эхинококкоза печени</p>	52
<p>Мардонов Б.А., Курбаниязов Б.З., Рахманов К.Э. Хирургическое лечение посттравматических рубцовых стриктур магистральных желчных протоков</p>	52

<p><i>Мардонов В.Н., Рузибоев С.А.</i> Битишма касаллиги профилактикасида битишмага қарши барьер воситаларлардан фойдаланиш- даги тажрибамиз</p>	53
<p><i>Мардонов В.Н., Рузибоев С.А.</i> Наш опыт применение лечебного биосовместимого имплантата для малоинвазивной хирургии</p>	54
<p><i>Махмудова Ш.А.</i> Своевременное хирургическое лечение доброкачественных опухолей яичников</p>	55
<p><i>Мирзаев В.И., Ўроқов Ш.Т.</i> Ўткир панкреатит, жигар циррози билан бирга келган холатларда диагноз куйиш ва даволаш тактикасини самарадорлигини ошириш</p>	55
<p><i>Мирзаев В.И., Ўроқов Ш.Т.</i> Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари фониди ўткир панкреатит бирга келган холатларда диагноз куйиш ва даволаш тактикасини самарадорлигини ошириш</p>	56
<p><i>Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Садыков А.Н.</i> Эффективность бронхологического исследования у часто болеющих детей</p>	57
<p><i>Назаров З.Н., Шукруллаев Ш., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Хирургическая коррекция осложненных форм желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста</p>	58
<p><i>Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Ганиев А.Э.</i> Выбор тактики хирургического лечения рецидивных вентральных грыж</p>	59
<p><i>Намазов Б.Б., Летина Ю.В., Земляной В.П.</i> Острая хирургическая патология органов брюшной полости у пациентов с ВИЧ</p>	59
<p><i>Напольская Е.В., Беляева А.В., Сигуа Б.В.</i> Анализ послеоперационных осложнений циторедуктивных операций на печени по поводу мета- стазов колоректального рака</p>	60
<p><i>Насимов А.М., Арзиев И.А., Карабаева Г.Х.</i> Результаты хирургического лечения больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков</p>	60
<p><i>Нуриллаев Х.Ж., Курбаниязов Б.З., Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Трансабдоминальная лапароскопическая герниоаллопластика у больных с паховой грыжей</p>	61
<p><i>Раджабов Ж.П., Рахманов К.Э., Рахманова Ф.Э.</i> Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени</p>	62
<p><i>Рахмонов Д.А., Бокиев Ф.Б., Хакимзода Б.</i> Наш опыт лапароскопических автономных рукавных резекций желудка у пациентов с ожирением</p>	62
<p><i>Рахманов К.Э., Хамдамов О.Д., Рахманова Ф.Э.</i> Оптимизация хирургического лечения сочетанного и множественного эхинококкоза легких и печени</p>	63
<p><i>Рахманов К.Э., Хамдамов О.Д., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза легких</p>	64

<i>Рахманова Ф.Э., Анарбоев С.А.</i> Предоперационная химиотерапия при хирургическом лечении эхинококкоза печени	65
<i>Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Рахманов К.Э., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Совершенствование хирургической техники при рецидивном и узловом зобе IV – V степени	65
<i>Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А., Рахманов К.Э., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Совершенствование восстановительных операций при повреждениях магистральных желчных протоков	66
<i>Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Саидов З.Б.</i> Анализ результатов хирургического лечения варикоцеле	66
<i>Рузибоев С.А., Ачиллов М.Т., Элмуратов А.Н.</i> Меъда ўсмалари билан қон кетишларда гастрэктомиа операциясининг қўлланилиши	68
<i>Рузибоев С.А., Садыков Р.А., Аллабердиев Н.А.</i> Чов чурраларида аллопластика усулини такомиллаштириш	68
<i>Саидмуродов К.Б., Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А., Курбаниязов Б.З., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.</i> Дифференцированный подход в лечении ранних билиарных осложнений после холецистэктомии	69
<i>Саидов З.Б., Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б.</i> Анализ клинико - экономической эффективности хирургического лечения варикоцеле	70
<i>Саидов И.К., Ўроқов Ш.Т., Саидов Ш.И.</i> Жигарнинг диффуз касалликлари фонида ривожланган ўт тош касаллигида ўткир тошли холециститни ташхислаш ва даволаш натижаларини янада яхшилаш	71
<i>Саломова И.С., Каримова Н.Н., Каримов Д.Н.</i> Современные подходы эндоскопической хирургии в лечении миомы матки	72
<i>Салохиддинов Ж.С., Курбаниязов Б.З., Рахманов К.Э.</i> Анализ результатов хирургического лечения узловых образований щитовидной железы	72
<i>Салохиддинов Ж.С., Зайниев А.Ф., Рахманов К.Э.</i> Выбор хирургической тактики при диффузно – токсическом зобе	73
<i>Сатторов Ж.Э.</i> Усовершенствованный метод лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы	74
<i>Сафаров С.С., Хамдамов Б.З.</i> Пути улучшения методов прогнозирования и профилактики гнойно-септических осложнений эхинококкоза печени	75
<i>Сигуа Б.В., Клеймюк С.В., Бакалкина Е.М.</i> Возможности искусственного интеллекта в хирургической практике	76
<i>Сигуа Б.В., Тимофеева Е.Г., Малашичева А.Б.</i> Поиск экспериментальных путей создания искусственного холедоха	77
<i>Сигуа Б.В., Цельковская О.Б., Арутюнян К.В.</i> Полный патоморфоз опухоли пищевода после химиолучевой терапии. Оперировать или нет?	77
<i>Сингаевский А.Б., Азаян А.А., Мосийчук О.М., Несвит Е.М.</i> Острая послеоперационная перфоративная язва тонкой кишки: новый взгляд на старую проблему	78

Соловьев И.А., Оглоблин А.Л., Лучинина Д.В. Современный подход к лечению больных с острым нарушением мезентериального кровообращения	79
Степаненко Г.А. Трансуретральная биполярная электроэнуклеация ДГПЖ как альтернатива ТУР	79
Сулайманов С.У., Бобомурадова И.А., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж. Хирургическая коррекция больных с желчнокаменной болезнью осложненной синдромом Мириizzi	80
Тарасов Е.Е., Нишневич Е.В., Багин В.А. Тотальная экстраперитонеальная пластика (total extraperitoneal plastic – TEP) паховых и бедренных грыж под местной анестезией	81
Тешаев О.Р., Муродов А.С., Рахмонова Г.Е. Хирургическое лечение сахарного диабета 2-го типа	82
Тоиров А.С., Ахмедов А.И., Тожиев И.П. Жигар эхинококэктомиясидан кейинги қолдиқ бўшлиқларни лазерли фотодинамик терапия усулида ишлов бериш	82
Тоиров А.С., Ахмедов А.И., Султонов Д.М. Особенности повреждения стенки вены при эндовазальной лазерной коагуляции	83
Тўхтамурод З.З., Қодиров Т.О. Ўткир перитонит билан оғриган беморларни даволаш натижаларининг таҳлили	84
Тухтамурод З.З., Абдусаломова Д.А. Анализ результатов лечения больных гастроудоденальными кровотечениями	84
Умедов Х.А., Сатторов А.Х. Методы консервативного и хирургического лечения повреждений паренхиматозных органов	85
Умедов Х.А., Сатторов А.Х. Результаты лечения эрозивно-язвенных поражений у тяжелообожженных	85
Усманов М.М. Сравнительная характеристика прироста уровня гликемии после перорального и интраеюнального введения углеводов больным с дуоденальной язвой осложненной различными формами стеноза	86
Усманов М.М. Состояние пищеварительно-транспортной функции тонкой кишки у больных с осложненной дуоденальной язвой и после различных способов резекции желудка	86
Фарзонаи Иброхим, Рахимова С.У., Джанобилова С.М. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении абсцессов печени	87
Фарзонаи Иброхим, Рахимова С.У., Джанобилова С.М. Миниинвазивное хирургическое лечение абсцесса печени	88
Фаязов А.Д., Ахмедов А.И., Камилов У.Р. Определение риска гастроудоденальных кровотечений при глубоких ожогах у больных пожилого и старческого возраста	89

<p><i>Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Гуломов Ф.К.</i> Лапароскопическое лечение механической желтухи обусловленной синдромом Мириizzi</p>	89
<p><i>Хайдаров А.Э., Мардонов Ж.Н., Махмудова М.А.</i> Роль маркеров миокардиальной недостаточности и его прогностическое значение у детей младшего возраста в периоперативном периоде в кардиохирургии</p>	90
<p><i>Хайдаров А.А., Хайдаров Ф.Н., Абидов У.О., Саъдиев Э.С., Ходжаев Ф.Б.</i> Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области</p>	91
<p><i>Хамдамов Б.Э., Хотамов И.Э.</i> Характеристика изменений эндотелиальной системы легких при абдоминальном сепсисе</p>	92
<p><i>Хамдамов У.Р., Кенжаев Л.Р.</i> Успешное хирургическое лечение ребенка с посттравматической ложной аневризмой плечевой артерии</p>	93
<p><i>Хужамов О.Б., Раджабова М.О., Усмонов А.У., Арзиев А.И.</i> Усовершенствованный способ ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах</p>	94
<p><i>Хурсанов Ё.Э., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М., Хидиров М.С.</i> Результаты пластики обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж</p>	95
<p><i>Ҳикматов Ж.С.</i> Бронхоэктаз касаллигини комплекс хирургик даволашда иммунологик ўзгаришлар тавсиви</p>	96
<p><i>Шавкатова Г.Ш.</i> Метаболик синдром билан аёлларни туғруққа тайёрлаш тамойиллари</p>	97
<p><i>Шайкулов Х.Ш.</i> Динамика микробных популяций гнойно-воспалительных процессов</p>	98
<p><i>Шеховцов С.А., Раджабова М.О., Усмонов А.У.</i> Ранние послеоперационные осложнения у больных с короткими и сложными прямокишечными свищами после лазерной облитерации</p>	99
<p><i>Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Дурдиев Х.Б.</i> Усовершенствованный метод эндомезентериальной лимфотропной терапии при абдоминальной хирургической патологии в послеоперационном периоде</p>	100
<p><i>Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я., Мурсакаева К.Д.</i> Диагностика атрезии желчных путей у детей</p>	100
<p><i>Яглы С.И., Анисимов А.Ю.</i> Сравнительный анализ методик остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и перспективы новых подходов</p>	101
<p><i>Яров Ж.Б.</i> Применение малоинвазивного метода больным острой obturационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии</p>	102
<p><i>Ashurov T.Kh.</i> Informative significance of neutrophil-lymphocyte ratio in critically ill patients due to traumatic brain injury</p>	102

<i>Bobonazarov S.D., Islamov Sh.E., Norjigitov A.M.</i> Morphological forms of pulmonary echinococcosis	103
<i>Bobosharipov F.G, Xolov X.A.</i> Acute pancreatitis after elective laparoscopic cholecystectomy: retrospective study	103
<i>Bobosharipov F.G., Xolov X.A., Nodirova Y.I.</i> Estimation of the state of zones esophagogastroduodenal in different forms of acute pancreatitis	104
<i>Davlatov S.S.</i> Prevention of purulent-necrotic complications after lower limb amputations in diabetic foot syndrome	104
<i>Davlatov S.S., Normurodov B.P., Rakhmanov K.E.</i> Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia	105
<i>Fayzulloeva N.Sh., Khotamova M.T.</i> Vaginosonography measurement of blood flow of the uterine arteries during pregnancy of COVID-19	105
<i>Jumaeva M.M., Xasanova D.A.</i> Morphohistochemical changes in the gallbladder wall in cholecystitis	106
<i>Khamidov J.G., Khotamova M.T.</i> The effect of acetylsalicylic acid on the concentration of prostaglandins in the blood of pregnant women against the background of COVID 19	106
<i>Khotamova M.T.</i> Treatment of threatened preterm labor caused by subclinical intrauterine infection	107
<i>Khotamova M.T., Fayzulloeva N.Sh.</i> Influence of intrauterine infection on the state of venous lower limb systems	107
<i>Khursanov Yo.E.</i> Analysis of the results of various methods of closing a hernia orium and methods of installing a prosthesis for postoperative ventral hernia	107
<i>Khursanov Yo.E.</i> Comparative assessment of wound complications of allohernioplasty	108
<i>Rakhmanov K.E., Makhramkulov Z.M., Ravshanov M.I., Mukhiddinov T.J.</i> Surgical method of treatment of liver echinococcosis	109
<i>Rakhmonov Kh.A., Islamov Sh.E.</i> Morphological criteria for prostate cancer diagnosis	109
<i>Safarov S.S.</i> Clinical and immunological justification of the choice of methods for the prevention of purulent-septic complications of liver echinococcosis	110
<i>Shamsiev K.Yu.</i> Efficiency of direct oral anticoagulants for left atrial thrombosis in patients with atrial fibrillation	111
<i>Shukurlayeva Sh.J., Khotamova M.T.</i> Subclinical autoimmune reactions in recurrent miscarriage of COVID-19	111

ЭНДОВАЗАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Абдуллаев С.А., Махмудов Т.Б., Худайназаров У.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В последние годы при выборе метода хирургического лечения пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС) большое распространение получает эндовазальный метод, позволяющий значительно уменьшить такие страшные осложнения диабета как гангрена пальцев и стоп нижних конечностей.

Цель исследования: Усовершенствовать эндовазальных методов лечения гнойно-некротических осложнений при синдроме диабетической стопы.

Методы исследования: Обследованы 43 больных с гнойно-некротическими осложнениями синдромом диабетической стопы (СДС). Мужчин было 27(62.8%) и женщин – 16(37.2%). Из 43 больных у 40 причиной поражения нижних конечностей являлся сахарный диабет и у 3 изолированное атеросклеротическое поражение. Были проведены стандартные лабораторно-инструментальных методов диагностики, ЭКГ, ЭхоКГ сердца, дуплексное исследование артерии нижних конечностей с измерением лодыжечно-плечевого индекса(ЛПИ) до и после реканализации, рентгенографии стопы в 2-х проекциях, КТ, МСКТ-ангиография сосудов нижних конечностей. Произведена эндоваскулярная реваскуляризация артерии нижних конечностей. Из 43 больных у 38 был применен доступ через бедренной артерии и 5 пациентам применён ретроградный доступ через тиббиальные артерии в связи с наличием высокой окклюзией проксимального отдела поверхностной бедренной артерии. У 41 больного были произведена реканализация и баллонная ангиопластика и 2- пациентом тромбэктомия с последующей баллонная ангиопластикой.

Результаты Наши наблюдения показали, что при развитии гнойно-некротических осложнений СДС в зависимости от формы выявляется несколько клинических осложнений: нейропатический процесс приводит к атрофии мышцы стопы и развитию деформации пальцев. Из-за чрезмерной деформации пальцев стопы образуются «мазоли» и в последующем развивается трофическая язва. Главная задача при лечении гнойно-некротических осложнений СДС – избежать высокой ампутации поражённой конечности. Эндовазальный метод реваскуляризации артерии нижних конечностей, которая восстанавливает артериальный кровоток в зоне трофических нарушений на стопе. По данным ангиографии и КТ-ангиографии выявлен медиакальциноз. В результате применение эндовазального метода уровень проксимальной ампутации уменьшился в среднем на 9-10%.

Вывод. Внедрение эндовазального метода на первом этапе хирургического лечения осложнения СДС значительно снижает количество высоких ампутации нижних конечностей.

ЦВЕТНОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ВЕТВЕЙ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ РАЗИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Абдурахманов М.М., Рузиев У.У.

Бухарский государственный медицинский институт,

Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара Узбекистан

Актуальность. Недостаточная информативность ультразвукового исследования и связанные с этим трудности в диагностике отдельных форм острого холецистита (ОХ), послужили основой для поиска новых неинвазивных способов диагностики. Общеизвестными признаками острого холецистита, наряду с ультразвуковой картиной желчного пузыря в В-режиме, являются доплерографические параметры усиления кровотока в стенке желчного пузыря.

Цель. Выявление доплерографических особенностей острого холецистита при проведении цветового дуплексного сканирования (ЦДС) желчного пузыря (ЖП).

Материал и методы. Проведено исследование желчного пузыря методом ЦДС у 186 больных ОХ с целью поиска чувствительных доплерографических признаков. Средний возраст больных составил $56,2 \pm 11,4$ года. Женщин было 64,9%, мужчин - 35,1%. Большинство пациентов женского пола относились к возрастной группе 50-59 лет (58,2%), мужского пола - к группе 60 и более лет (52,1%). Контрольная группа (КГ) состояла из 40 здоровых добровольцев. Метод ЦДС включал исследование желчного пузыря в В-режиме с получением серошкального двумерного изображения, доплеровского исследования в режимах цветного доплеровского картирования (ЦДК).

Результаты и обсуждение. В пользу острого холецистита указывало увеличение длины и ширины желчного пузыря, толщины его стенки, площади и объема, а также снижение величины соотношения длины и ширины (А/В). Все параметры статистически достоверно отличались от показателей в контрольной группе с ве-

роятностью различий 95% ($p < 0,05$). При сравнении данных КГ и больных ОХ имело место повышение V_{max} и V_{min} , значения которых статистически достоверно отличались с вероятностью различий 98% и 94% ($p < 0,01$ и $p < 0,05$). Преимущественное повышение V_{max} в сравнении с V_{min} , значения которых возросли в 2,1 раза и в 1,4 раза соответственно, обуславливает высокий уровень PG, который в группе больных увеличился в 3,1 раза. Достоверные различия в скорости кровотока от здоровых выявлены у больных с флегмонозной формой воспаления $32,8 \pm 7,6$ ($P < 0,05$). Корреляционный анализ взаимосвязи степени воспаления и скорости кровотока в стенке пузыря выявил прямую корреляционную зависимость. Коэффициент корреляции Спирмана составил 0,732 ($P < 0,0001$). Таким образом, визуализация кровотока напрямую зависела от ее скорости и характера воспаления, т.е. скорость артериального кровотока стенки ЖП указывала на выраженность воспалительной реакции у больных ОХ. Ложноотрицательный результат при гангренозной форме, был связан с тромбированием сосудов ЖП, невозможностью обнаружения кровотока в мелких сосудах и сравнительно низкой линейной скоростью кровотока в них.

Выводы: 1. Главным доплерографическим критерием острого холецистита было увеличение максимальной систолической скорости (V_{max}) кровотока в ветвях пузырной артерии; 2. Разработка доплерэхографической оценки нарушений кровообращения стенки пузыря, выявление тромбоза сосудов, позволяет прогнозировать развитие деструктивных форм ОХ, что способствует быстрому принятию решений и правильному выбору срока, тактики, вида оперативного вмешательства, улучшая результаты и исход лечения больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р., Кенжаев Л.Р.

Бухарский государственный медицинский институт,

Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара Узбекистан

Введение. Варикозная болезнь (ВБ) и хроническая венозная недостаточность (ХВН) – одно из самых распространенных заболеваний среди населения развитых стран. По данным Международного флебологического союза (2022), варикозная болезнь встречается у 25% населения развитых стран, сопровождаясь у 15% пациентов развитием осложнений в виде тяжелых гемодинамических расстройств с трофическими язвами, липодермосклерозом, нарушений лимфооттока. Варикозная болезнь, осложненная трофическими язвами, встречается у 2% населения индустриально развитых стран. У лиц старше 65 лет частота трофических язв увеличивается в 3 раза, достигая 4-6%. Несмотря на значительный прогресс в развитии методов диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей частота возникновения трофических язв остается достаточно высоким.

Цель исследования. Оптимизировать результаты комплексного лечения трофических язв (ТЯ) на фоне варикозной болезни.

Материал и методы. За период с декабря 2021 года по август 2023 года нами прооперировано 152 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК), которым была выполнена эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) вен в комбинации с минифлебэктомией или эхосклероблитерацией притоков (ЭСО). Из них у 22 (1,4%) больных ВБНК была осложнена трофической язвой (классы С5 [$n=8$] и С6 [$n=14$] по CEAP). Мужчин было 18 (81,8%), женщин – 4 (18,2%). Возраст пациентов составил 26-78 лет. Давность ВБНК в анамнезе колебалась от 2 до 26 лет. Длительность существования язвы 1-6 лет. В локализации ТЯ преобладала медиальная поверхность н/3 голени. Размеры ТЯ колебались от 1 см² до 45 см². Односторонний процесс выявлен у 20 (91%), двусторонний – у 2 (9%) больных. 4 (18,2%) пациентам ранее были проведены традиционные флебэктомии, 3 (13,6%) больным - ушивание ТЯ, в связи с открывшимся кровотечением. Всем больным проведены клинические исследования и ультразвуковое доплеровское сканирование вен нижних конечностей, при котором оценивались: состояние клапанного аппарата вен, протяженность стволового рефлюкса, состояние перфорантных и глубоких вен. Лечение пациентов с ТЯ было комплексным. Всем 22 больным выполнили изолированную ЭВЛО (с целью устранения венозного рефлюкса и улучшения микроциркуляции в зоне ТЯ) + ЭСО притоков в зоне трофических нарушений. Минифлебэктомии не проводились в связи с угрозой септических осложнений. У 3 пациентов ввиду выраженности инфекционно-воспалительных процессов в зоне ТЯ ЭВЛО выполнена в отсроченном порядке после стихания процесса. Все больные были оперированы в амбулаторном порядке. После операции использовали компрессионный трикотаж 2 или 3 классов. В послеоперационном периоде в качестве профилактики венозных тромбозэмболических осложнений на 3-7 суток назначали профилактические дозы низкомолекулярных гепаринов или пероральные антикоагулянты. Выполнялись перевязки трофических язв, основанные на стадии течения и фазы раневого процесса, с применением растворов антисептиков, мазей с протеолитическими ферментами и других

перевязочных средств, а также этапные некрэктомии ран, что позволила в кратчайшие сроки очистить ТЯ. Проводились консервативные мероприятия, которые включали избирательную антибактериальную (при наличии инфекции), противовоспалительную и флебопротекторную терапии.

Результаты. Состояние облитерированных вен и местную симптоматику ТЯ оценивали на следующие сутки, через неделю, через месяц, 3 и 6 месяцев после операции. Практически половина пациентов (n=10) отметили уменьшение отеков, тяжести и болевых симптомов через неделю после ЭВЛО. Проводимая комплексная терапия позволила добиться заживления открытых ТЯ (n=14) в сроки до 2 недель у 5 (35,7%), до 2 месяцев - у 9 (64,3%) пациентов. Практически у всех больных отмечена высокая активность регенеративных процессов в ТЯ. Инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационный период не выявлено.

Заключение. Комплексный подход в лечении ТЯ, включающий ЭВЛО не состоятельных стволов и перфорантных вен для устранения гемодинамических нарушений, местное лечение ТЯ, соответствующее стадии раневого процесса, а также компрессионная терапия позволяют значительно улучшить результаты лечения данной категории больных. По нашему мнению, ЭВЛО, как миниинвазивный метод, является приоритетным в выборе хирургической ликвидации патологического рефлюкса при ВБНК, осложненной ТЯ.

ПАНЖА ВА ТОВОН КУЙИШИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Авазов А.А., Шакиров Б.М.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, РШТЎИМ Самарқанд филиали, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Долзарблик. Сандалда куйишлар ҳар доим жарроҳ, комбустиолог, ортопед ва травматологларнинг нафақат назарий, балки илмий ва амалий фаолиятида энг долзарб муаммолардан бири бўлиб келган ва шундай бўлиб қолмоқда.

Материал ва усуллар. Бизнинг назоратимиз остида 112 нафар 9 ойликдан 67 ёшгача бўлган куйган беморлар РШТЎИМ Самарқанд филиали куйиш бўлими ва Самарқанд шаҳар минтақалараро куйиш марказида оёқ ва қўлнинг чуқур сандалда куйишлари билан даволанди. 49 та бемор тана юзасининг 5% гача чуқур куйиш билан шифохонага ётқизилган, 63 та бемор тана юзасининг 10% гача куйиш билан ётқизилган. 83 (74,1%) бемор шок ҳолатида, қолган 29 (25,9%) токсемия босқичида қабул бўлимига мурожат қилган.

Натижалар ва муҳокама. Сандалда оёқ товони ва панжалари куйган беморларни маҳаллий консерватив даволаш учун яра жараёнининг босқичига қараб ишлатилган: некротик тўқималарни қуритадиган антисептик эритмали докали нам-қуритувчи боғлам қўллаш ёки сувда эрийдиган кўпкомпонентли малҳамлар ёрдамида қуритиш. Чуқур куйишларни умумий ва маҳаллий даволашнинг кўплаб самарали усуллари орасидан: некротомия, некрэктомия ва аутодермопластикаларни танлашимиз мумкин. Оёқларнинг чуқур куйиши бўлган беморларда эрта жарроҳлик аралашувлардан бири бу некротомия бўлиб ҳисобланади. Биз тарафимиздан 36 та некротомия ўтказилди. Компаратмент-синдромнинг олдини олиш учун некротомиялар шикастланган вақтдан бошлаб 1-3 сутка ичида ўтказилди. Ярани аутодермопластикага тайёрлаш учун биз томондан босқичма-босқич некрэктомия ўтказилди. Эрта некрэктомия - бу ярада яллиғланиш белгилари пайдо бўлишидан олдин амалга ошириладиган операция (қоида тариқасида, куйишдан кейинги дастлабки 5 кун). У 17 та беморда ўтказилди. Кечиктирилган жарроҳлик некрэктомия - бу 31 та беморда яра соҳасидаги яллиғланиш белгилари фонидан куйишдан 7-9 кун ўтгач, тана юзасининг 5% дан ошмайдиган майдонда амалга ошириладиган операция. Сандалда куйган 112 та беморнинг 89 нафарида биринчи аутодермопластикадан кейин жароҳат битди. Такрорий аутодермопластика 23 та беморда ўтказилди, уларнинг умумий куйиш майдони тана юзасининг 10% дан кўпроғидан ошди. Операциядан кейинги даврда 11 та беморда тери парчасининг лизиси кузатилди. Лизиснинг асосий сабаби уларнинг остида ҳосил бўлган гематомалар бўлиб, улар қўшимча терини пластика қилишни талаб қилди.

Хулоса. Шундай қилиб, 10 йил давомида РШТЎИМ Самарқанд филиалининг куйиш бўлимида ва Самарқанд шаҳрининг вилоятлараро куйиш марказида сандалда оёқ товонининг чуқур куйишларини даволашда, аутодермопластикага тайёрлаш ва куйишдан кейинги контрактуралар ва деформацияларни камайтириш учун некротик тўқималарнинг кўчиб тушишига қаратилган ихтисослаштирилган ёрдамни ташкил этиш билан боғлиқ маълум муваффақиятлар кузатилди.

ПАНЖА ВА ТОВОН КУЙИШНИ СУНЪИЙ ЯРАТИЛГАН НАМ МУХИТЛИ ШАРОИТДА ДАВОЛАШНИНГ ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

Авазов А.А., Шакиров Б.М.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, РШТЎИМ Самарқанд филиали, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Мақсад. Сунъий равишда яратилган нам муҳитда куйиш яраларини тиклаш муаммоси бўйича маълумотларни таҳлил қилиш ва тизимлаштиришдир.

Материал ва метод. Кўп йиллар давомида қуруқ қорақўтир остида куйган яраларини даволаш тактикаси қўлланилган, бироқ замонавий тадқиқотлар натижалари нам муҳитда куйишни тиклаш самарадорлиги ошганлигидан далолат беради. Маълумки, яра аниқ физик шароитларда тезроқ битади, булар: шикастланган тўқималарни қайта тиклаш учун оптимал бўлган 37 °С даражадаги доимий ҳарорат, ярани инфекция тушишидан изоляция қилиш, бактерияларнинг кўпайишига тўсқинлик қилувчи кислотали муҳит. Ярани даволашнинг муҳим омилларидан бири бу нам яра муҳити бўлиб, у ҳужайра бўлинишини ва шикастланган тўқималарнинг автолизини тезлаштиради, оғриқни камайтиради. Яраларнинг эпителизацияси нам муҳитда қорақўтир остида даволанишга нисбатан икки марта кўпроқ тезлашади. Бу ҳужайраларнинг яранинг четидан унинг марказига кўчишини таъминлаш учун етарли миқдордаги намлик туфайли содир бўлади. Фақатгина нам муҳитда ҳужайралар ҳаётлигини сақлайди, бўлиниш қобилятини ва жароҳатни тиклашни таъминлайди. Нам муҳитли битишда жароҳатда ўсиш омиллари қолади, керакли ҳарорат сақланади ва жароҳатда ёрилиш ва қайта инфекция эҳтимоли камаяди.

Натижалар: Ташқи суртиш учун фойдаланиладиган гидрофил дори препаратлари куйиш юзасини юмшатиш учун қўшимча имкониятлар яратади, бу кўп сонли нашрларда тасвирланган. Бир қатор муаллифлар бундай воситалар сифатида кумуш сақловчи кремларни таклиф қилишган. Хусусан, куйиш жароҳати юзасига суртиш учун кумуш сулфадиазин препаратларини (Силваден ёки Дермазин) қўлланилди, шундан сўнг оёқ-қўллари полиэтилен пакетларга ёки катта қўлқопларга жойлаштирилди. Натижада, оёқ-қўлнинг дистал қисмларининг II–IIIа даражали куйиш жароҳатларини битиши кузатилди. Кумуш сақловчи кремлар бўлган пакетлардан фойдаланганда, экссудациянинг кўпайиши, айниқса даволанишнинг биринчи кунда яққол қайд етилди. Эҳтимол, бу ушбу гидрофил кремларнинг озмотик таъсири билан тушунтирилади. Жароҳатнинг ўлик тўқималардан тозаланиши тез ва оғриқсиз кечди. Бир қатор панжа куйиши билан жабрланганларга тиббий ёрдам натижаларини яхшилашнинг мумкин бўлган усулларини эълон қилди ва куйган ярага кумуш сулфадиазин ёки бир хил воситалар билан никотин кислота билан биргаликда кремларни олдиндан қўллаш орқали катта ҳажмли пластик қоплар ёрдамида даволаш усулини тасвирлаб берди. Натижада, куйиш жароҳатларининг битиш вақти 16-22% га камайдди. Суяқ муҳитнинг таркибини ўзгартириш, ўсиш омиллари, озуқа моддалари ва антибиотикларнинг қўшилиши жароҳатни даволаш самарадорлигини оширишга имкон берди. Культуратив ҳужайралар (фибробластлар, илдиз ҳужайралари ва бошқалар) ёрдамида куйишларни даволашнинг юқори самарадорликка эришилгани бир қатор тадқиқотларда кўрсатиб ўтилди. Кейинги вақтларда нам муҳитли шароитда куйиш жароҳатларининг тикланиши учун ҳужайра технологиялар фаол ишлаб чиқилди.

Хулоса. Шундай қилиб, нам муҳитли шароитда куйиш жароҳатларини олиб бориш куйишларни консерватив даволашнинг энг истиқболли усулларидан бири бўлиб, максимал қисқа вақт ичида юқори функционал натижалар билан даволаниш имконини беради.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕТРО-ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Азимов Ф.Р., Усманова Н.Ю.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. Ретроцервикальный эндометриоз (РЦЭ) - одно из распространенных гинекологических заболеваний, при котором очаги эндометриоза появляются на различных участках малого таза и брюшной полости. В процесс могут так же вовлекаться стенки малого таза с проходящими там мочеточниками и ректосигмовидный отдел толстой кишки. Симптомы РЦЭ обусловлены локализацией пораженного органа, а также зависят от степени поражения. Являясь одним из тяжелых заболеваний, РЦЭ женщин репродуктивного возраста, может стать причиной бесплодия, невынашивания беременности и даже быть причиной инвалидизации.

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность инструментальных методов исследования у больных с наружным генитальным (ретроцервикальным) эндометриозом (РЦЭ).

Материал и методы: В исследование включены 89 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, поступившие в Бухарский филиал РНЦЭМП с 2019- 2023гг. Все пациентки по результатам хирургического лечения были разделены на две группы. Первую группу составили 51 женщина без признаков глубокого инфильтративного эндометриоза, вторую группу – 38 пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом. В исследования включали сбор анамнеза и детализацию жалоб, изучение гинекологического и соматического анамнеза, специальные методы (трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) малого таза, колоноскопию), статистические методы. Всем пациенткам проводили хирургическое лечение лапароскопическим доступом. Объем оперативного лечения зависел от локализации, глубины инвазии вовлеченного в патологический процесс органа, степени распространения в ректовагинальном пространстве, наличия участков синхронного поражения толстой кишки. Средний возраст больных составил 28±3лет.

Результат и обсуждения: Основные клинические проявления РЦЭ: тазовая боль, дисменорея, диспареуния, бесплодие, дисхезия. Отсутствие или наличие эндометриоидного инфильтрата в ретроцервикальной клетчатке, обнаруживаемого при бимануальном и ректовагинальном исследовании, не исключает инфильтрации ректо-сигмоидного отдела кишки. Использование МРТ малого таза дополняет данные УЗИ с целью уточнения локализации, степени распространения и вовлеченности органов малого таза в патологический процесс. Вздутие живота, слизь в кале, дисхезия, связанные с менструальным циклом, косвенные признаки колоректального эндометриоза по данным УЗИ и МРТ, являются показаниями для колоноскопии. Интраоперационная картина дополняет и уточняет данные, полученные при дооперационном обследовании. Информативность ТВУЗИ при изолированной форме РЦЭ – 68,75%. Наибольшую диагностическую ценность МРТ имеет при выявлении эндометриоидных инфильтратов с распространением на стенку кишки – 98,6% или поражением яичников – 97,4%. При сочетании миомы матки и РЦЭ чувствительность ТВУЗИ и МРТ составила 36,6% и 89,6% соответственно. При невыраженных спайках органов малого таза как ТВУЗИ, так и МРТ являются малоинформативными – 29,13% и 59,23% соответственно.

Заключение: Эндометриоз - разрастание, характеризующееся прогрессирующим и инвазивным ростом, поражающее до 10-15% женщин репродуктивного возраста и являющееся одной из наиболее частых причин сильной тазовой боли. Лапароскопическое хирургическое лечение, консервативное или радикальное, направлено на устранение боли и предназначено, соответственно, для тех женщин, которые желают спонтанной беременности. Вместе с тем, определенную значимость имеет роль предоперационного обследования, включающего ТВУЗИ, МРТ и колоноскопию. Каждый из методов имеет свою диагностическую ценность и предоставляет дополнительную информацию для выявления патологического очага.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧНЫЕ ХОДЫ

Амонов Ш.Ш.^{1,2}, Мусоев С.Ш.¹, Олими М.О.^{1,2}

1 - ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

2 - ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Введение. Согласно данным различных источников, осложнения эхинококкоза печени наблюдаются у 26-63% больных. Эндоскопические методы играют важную роль в лечении осложнений эхинококковой кисты печени с прорывом в желчные ходы. Одним из основных методов является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), которая позволяет визуализировать желчные ходы и определить местонахождение кисты с последующим его удалением.

Цель: оценить эффективность эндоскопических методов в лечении осложнений эхинококковой кисты печени с прорывом в желчные ходы.

Методы. В период 2020-2021 годы, под нашим наблюдением находились 13 больных с осложненной эхинококковой кистой печени с прорывом в билиарное дерево, где имела место классическая картина обтурационного гнойного холангита. Больные были в возрасте от 19 до 59 лет, средний возраст составил 40,2±4,0 года. Мужчин было 8(61,53%), женщин 5(38,47%). Длительность симптомов механической желтухи у 6 больных составила более 7 суток, у 3 больных 3-7 суток, у 4 пациентов до 3-х суток. Двое больных ранее перенесли открытые оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути была произведена ЭРХПГ, подтверждающая диагноз.

Результаты. Из 13 больных которым, выполнена ЭРХПГ, устранить механическое препятствие посредством эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и восстановить нормальный отток желчи в двенадцатиперстную кишку, путем удаления хитиновой оболочки корзинкой Dormia удалось у 11. У 2 пациентов после ЭПСТ попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом. Проведение предоперационной ЭРХПГ

позволило не только снизить возможную послеоперационную летальность путем своевременного разрешения билиарной гипертензии, но и определить взаимоотношение кист с магистральными желчными протоками и сосудами, уменьшив частоту их случайных повреждений. У больных, которым до открытой операции, проводилась ЭРХПГ, ЭПСТ с хитинэкстракцией и разрешением механической желтухи (1-я группа), отмечалось достоверное снижение печеночной недостаточности уже на 2-3 сутки после вмешательства. У больных оперированных на высоте механической желтухи в связи с безуспешной попыткой деблокады холедоха (2-я группа), наблюдался более длительный период восстановления уровня билирубина. Снижение уровня билирубина до нормальных значений наблюдался у пациентов с успешной ретроградной деблокадой уже к 6-7 суткам, в то время как у пациентов 2-й группы этот период составил 11-12 суток. Осложнений и летальных исходов не отмечалось.

Заключение. Таким образом, эндоскопические методы обеспечивают эффективное и минимально инвазивное лечение осложнений эхинококковой кисты печени с прорывом в желчные ходы, снижая риск осложнений и обеспечивая быстрое восстановление пациента.

АЛЬБЕНДАЗОЛ В КАЧЕСТВЕ МЕСТНОГО ГЕРМИЦИДА ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Анарбоев С.А., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность исследования. Одной из наиболее распространенных причин паразитарных инвазий печени, встречающихся в хирургической практике, является эхинококкоз. По данным ВОЗ, ежегодно, в мире заболевает эхинококкозом около трех миллионов человек. Узбекистан относится к числу регионов, эндемичных в отношении эхинококкоза. Климатические, географические, социальные и экономические условия традиционно сложились таким образом, что на территории республики существует ряд зоонозных очагов с разной степенью напряженности эпизоотических процессов. При этом заболеваемость людей эхинококковой болезнью прямо пропорционально коррелирует с напряженностью эпизоотического процесса в зоонозных очагах. В настоящее время, хирургический метод лечения эхинококкоза печени, в подавляющем большинстве случаев, является методом выбора. Однако, операция представляет собой фактор риска, который определяется рядом причин: состоянием больного, локализацией паразитарных очагов, числом предшествующих операций.

Целью исследования является улучшение качества лечения больных эхинококкозом печени путем применения препарата альбендазол в качестве местного гермицида.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование составили 87 больных с ЭП. С целью обойти негативные аспекты, связанные с применением Альбендазола в пероральном или инъекционном виде, нами была разработана методика химиотерапии, основанная на контактной антипаразитарной обработке ткани печени Альбендазолом и пероральном применении этого препарата в «малых» дозах (5 мг/кг/сут.) и проведено исследование ее эффективности с целью профилактики возникновения рецидивов эхинококкоза печени у больных, поступавших в многопрофильную клинику Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2020 по 2023 гг.

Результаты исследования. В группу сравнения были включены 45 пациентов с эхинококкозом печени, принимавших Альбендазол по стандартной схеме. В основную группу вошли 42 больных эхинококкозом печени, которым, на равне с пероральным назначением в послеоперационном периоде Альбендазола в дозе 5 мг/кг/сут выполнялась антипаразитарная контактная обработка стенок остаточной полости этим препаратом по нашей методике.

Выводы. Не смотря на небольшой объем выполненного исследования, применение «малых» доз Альбендазола в сочетании с использованием этого препарата в качестве местного гермицидного средства по разработанной методике показало наличие положительного противорецидивного эффекта от их применения.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Анарбоев С.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

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. На современном этапе диагностика эхинококкоза печени (ЭП) не представляет значительных трудностей, во многом благодаря появлению методов неинвазивной визуализации, информативность комплексного применения которых достигает 95-100%. 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 исследования. Анализ возможных причин рецидивного эхинококкоза печени в зависимости от морфологических модификаций эхинококковых кист.

Материал и методы исследования. Существуют три морфологические модификации эхинококкового поражения печени: *echinococcus hominis*, *echinococcus -veterinorum*, *echinococcus acerhalocystis*. Для определения морфологических модификаций эхинококкоза нами проведен анализ результатов инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ) и изучен операционный материал у 252 больных эхинококкозом печени.

Прежде чем дать характеристику морфологической структуре модификаций эхинококкоза, необходимо отметить, что все они отличались друг от друга наличием и степенью выраженности дистрофических процессов, протекающих в герминативной оболочке, где имеется основная структурная единица паразита - выводковая капсула, способная продуцировать жизнеспособные протосколексы.

Результаты и их обсуждение. Модификация *echinococcus hominis* отмечена в 36,9% случаев эхинококковых кист. Эта форма паразита отличалась тем, что внутри кисты помимо гидатидной жидкости, выводковых капсул с протосколексами имеются дочерние, а иногда и внучатые пузыри. Обычно такие кисты были больших размеров. Материнские кисты макроскопически имели матовую шероховатую поверхность и окрашены в молочно-белый или беловато-желтый цвет. Число дочерних цист колебались в широких пределах - от одной до нескольких десятков. При нагноении или отмирании материнской кисты, такие же изменения претерпевали находящиеся в их просвете дочерние. Однако в больших эхинококковых кистах дочерние пузыри погибали в разные сроки, в связи с чем, наряду с мертвыми, обнаруживались и живые дочерние пузыри. Давление гидатидной жидкости в этих кистах обычно низкое, а цвет жидкости прозрачный или чаще мутный. При цитологическом исследовании жидкости материнской кисты и зрелых дочерних кист обнаруживались протосколексы.

Еще одним из отличительных признаков способных дать, косвенное представление о модификации кисты является толщина фиброзной капсулы. По нашим данным из 47 больных с рецидивом эхинококкоза печени у 18 (38,3%) выявлены признаки соответствующие морфологической структуре *echinococcus veterinorum*.

Следует отметить, что при множественном эхинококковом поражении печени, которое констатировано у 167 (66,2%) больных, в отдельных случаях наблюдалось сочетание различных модификаций эхинококкоза. Преимущественно наблюдалась ассоциация *echinococcus hominis* и *echinococcus veterinorum*.

Заключение. Для определения влияния морфологической формы эхинококковых кист на частоту развития рецидива болезни нами проведен ретроспективный анализ протоколов операций и определено, что у 93 (36,9%) оперированных больных морфологическая структура кист соответствовало модификаций *echinococcus hominis*, 128 (50,8%) – *echinococcus veterinorum* и у 31 (12,3%) – *echinococcus acerhalocystis*.

Из 47 больных с развившимся рецидивом болезни у 29 (61,7%) выявлены морфологические признаки соответствующие *echinococcus hominis*, у 18 (38,3%) *echinococcus veterinorum*, у оперированных с морфологической структурой соответствующей *echinococcus acerhalocystis* рецидив не выявлен.

Таким образом, из 93 больных оперированных эхинококкозом печени с морфологической структурой соответствующей форме *echinococcus hominis* у 29, т.е. в 31,2% наблюдался рецидив заболевания, из 128 оперированных с морфологической модификацией кист *echinococcus veterinorum* у 18, т.е. 14,1% также в отдаленные сроки после операции развился рецидивный эхинококкоз.

ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Арзиев И.А.¹, Баратов М.Б.¹, Арзиев А.И.², Равшанов М.И.¹, Мухиддинов Т.Ж.¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. 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.

Целью исследования явилось изучение причин возникновения желчного перитонита у больных холелитиазом.

Материал исследования. 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. Превалировали 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 ограниченный – у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и ограниченный – 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. 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 пацентов 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.

Обсуждение. 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. Проведенные нами исследования и наблюдения позволяют отметить, что желчный перитонит, возникший как осложнение острого деструктивного калькулезного холецистита и после операций по поводу желчнокаменной болезни, сложно диагностируем на ранних этапах желчеистечения в связи со стертыми клиническими симптомами, что значительно утяжеляет состояние больных к моменту манифестации яркой клинической картины.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОХОЛЕЦИСТОСТОМИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Арзиев И.А., Рустамов С.У., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. 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.

Цель исследования: 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. Плотный инфильтрат характеризовался усиленной эхогенностью тканей, эхогетерогенностью. Сходная сонографическая картина была и при формировании перивезикального абсцесса, с более выраженной гипоэхогенностью вокруг желчного пузыря.

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 вариабельна, следовательно с учетом этого фактора необходим правильный расчет пути доступа с помощью различных УЗИ сечений желчного пузыря. После ЧЧМХС вторым этапом произведено холецистэктомия Таким образом, разработанная тактика этапного хирургического лечения в зависимости от превалирования клиники деструктивного холецистита с ис-

пользованием ЧЧМХС под УЗИ-наведением, ЭПСТ или их сочетания позволили на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомию лапароскопическим способом и из минилапаротомного доступа.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ОТЁЧНОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Асадуллоева Э.И., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

г.Душанбе, Республика Таджикистан

Ведение. Острый отёчный панкреатит (ОП) продолжает оставаться одной из неразрешенных задач современной медицины, особенно в области ургентной абдоминальной хирургии. Согласно статистике, острый панкреатит встречается у одной из каждых 4000 беременных женщин, что указывает на его редкость, но значимость проблемы. Заболевание способно развиваться на любой стадии беременности, при этом максимальный риск его возникновения наблюдается во втором и третьем триместрах.

Методы. Всем пациентам в первые семь суток заболевания и в последующей динамике проводилось комплексное обследование, включающее общие и биохимические анализы крови. Определялись уровни С-реактивного белка, амилазы в сыворотке крови и диастазы в моче, а также показатели прокальцитонина, ферритина и интерлейкинов - 4, 8, 10. Критериями для включения в исследование служили: нахождение пациента в детородном возрасте, диагностирование отёчного панкреатита и наличие информированного согласия от пациента.

Результаты. Анализ клинических данных показал статистически значимое увеличение таких показателей, как уровень гематокрита, количество лейкоцитов и нейтрофилов, а также скорость оседания эритроцитов (СОЭ), что свидетельствует о наличии воспалительного процесса. В рамках исследования оценивалась диагностическая эффективность различных биомаркеров. Амилаза в моче продемонстрировала чувствительность на уровне 54%, специфичность - 57% и прогностическую ценность положительного теста - 70%. Диастаза мочи выявила чувствительность 31%, специфичность - 71% и прогностическую ценность положительного результата - 68%. С-реактивный белок (СРБ) отметился чувствительностью 69%, специфичностью 57% и прогностической ценностью положительного результата - 82%. Прокальцитонин показал наиболее высокие показатели чувствительности - 79%, специфичности - 67% и прогностической ценности положительного результата - 83%. Ферритин имел чувствительность 59%, специфичность 53% и прогностическую ценность положительного результата - 50%. Исследование также включало анализ уровней интерлейкинов: интерлейкин-4 обнаружен в концентрации 7,5 (диапазон 0,5-16,8) с р значимостью 0,004; интерлейкин-8 - 454,5 (диапазон 234-768,0) при $p=0,0013$; интерлейкин-10 - 66,1 (диапазон 20,0-147,3) при $p=0,0001$.

Заключение. У пациентов с острым отёчным панкреатитом на фоне беременности наблюдаются достоверные изменения в лабораторных показателях, отражающие реакцию на воспалительные процессы в тканях поджелудочной железы. Это позволяет использовать указанные лабораторные показатели в качестве одного из технически простых и надёжных методов диагностики острого воспаления.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПЛОДА И ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Асадуллоева Э.И., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

г.Душанбе, Республика Таджикистан

Ведение. Вариабельность частоты возникновения острого панкреатита среди беременных варьируется от одного случая на 2880 до одного случая на 11464 родов. Диагностика острого панкреатита во время беременности сталкивается с особыми трудностями. В случаях гнойно-воспалительных процессов в поджелудочной железе часто происходит внутриутробная гибель плода, при этом уровень перинатальной летальности может достигать 38%.

Методы. Было проведено 126 доплерографических исследований плода и плаценты у беременных женщин с диагнозом острого панкреатита на различных сроках гестации. Исследование доплерографии выполнялось в импульсном режиме в моменты, когда отмечалось состояние апоноэ у плода и отсутствие его движений, при этом частота сердцебиения плода находилась в нормальных пределах от 120 до 160 ударов в минуту. Для анализа кровотока в маточных артериях использовалось трансверсальное сканирование в нижних латеральных частях тела матки.

Результаты. В ходе первого ультразвукового скрининга плода у беременных женщин из наблюдаемой группы были выявлены следующие патологии: амниотический тяж у 19 женщин (17,0%), что имеет статистическую значимость с $p<0,05$; миома матки была обнаружена у 31 женщины (29,6%) с $p<0,05$; низкая плацентация

диагностирована у 39 женщин (36,0%) с $p < 0,05$; и истмико-цервикальная недостаточность у 25 женщин (23,0%) также с $p < 0,05$. При проведении второго скринингового ультразвукового обследования плода на сроке беременности 20-24 недели, нормальные показатели были обнаружены уже у меньшего числа женщин по сравнению с первым скринингом – только у 79 беременных (78,0% на каждые 100 женщин). В свою очередь, патологические изменения были выявлены уже у 35 женщин (30,0% на каждые 100 женщин) с $p < 0,05$. Исходя из данных третьего скринингового ультразвукового исследования плода, проведенного на сроке беременности 32-34 недели, было выявлено, что количество беременных женщин с нормальными результатами слегка возросло по сравнению со вторым обследованием, достигнув показателя 45 (91,8% на каждые 100 женщин). Однако у 9 женщин (18,4% на каждые 100 женщин) были выявлены патологические изменения при ультразвуковом исследовании плода, при этом статистическая значимость этих различий не была подтверждена ($p > 0,05$). Проведенный доплерометрический анализ кровотока в артерии пуповины на сроках гестации 32-34 недели и 36-40 недель выявил значительно повышенные значения индекса сосудистого сопротивления.

Заключение. Острый панкреатит на различных этапах беременности вызывает статистически значимое ухудшение маточно-плацентарного кровотока. Это состояние, в свою очередь, ассоциируется с развитием гипотрофии у новорожденных и повышенным уровнем их заболеваемости.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Асадуллоева Э.И.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

г. Душанбе, Республика Таджикистан

Ведение. Острая деструктивная форма панкреатита выделяется как одна из ведущих и до сих пор не полностью решенных задач современной ургентной хирургии. В рейтинге острой хирургической патологии острый панкреатит занимает третью строчку, уступая лишь аппендициту и острому холециститу. При этом доля деструктивных форм заболевания среди всех случаев острого панкреатита колеблется в пределах 20-44%.

Методы. Нами были изучены результаты лечения 64 больных с различными стадиями панкреонекроза, которые находились на лечении в хирургических отделениях ГУ ГЦСМП г. Душанбе в период с 2010 по 2023 год. Всем поступившим были проведены стандартные процедуры диагностики, включая УЗИ и КТ органов абдоминальной полости. Диагноз "панкреонекроз" устанавливался на основе значительного повышения показателей индикаторных ферментов в крови и наличия убедительных лапароскопических доказательств заболевания. В случаях подозрения на наличие гнойного процесса в парапанкреатических тканях и забрюшинной клетчатки проводились "открытые" и "полуоткрытые" хирургические вмешательства.

Результаты. В исследуемой группе пациентов стерильные формы панкреонекроза были выявлены у 41 пациента (64%), тогда как инфицированные формы заболевания обнаружены у 23 пациентов (36%). Открытые дренирующие вмешательства были произведены у 37 больных, при этом у 2 из них до проведения открытого хирургического вмешательства была проведена диагностическая лапароскопия. Полуоткрытые хирургические вмешательства были выполнены у 5 больных, а закрытые хирургические вмешательства - у 4 больных. Консервативное лечение, которое применялось у 18 больных, показало различную степень эффективности. Всего было зафиксировано 3 летальных исхода, причинами которых являлось развитие панкреатогенного шока и интенсивного аррозивного кровотечения.

Выводы. Стратегия оперативного вмешательства при деструктивных формах панкреатита основывается на принципе дифференцированного подхода, учитывающего выраженность патоморфологических изменений и тяжесть состояния пациентов. Выбор между транскутанными методами и традиционными дренирующими операциями определяется на основе этих критериев, а также учитывая результативность применения комплексного поливалентного консервативного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОЙ И СТЕРИЛЬНОЙ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Асадуллоева Э.И.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

г. Душанбе, Республика Таджикистан

Ведение. Гнойно-септические осложнения обнаруживаются примерно у 40-50% больных с диагностированным асептическим панкреонекрозом, и приблизительно у 5-9% пациентов с диагностированным острым панкреатитом.

Методы. В период с 2010 по 2023 год в хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе проходили лечение 94 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Среди них 60 (63,8%) составили женщины и 34 (36,2%) мужчины. Билиарный панкреатит был выявлен у 72 пациентов (76,6%), алиментарный панкреатит - у 13 (13,8%), алкогольный - у 7 (7,5%), и посттравматический панкреатит - у 2 (2,1%). Всем пациентам проведены ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования, клинико-биохимические лабораторные анализы, а также по показаниям - мультиспиральная компьютерная томография.

Результаты. В результате ретроспективного анализа накопленного опыта и выявленных недочетов в процессе лечения больных с диагнозом острый панкреатит была разработана и внедрена разноаспектная стратегия комплексного лечения. Особенно в начале развития отека поджелудочной железы и на протяжении первых 7-10 суток при асептических вариантах панкреонекроза было принято решение сдерживать хирургические вмешательства, акцентируя внимание на повышенной эффективности консервативного лечения. К другим факторам, обосновывающим необходимость операции, относились: наличие панкреонекроза (в том числе асептического) в сочетании с острым деструктивным холециститом, возникновение перитонита, при котором проведение лапароскопического дренирования являлось невозможным, а также отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения в течение первых 48 часов. При превалировании некротического элемента над жидкостным в гнойно-некротических процессах, локализованных в поджелудочной железе и забрюшинных клетчаточных пространствах, использование исключительно пункционного способа либо однократного оперативного вмешательства часто оказался недостаточным.

Выводы. Подтверждение инфекции в очагах панкреонекроза служит абсолютным показанием для проведения хирургического вмешательства. Применение видеолапароскопии на начальных этапах заболевания позволяет не только диагностировать острый панкреатит и оценить его тяжесть в реальном времени операции, но и прогнозировать возможное развитие патологии. В то же время, наличие локализованных гнойных очагов в зоне поражения делает малоинвазивные хирургические подходы предпочтительным вариантом лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МНОГОУЗЛОВОМ НЕТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Бабажанов А.С., Ахмедов А.И., Шамсиев Ш.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. За последнее время отмечено значительное повышение интереса практикующих врачей к проблемам заболеваний щитовидной железы. Вопросы диагностики, тактики лечения и показаний к операции при различных нозологических формах поражения щитовидной железы далеки от окончательного решения и постоянно обсуждаются.

Цель исследования: Изучение динамики тиреоидного остатка в послеоперационный период у больных, оперированных по поводу многоузлового нетоксического зоба.

Материал и методы: Было обследовано 82 пациента в возрасте от 29-64 лет с многоузловым нетоксическим зобом, находившихся на лечении в Самаркандском городском медицинском объединении в период с 2021 по 2023гг. После операции с подробным анализом информации об особенностях перенесенной операции, результатах инструментального и морфологического исследований, 1 группу составили 47 пациентов, а 2 группу составили 35 пациентов.

Результаты исследования. У больных первой группы, перенесших гемитиреоидэктомию, в сроки 3 месяцев объем сохраненной интактной доли по УЗИ данным составил $8,5 \pm 0,5$ см³. В сроки от 3 до 6 месяцев у 18 из них выявлено увеличение объема на $1,2 \pm 0,4$ см³. Ещё в 21 случаях размеры тиреоидного остатка оставались стабильными, в 8 случаях выявлена гипотрофия тиреоидного остатка. Во второй группе после субтотальной субфасциальной струмаэтомии 75% железы объем тиреоидного остатка составил $5,4 \pm 0,6$ см³. При УЗИ в течение от 3 до 6 месяцев у 19 больных он оставался стабильным. В 11 случаях объем ткани остатка железы уменьшился до размеров $3,12-3,96$ см³. У 5 из них выявлено увеличение объема на $1,4 \pm 0,4$ см³. Стабильный вариант был нами выявлен в 48,8% случаев, гипертрофический в 28% и гипотрофический в 23,2%.

Выводы. 1. У больных многоузловым нетоксическим зобом течение 6 месяцев после различного объема операций в тиреоидном остатке по данным УЗИ выявляются три вида объемно-структурных изменений. 2. В послеоперационном периоде пациенты должны наблюдаться у эндокринолога или эндокринолога хирурга, проходить динамический контроль УЗИ и гормонального статуса, при необходимости получать заместительную гормональную терапию.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ГЕРНИОАЛЛО- И АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГЕРНИОАБДОМИНОМЕТРИИ

Бабажанов А.С., Махмудов С.Б., Шербек У.А., Абдурахманов Д.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Увеличение количества пациентов с сопутствующими ожирению заболеваниями, в том числе с вентральными грыжами диктует необходимость выявления особенностей хирургического лечения грыж у таких пациентов, разработки оптимальных хирургических методов, выявления возможных осложнений в послеоперационном периоде, разработки мер по их предупреждению. Существующее сегодня разнообразие хирургических школ, методик герниопластики, иногда диаметрально противоположные взгляды разных хирургов на одну и ту же проблему, диктуют необходимость систематизации и правильной оценки имеющихся знаний по данной проблеме.

Цель исследования: Определить возможности компьютерной герниоабдоминометрии для определения метода герниоалло- и абдоминопластики у больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением.

Материал и методы исследования: Компьютерная герниоабдоминометрия (КТГА) проводилась с целью определения размеров грыжевых ворот, объема содержимого грыжевого мешка, выявления дополнительных дефектов апоневроза, выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости, толщины и равномерности подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, а также для предварительного определения метода герниоалло- и абдоминопластики. Этот метод был выполнен 58 (86,6%) пациентам с вентральными грыжами и морбидным ожирением.

Результаты и их обсуждение: У 34 больных достоверно визуализирован дефект в проекции грыжевого выпячивания. По своей протяженности это были образования от 50 до 250 мм, с шириной от 50 до 180 мм. В проекции грыжевых ворот выявляли элементы сальника, петли тонкой кишки, а также наиболее мобильные части толстого кишечника.

Между содержимым грыжевого мешка и его стенками выявляли спайки. Каркас передней брюшной стенки в зоне грыжевых ворот был истончен, его толщина доходила порой до 3-4 миллиметров ($p < 0,05$). Его основная масса была представлена кожным покровом и париетальным листком брюшины.

Неизменённая ткань *m. rectus abdominis* прямых мышц у 21 (36,2%) больного с послеоперационной вентральной грыжей визуализировалась однородной, плотность её структуры составила до 40-50 единиц НУ, толщиной более одного сантиметра, и четкими, ровными, неизменёнными контурами. У 37 (63,8%) обследуемых в *m. rectus abdominis* наблюдалось резкое истончение, участки разволокнения тканей. Определено диффузное изменение плотности мышечных структур со снижением плотности до 20-30 единиц НУ. На фоне диффузного снижения плотности достоверно определялись участки замещения мышечных элементов соединительной тканью, а также наблюдалось появление жировой клетчатки между группами мышечных волокон прямых мышц живота.

Выводы: КТ герниоабдоминометрия является информативной в диагностике состояния тканей передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационной вентральной грыжей. Применение данной методики позволяет получить более подробное и четкое описание картины, повлиявшей на изменение топографии и структуры элементов мышечно-апоневротического каркаса. Полученные формы нарушения топографии позволяли выработать рациональную подготовку больного перед операцией, в зависимости от размеров грыжи, а также выбрать оптимальный способ герниопластики индивидуально для каждого пациента.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ВЫПОЛНЕНИЕМ СОЧЕТАННОЙ ГЕРНИОАЛЛО- И АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Бабажанов А.С., Махмудов С.Б., Шербек У.А., Абдурахманов Д.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

По данным Всемирной организации здравоохранения сегодня большую распространенность и тенденцию к росту среди населения получило ожирение. Ожирение является не только первопричиной таких серьезных терапевтических заболеваний, как гипертоническая болезнь, ИБС, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, гормональные нарушения, значительно повышающих риск преждевременной смерти, но и способствует появлению вентральных грыж, как первичных, так и после различных вмешательств на органах брюшной полости. Как правило, такой контингент больных представляет определенную сложность для хирургов по причине имеющихся серьезных сопутствующих заболеваний, вероятных предстоящих технических трудностей во время операции, а также высокого риска развития осложнений в послеоперационном периоде. Часто такие пациенты получают отказ в плановом оперативном лечении с рекомендациями «сначала похудеть, потом оперироваться».

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных вентральными грыжами и морбидным ожирением путем оптимизации тактико-технических аспектов выполнения сочетанной герниоалло- и абдоминопластики.

Материал и методы исследования: Исследование основано на результатах обследования и лечения 121 больного с вентральными грыжами и морбидным ожирением, которые оперированы в хирургическом отделении клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2012 по 2021 гг. Все пациенты были оперированы в плановом порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 54 больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением, которым осуществлялась только герниоаллоопластика. Вторую, основную группу составили 67 больных, которым герниоаллоопластика дополнено абдоминопластикой.

Результаты и их обсуждение: Проанализированы отдаленные результаты у 93 (76,8%) из 121 оперированных больных, рецидив вентральной грыжи отмечен у 5 (12,5%) больных в группе сравнения. Определено, что основной причиной рецидива грыж явилось оставление после герниоаллоопластики значительного кожно-жирового фартука, которое вследствие внутрибрюшного давления и гравитационной силы смещает имплант книзу, оголив слабые места брюшной стенки в верхней части протеза. Также причиной рецидива явились нагноение ран с отторжением импланта у больных с выраженным абдоминоптозом III-IV степени. Усовершенствование технических аспектов выполнения ненапряжных методов герниоаллоопластики с имплантацией эндопротеза комбинированным способом «onlay+sublay» в сочетании с абдоминопластикой позволило нивелировать рецидив болезни. Клиническая эффективность сочетанной герниоалло- и абдоминопластики у больных с грыжами живота и абдоминоптозом также подтверждена значительным уменьшением степени ожирения, улучшением показателей внешнего дыхания, тенденции к снижению высоких цифр АД и сахарного диабета.

По разработанной программе определения качества жизни пациентов оценены 87 (93,5%) из 93 больных, наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 36 больных из группы сравнения и 51 больной из основной группы. В группе сравнения отличные результаты были получены у 11 (30,5%) больных, хорошие у 17 (47,2%), удовлетворительные у 5 (13,9%) пациентов и неудовлетворительные в 3 (8,3%) случаях. В свою очередь в основной группе отличные результаты были получены у 28 из 51 (54,9%) больного, хорошие у 19 (37,2%), удовлетворительные у 3 (5,9%) пациентов и неудовлетворительные только в 1 (1,9%) случае.

Выводы: КТ герниоабдонометрия позволяет выявить дефекты топографии передней брюшной стенки, определить относительный объем грыжи к объему брюшной полости, наметить адекватную предоперационную подготовку и выбрать оптимальный способ пластики. Сочетание герниоаллоопластики с абдоминопластикой у больных с вентральными грыжами и морбидным ожирением с абдоминоптозом III-IV степени значительно улучшило эстетическое и функциональное состояние больных, повысило качество жизни с увеличением доли отличных и хороших отдаленных результатов с 77,7% до 92,1% и уменьшением неудовлетворительных исходов с 8,3% до 1,9% ($p=0,030$).

ОПТИМИЗАЦИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Батиров Б.А., Бабажанов А.С.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

В последнее время проблемы абдоминальной хирургии и герниологии в значительной мере пересматриваются в связи с разработкой и внедрением в клиническую практику новых малоинвазивных лапароскопических методов хирургического лечения, выполняемых под контролем современных инструментальных способов слежения. Они, по мнению ряда энтузиастов, призваны практически вытеснить из употребления или хотя бы резко сократить использование лапаротомных операций.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с сочетанной абдоминальной патологией путем оптимизации тактико-технических аспектов одновременного выполнения симультанных операций с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 227 больных оперированные в период 2017-2021 гг., которым в хирургической коррекции вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости приоритетно использованы эндовидеохирургические технологии.

У всех больных основным хирургическим заболеванием было вентральная грыжа. Всего сопутствующих хирургических патологий выявлено 334 и при этом у некоторых больных по два и более. Среди них превалировала спаечная болезнь брюшной полости 106 (46,7%), ожирение III и IV ст. с отвислым животом имелось у 67 (29,5%) больных, желчнокаменная болезнь - у 69 (30,1%) пациентов, кисты печени и поджелудочной железы у 13 (5,7%)

больных, у 19 (8,4%) больных была хирургическая патология передней брюшной стенки (лигатурные свищи и псевдокисты передней брюшной стенки), патология органов малого таза у женщин 70 (30,8%).

Компьютерная томография выполнена 58 (25,9%) пациентам. Метод позволял верифицировать наличие симультанной патологии органов брюшной полости, идентифицировать дефекты топографии передней брюшной стенки.

Результаты и их обсуждение. Так как у всех больных основной патологией была вентральная грыжа, а симультанной патологией хирургическое заболевание органа брюшной полости, при выборе хирургического доступа в первую очередь учитывали место расположения грыжевых ворот, затем расположение органа с симультанной патологией в брюшной полости.

46 (20,3%) больным с вентральными грыжами и симультанной патологией брюшной полости оба этапа операции выполняли из лапароскопических доступов с применением ЭВХ. Этим пациентам 1-этапом в 19 случаях произведено ЛХЭ, 11 пациенткам проведена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки по поводу миомы, у 7-кистэктомия из яичников, 2 больным фенестрация кист из печени и у 27 адгезиолизис по поводу спаечной болезни брюшной полости и хронической кишечной непроходимости. 2-этапом операция завершена лапароскопической герниопластикой.

Выводы. Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 8,6% до 5,3%, сократить продолжительность операции с $72,5 \pm 3,4$ мин. до $58,5 \pm 4,1$ мин. и сократить сроки стационарного лечения с $10,2 \pm 0,4$ до $8,3 \pm 0,6$ койко дней. При этом излечение пациента от нескольких хирургических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость симультанных операций.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Батиров Б.А., Бабажанов А.С.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Симультанные операции – это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу заболеваний, при которых показано хирургическое лечение. Основным поводом, служащим для отказа от симультанной операции, является их травматичность. По мнению Earle D. (2021) симультанные операции отягощают хирургическое вмешательство и период послеоперационного течения и сопровождаются высокой частотой различных осложнений и летальностью. Главными факторами, ограничивающими выполнение симультанных операций, являются общее состояние больного, возраст, степень тяжести основного и сочетанного хирургического заболевания. При симультанных операциях увеличивается степень риска предстоящего оперативного вмешательства за счет увеличения продолжительности операции, дополнительной травматизации, особенно у лиц отягощенным соматическим статусом, а также наличие их осложнений.

Цель исследования: Изучить эндокринные параметры хирургического стресса при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и передней брюшной стенки.

Материал и методы исследования. Для сравнительной оценки степени травматичности оперативного вмешательства у больных с вентральной грыжей и у больных вентральной грыжей и сопутствующей хирургической патологией органов брюшной полости изучено состояние стрессорных гормонов у 21 пациентов, такие как, пролактин, кортизол, тироксин (T_4) и тиреотропный гормон.

Результаты и их обсуждение. В исследовании повышение уровня пролактина не отмечено во время выполнения симультанного этапа операции (ХЭ из минидоступа), однако повышение уровня пролактина стабильно зависело от увеличения продолжительности операции. Также скачкообразный подъем уровня пролактина отмечен при выполнении натяжной герниоаллопластики.

На 2 сутки после операции отмечено, что тенденция к нормализации пролактина аналогична в группах. Отклонение от исходных данных составила +59% и +70% соответственно. На 7 и 10 сутки после операции уровень пролактина снижался до исходного также равномерно во всех группах больных (рис 2.).

Схожее максимальное повышение уровня кортизола также отмечалось на основном этапе операции герниопластики (+106,5%). Во время операции уровень T_4 у больных в обеих группах был ниже исходных показателей. В послеоперационном периоде было выявлено значительное повышение уровня T_4 одинаково у больных перенесших герниоаллопластику, так и у больных перенесших симультанную операцию по поводу вентральной грыжи и хирургической патологии органов брюшной полости (12,9%). Уровень отклонения ТТГ по сравнению с исходными данными одинаково было выше в обеих группах исследования. Данные исследований позволяют заключить, что при оперативном вмешательстве по поводу вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости наблюдалась подъем уровня гормонов равномерно во всех группах. На повышение уровня гормонов повлияло не этап по коррекции симультанной патологии, а продолжительность операции и в большей степени проведение натяжного метода пластики передней брюшной стенки.

Вывод. Изучение динамики стрессовых гормонов при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки показало, что повышение степени хирургической агрессии связано с выполнением «натяжных» методов пластики и продолжительный пневмоперитонеум. Выполнение симультанного этапа операции значимо не влияло на уровень стрессовых гормонов. При этом излечение пациента от нескольких хирургических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия и оперативного вмешательства обосновывает необходимость симультанных операций.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Батиров Б.А., Бабажанов А.С.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология имеется у 20-30% больных хирургического профиля. Из них лишь до 6-8% случаев выполняется одновременная их коррекция, т.е. симультанная операция (СО). Сдержанное отношение хирургов к СО объясняется отсутствием единого мнения о показаниях и противопоказаниях к ним, и недостаточно изученными результатами. В немногочисленных отечественных и зарубежных статьях, посвященных данной проблеме, мало внимания уделено таким важнейшим показателям, как длительность операции, продолжительность послеоперационного периода и ряд других причин, характеризующих степень тяжести операционной травмы.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с сочетанной абдоминальной патологией путем оптимизации тактико-технических аспектов единовременного выполнения симультанных операций с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 227 больных оперированные в период 2017-2021 гг., которым в хирургической коррекции вентральной грыжи и сопутствующей хирургической патологии органов брюшной полости приоритетно использованы эндовидеохирургические технологии.

У всех больных основным хирургическим заболеванием было вентральная грыжа. Всего сопутствующих хирургических патологий выявлено 334 и при этом у некоторых больных по два и более. Среди них превалировала спаечная болезнь брюшной полости 106 (46,7%), ожирение III и IV ст. с отвислым животом имелось у 67 (29,5%) больных, желчнокаменная болезнь - у 69 (30,1%) пациентов, кисты печени и поджелудочной железы у 13 (5,7%) больных, у 19 (8,4%) больных была хирургическая патология передней брюшной стенки (лигатурные свищи и псевдокисты передней брюшной стенки), патология органов малого таза у женщин 70 (30,8%).

Необходимо отметить, что у больных с увеличением размеров грыжи пропорционально увеличивалось и частота сопутствующей хирургической патологии передней брюшной стенки и органов брюшной полости – при W_3 59,6%, W_4 –66,3%.

Симультанная патология диагностирована на дооперационном этапе в 74,6%, интраоперационно – 25,4%.

Из числа обследованных у 62,8% больных отмечены различные сопутствующие соматические заболевания жизненно важных органов. Из них у 41,9% больных были два и более сопутствующих соматических заболевания. С учетом классификации ASA ко II классу отнесены 53,7% больных, к III классу 9% больных.

Компьютерная томография выполнена 58 (25,9%) пациентам. Метод позволял верифицировать наличие симультанной патологии органов брюшной полости, идентифицировать дефекты топографии передней брюшной стенки.

Результаты и их обсуждение. Так как у всех больных основной патологией была вентральная грыжа, а симультанной патологией хирургическое заболевание органа брюшной полости, при выборе хирургического доступа в первую очередь учитывали место расположения грыжевых ворот, затем расположение органа с симультанной патологией в брюшной полости.

46 (20,3%) больным с вентральными грыжами и симультанной патологией брюшной полости оба этапа операции выполняли из лапароскопических доступов с применением ЭВХ. Этим пациентам 1-этапом в 19 случаях произведено ЛХЭ, 11 пациенткам проведена надвлагалищная ампутация или экстирпация матки по поводу миомы, у 7-кистэктомия из яичников, 2 больным фенестрация кист из печени и у 27 адгезиолизис по поводу спаечной болезни брюшной полости и хронической кишечной непроходимости. 2-этапом операция завершена лапароскопической герниопластикой.

У 39 (17,6%) больных 1-этапом симультанная патология скорректирована лапароскопически, основной этап операции – герниоаллопластика выполнено из герниолапаротомного доступа. При этом ЛХЭ проведено 23 пациентам, надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки – 1, кистэктомия из яичников – 4, в 1 наблюдении удалена киста из печени, 14 пациентов подвергнуты адгезиолизису.

Таким образом, по результатам исследования, осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были следующие: - абдоминальные осложнения у 4,8% и 2,2%; -внеабдоминальные осложнения (bronхолегочные и сердечно сосудистой системы) у 6,7% и 2,2%; -развитие компартмент синдрома 1,9% (толь-

ко в группе сравнения); -раневые осложнения у 6,7% и 1,7%; - летальность 0,9% (только в группе сравнения) в основной и группе сравнения соответственно. При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составило в основной гр. – $8,3\pm 0,6$ суток ($10,2\pm 0,4$ гр. сравнения), средняя длительность операции в основной гр. больных – $58,5\pm 4,1$ мин. ($72,5\pm 3,4$ гр. сравнения). Анализ качества жизни пациентов показал, что оптимизация тактико-технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральной грыжи и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий позволило увеличить долю положительных результатов лечения до 98,7%.

Выводы.

При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно выполнено 37,5% пациентам, т.е. более чем у 1/3 больных основной группы.

СПОСОБ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ПРОЦЕССОВ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Березуцкий С.Н.

ФГБОУ ВО "ДВГМУ" МЗ РФ, Хабаровск, Российская Федерация

Введение. Нет необходимости говорить о важности своевременной и точной диагностики объемных процессов (Ланцман Ю.И.1990.). Одной из сложных областей для диагностики объемных процессов является передняя поверхность нижней трети предплечья (Dorfman H., и соавт., 1998.). Большое свободное пространство в нижней трети предплечья, наличие нескольких слоев сухожилий и мышц, синовиальные оболочки сложной структуры скрадывают опухолевидные образования, образующиеся в этой области (Сонголов Г. И. и соавт.. 2013.). В связи с этим, клиническая диагностика может быть затруднена (Декайло В.П. и соавт., 2013). Такие пациенты часто обращаются к семейному врачу, терапевту или хирургу поликлиники, и, при скудности клинической картины, имеется вероятность того, что объемный процесс может быть не выявлен на начальной стадии.

Методика выполнения. Нами предложено использование патогномичного симптома для первоначальной клинической диагностики объемного образования передней поверхности нижней трети предплечья по локтевой стороне.Симптом основан на обнаружении выраженной пульсации локтевой артерии, проходящей в составе локтевого сосудисто-нервного пучка в этой области, В норме пульсация локтевой артерии в указанной области пальпаторно не определяется, т.к. пучок находится под сухожилиями локтевого сгибателя и поверхностных сгибателей пальцев. Объемный процесс, располагаясь под локтевым сосудисто-нервным пучком, начинает вытеснять его в направлении кожи и в конце концов он оказывается под кожей. Кроме этого, происходит и сдавление пучка, вследствие чего увеличивается пульсовая волна и наступают изменения в локтевом нерве. Иногда проекция пучка смещается в ту или иную сторону. Клинически это проявляется выраженной видимой пульсацией локтевой артерии в указанной области, подтверждаемое пальпаторно.

Результаты. Данный симптом был определен у 4 больных с подтвержденным в последующем (УЗИ, интраоперационно) объемным доброкачественным образованием в области нижней трети предплечья по локтевой стороне на амбулаторном приеме у хирурга.

Заключение. Таким образом, появление видимой четкой пульсации локтевой артерии и явлений нейропатии локтевого нерва является патогномичным симптомом наличия объемного процесса в анатомическом пространстве по локтевой передней поверхности нижней трети предплечья и может быть рекомендовано для первичной клинической диагностики на амбулаторно-поликлиническом этапе.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бозоров А.С., Махманазаров О.М.

1 - Бухарский государственный медицинский институт;

2 - Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан

Введение. При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови, артериального давления(АД) иобщего периферического сосудистого сопротивления(ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию гипердинамического кровообращения при ЦП, является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

Цель исследования. Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

Материал и методы. В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Результаты. Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ($48,9 \pm 12,9$ года vs $46,7 \pm 7,7$ года; $p = 0,541$), индексу массы тела- ИМТ ($25,0 \pm 3,4$ кг/м² vs $26,2 \pm 4,5$ кг/м²; $p = 0,278$) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9; $p = 0,789$). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ($49,1 \pm 12,9$ года vs $48,7 \pm 13,3$ года; $p = 0,904$), ИМТ ($25,2 \pm 4,2$ кг/м² vs $24,7 \pm 3,2$ кг/м²; $p = 0,636$), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13; $p = 0,785$) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-Pugh: $8,31 \pm 2,40$ vs $7,83 \pm 2,14$; $p = 0,465$). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП. ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР. У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ($82,7 \pm 9,0$ мм рт. ст. vs $92,0 \pm 14,0$ мм рт. ст.) и ОПСС ($16,4 \pm 4,4$ мм рт. ст. × мин/л vs $21,3 \pm 5,3$ мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ($5,38 \pm 1,41$ л/мин vs $4,52 \pm 1,03$ л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ($1,2 \div 10,5 \div 16,5$ мг/л vs $0,6 \div 2,8 \div 9,1$ мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ($r = -0,367$; $p = 0,009$) и СВ ($r = 0,313$; $p = 0,027$), но не со средним АД ($r = -0,227$; $p = 0,113$).

Заключение. СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения. Гипердинамическое кровообращение (повышенное СВ), артериальная гипотензия (снижение САД, ДАД и СрАД) и артериальная вазодилатация (снижение ОПСС) развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР. Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП. Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее выраженности, что имеет важное значение в периоперационной подготовке при ОКН у больных ЦП.

СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ КОРРЕКЦИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Бокиев Ф.Б, Маликов М.Х, Худойдодов О.М.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Душанбе, Республика Таджикистан

Материал и методы. Различные варианты герниопластики были выполнены 47 пациентам с большими (W3, n=33) и гигантскими (W4, n=14) грыжами передней и боковых стенок живота. Анамнестические данные выявили, что частота рецидива колебалась от одного до 5 и более раз. В большинстве случаев больным операции были выполнены в различных районных и городских хирургических стационарах, но в 4 (8,5%) наблюдениях рецидив развился после герниопластики, выполненной в научном центре сердечно-сосудистой хирургии. Рецидивные грыжи боковых отделов брюшной стенки имели место у 9 (19,1%), передней брюшной стенки выше и ниже пупка у 38 (80,9%) пациентов. Для определения размеров грыжевого мешка, состояния мышечно-апоневротического слоев передней и боковых отделов живота были использованы рентгенография, УЗИ и МРТ. Сопутствующие патологии имели место у 26 (55,3%) пациентов, среди них хирургические патологии, требующие проведению симультанных операция были выявлены у 6 пациентов.

Хирургическая тактика. Традиционные способы были осуществлены 6 пациентам в основном при однократном рецидиве патологии. В остальных 41 наблюдениях были выполнены комбинированные (26) и ненатяжные (15) способы пластики грыжевых ворот. Размещение сетчатого протеза по способу on lay было осуществлено 16, sub lay -10 и in lay 15 пациентам. В ближайшем послеоперационном периоде раневые осложнения имели место у 14 (29,7%) больных. Серома была выявлена у 7, нагноение раны - у 5 и инфильтрат - у 2 пациентов. Для выявления осложнений и пункционной санации жидкости использовали УЗИ. Частичное удаление

протеза было осуществлено в одном наблюдении. В отдаленные сроки после операции рецидив патологии имелся у 3 и лигатурные свищи у 2 пациентов. Среди 3 рецидивов грыжи в одном случае на 6 месяц после частичного удаления протеза развился повтор патологии. В 2 наблюдениях в ближайшем послеоперационном периоде раневые гнойно-воспалительные осложнения не имели место. Таким образом, проблема лечения пациентов с рецидивными большими и гигантскими грыжами остаётся актуальной и ведётся поиск путей улучшения результатов герниопластики.

ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Валиев Э.Ю., Исмаилов А.Дж., Муминов Ш.М., Ганиев О.А.

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

Актуальность проблемы. Костно-сосудистые повреждения при травмах опорно-двигательного аппарата обычно является результатом высвобождения высокой энергетической нагрузки в месте раны, вследствие чего прогноз определяется степенью поражения мягких тканей, длительностью ишемии, состояние здоровья пациента и наличие сопутствующих повреждений. Открытые переломы встречаются в 59% случаев, причем в 47 % последние сопровождались выраженным наружным кровотечением. Шок при костно-сосудистой травме наблюдается в 73,9-82,9%. Диагностика повреждений сосудов при переломах затруднена и часто происходит с опозданием. По данным Миначенко В. К., консультированы сосудистыми хирургами через сутки и более после травмы 28,82 % пострадавших. Так, диагноз повреждения сосуда только после лечебного пособия по поводу перелома (гипсовая повязка, вытяжение и т. д.) был установлен у 27 % пострадавших, причем в 16,2 % это была уже необратимая степень ишемии, потребовавшая выполнения первичной ампутации конечности.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей, снижения частоты ампутаций, путем разработки и внедрения усовершенствованных лечебно-диагностических и тактических алгоритмов.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 138 больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями в клинике травматологии РНЦЭМП, в период 2001 -2022гг Контрольная группа - 92 (66.7%) чел за период с 2001-2018гг, где им были применены лечебно-диагностические мероприятия по традиционной схеме. Основная группа - 46(33.3%) чел., больные, пролеченные в РНЦЭМП в период 2019-2022гг. В данной группе нами были использованы современные высокотехнологические методы диагностики, а также разработанные в клинике лечебно-тактические алгоритмы и современные средства стабилизации переломов. Преобладали лица, мужского пола – 122 (88.4%) чел, женщин – 16(11.6%) чел., в наиболее трудоспособном возрасте от 20-60 лет были 130 больных. Среди причин травм на первый план выступала травма в результате ДТП – 47,1%.

Результаты и обсуждение. При разработке алгоритма нами учитывались следующие моменты: изолированные костно-сосудистые травмы, состояние больного при этом относительно стабильное, сопутствующие повреждения не представляют угрозу жизни; сочетанные травмы, когда имеет место повреждение жизненно важных органов, приоритетной задачей является сохранение жизни больного, ввиду чего операции на внутренних органах и головном мозге являлись первоочередными; операции на конечностях проводили после стабилизации состояния больного. Основой для составления алгоритмов явились, прежде всего, уровень и механизм повреждения, отсутствуют общие и местные противопоказания к реконструктивным операциям, время аноксии (ишемии) не превышает допустимые сроки, вопрос о выборе метода остеосинтеза и выполнения реконструктивной операции на сосудах решается оперирующей бригадой, индивидуально для каждого случая. При этом больные условно были поделены на четыре основных групп: полные ампутации; неполные ампутации; открытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения; закрытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения. В нашем клиническом материале (в обеих группах), было отмечено - 11(8%) пострадавших с полной ампутацией сегмента нижней конечности. По уровню и локализации повреждений имело место следующее распределение: на уровне бедра – 3 (27%); уровень голени - 7 (64%), и стопы - 1 (9%). Причем только в 5 случаях нам удалось выполнить операцию по реплантации поврежденного сегмента. Было отмечено - 14(10.1%) пострадавших с неполной ампутацией сегмента нижней конечности. По уровню и локализации повреждений имело место следующее распределение: уровне бедра – 4(29%); уровень голени - 8 (57%), и стопы - 2(14%). В решении вопроса о возможности выполнения восстановительной операции учитывали время ишемии конечности, особенно период, когда она находилась в состоянии декомпенсации кровообращения. Основным условием выполнения реконструктивной операции являлось состояние дистального сосудистого русла. При наличии тромбов их удаляли, особенно из артериального русла. Тщательность и эффективность проведения этого этапа являлось условием адекватности хирургического вмешательства. Несколько иная тактика была у лиц после сочетано-множественной травмы при сопутствующем повреждении головного мозга, позвоночника, груди, живота и таза при этом в клинике мы применили принцип контроля состояния ("damage control"). Этот принцип распространили на всех больных с политравмой, и, в частности, лиц с сочетанной КС травмой. Бла-

годаря его применению уровень летальности значительно снизился. Наибольшая группа пострадавших находившихся в клинике были с открытыми переломами осложненными нарушением кровоснабжения - 98, среди них преобладали больные с переломами костей голени - 86(87.7%), затем идут пострадавшие с повреждением стопы - 4 (4%) и бедренного сегмента - 8(8%). Первичную хирургическую стабилизацию перелома у большинства пострадавших проводили с помощью АНФ. Причем аппарат устанавливали, в большинстве случаев, как временную меру иммобилизации костных отломков. При улучшении общего состояния пострадавшего и отсутствии признаков нагноения раны в отсроченном порядке проводили демонтаж АНФ и выполняли погружной остеосинтез, т.е. осуществляли 2-х этапное лечение переломов у этой тяжелой категории больных. На 1-ом этапе сама установка АНФ не сопровождалась существенной кровопотерей и не отягощала общего состояния пострадавшего. На 2-ом этапе, после выведения пострадавших из тяжелого состояния, восстановления основных показателей гомеостаза и оживления ран после открытых переломов, по показаниям проводили накостный или внутрикостный стабильно-функциональный остеосинтез. В нашем материале больных с закрытыми переломами костей нижних конечностей с повреждением сосудисто-нервных структур было отмечено в -15(11%) случаях. Так, при лечении до разработки алгоритмов хорошие результаты получены у 25 (54,3%) больных в основной группе, тогда как в контрольной группе вследствие неполноценного первичного обследования и в некоторых ситуациях поздней диагностики осложнений доля хороших результатов составила всего 43 (46,7%) (у 43 из 92 больных). В качестве оценки функциональных результатов на этапах лечения пострадавших нами использована, шкала Маттиса - Любошица - Шварцберга. По анатомо-функциональному состоянию поврежденной конечности в основной группе средний балл составил $14,5 \pm 0,1$ балла против $11,6 \pm 0,2$ баллов ($p < 0,05$) в контрольной группе. Показатель функциональной пригодности поврежденной конечности распределился $14,4 \pm 0,2$ и $12,4 \pm 0,3$ баллов ($p < 0,05$) соответственно. Общая средняя сумма баллов составила в основной группе - $95,7 \pm 0,8$ баллов, тогда как в контрольной группе только $79,6 \pm 1,4$ баллов ($p < 0,05$).

Заключение. Разработанный алгоритм диагностики и тактики лечения КС поврежденных нижних конечностей позволил улучшить вероятность положительного исхода лечения с 82,1% до 92,3%, что в целом в совокупности оправдывает нами использованную двух этапную тактику лечения костно-сосудистых повреждений нижних конечностей.

ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ КОНФИГУРАЦИЙ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ

Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р., Хасанов З.Р., Тиляков Х.А., Ганиев О.А., Норполвонов А.У.

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

Актуальность проблемы. Последнее время в лечении повреждений опорно-двигательного аппарата большинство специалистов применяют тактику двухэтапного оказания помощи – Damage control orthopaedics, при котором последующие этапы хирургического лечения, в частности окончательный внутренний остеосинтез переломов, осуществляют по мере стабилизации общего состояния пострадавшего. Для получения хороших результатов и профилактики риска осложнений при лечении пациентов с политравмой значимым для двухэтапного остеосинтеза является выбор конфигурации и характера компоновки аппарата внешней фиксации. В этой связи мы исследовали влияние различных видов конфигурации аппарата внешней фиксации на риск возникновения осложнений и результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с политравмой, путем разработки и внедрения различных конфигураций разработанного аппарата наружной фиксации при первичной стабилизации повреждений опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Было изучены результаты лечения 96 больных с политравмой пролеченных в РНЦЭМП, в период 2021-2023гг., которым применена тактика двухэтапного лечения повреждений ОДА. Нами в клинике была разработана и использован малоинвазивный метод стабилизации переломов на основе разработанного универсального стержневого аппарата внешней фиксации (а.с. №2758023). Среди них преобладали лица мужского пола - 62 чел., все молодого трудоспособного возраста (21-50 лет). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 69 чел., падение с высоты была отмечена у 23 пострадавших.

По шкале ISS (Injury Severity Score) тяжелое и крайне тяжелое, жизни угрожающее состояние на момент поступления в стационар (ISS 16-25 балл и выше) было отмечено у 74 (77%) пострадавших.

Результаты. Наибольшее количество оперативных вмешательств выполнены при повреждениях костей таза, бедра и голени. Лечение, наиболее часто встречающихся повреждений ОДА при сочетанной травме и политравме проводили на основании разработанной нами тактики лечения.

После выполнения оперативных вмешательств по поводу, доминирующих патологий (повреждение внутренних органов, черепно-мозговой травмы), переломы костей таза и длинных костей первым этапом были стабилизированы с использованием разработанного аппарата внешней фиксации, что соответствовало принципу «damage control». В 32 случаях выполнена стабилизация костей таза, 21 случае случаях были стабилизированы переломы

бедренной кости и 25 случаях костей голени, в 18 случаях разное сочетание переломов костей таза, бедренной кости и костей голени. При простых переломах костей таза (тип А, В) выполнена стабилизация костей одноплоскостной компоновкой аппарата с введением 2х стержней в крылья подвздошных костей, при нестабильных переломах костей таза (тип В2, С) была применена двухплоскостная компоновка аппарата с введением четырех стержней. При переломах вертлужной впадины с центральным вывихом головки бедра также проксимального отдела бедренной кости была применена компоновка аппарата треугольной формы – таз-бедро, с двухплоскостной стабилизацией костей таза и бедра. При диафизарных переломах бедра и голени применена одноплоскостная компоновка аппарата с введением 4-6 стержней по наружной и внутренней поверхностям сегмента соответственно. При переломах дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновку аппарата с фиксацией одновременно обеих сегментов, при этом метафизарная область поврежденных сегментов оставляли интактными во избежание инфекционных осложнений на втором этапе окончательного остеосинтеза. Стержни на уровне бедра вводили по наружной поверхности, а на уровне голени по внутренней поверхности, имеющиеся фиксационные узлы аппарата позволяли произвести стабильную фиксацию сегмента без применения дополнительных приспособлений. При переломах дистального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновку с введением стержней на уровне верхней трети большеберцовой, пяточной и основания 1-плюсневой костей. При двухсегментных повреждениях (односторонние переломы бедра и голени) фиксация обоих сегментов проводилась одноплоскостной компоновкой в каждом сегменте соединение между ними производили с применением шарнирного механизма аппарата. Следует отметить, что при ISS 40 бал. и выше учитывая тяжелое состояние больного применяли одноплоскостную компоновку аппарата внешней фиксации, которая давала достаточно прочную фиксацию. После респираторной и гемодинамической стабилизации больных (в среднем через 7 сут.) больным был выполнен второй этап оперативного лечения – окончательный остеосинтез. Осложнения: практически у всех больных (94) наблюдалась постгеморрагическая анемия – которая корректировалась гемотрансфузией и введением ферро препаратов. У 5 больных отмечали развитие посттравматической пневмонии, после проведения соответствующих лечебно-диагностических мероприятий состояние их с улучшением, пневмония разрешилась. У 3 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны (после открытого у 2 больных и закрытого перелома у 1 больного, который связан ошибочным проведением стержня через зону открытого остеосинтеза), проводили рациональную антибактериальную терапию. Процесс с купированием. При анализе частоты развития ранних осложнений у пациентов существенных различий в зависимости от конфигурации первично наложенного АНФ (одноплоскостной или двухплоскостной) не было выявлено. Летальные исходы отмечены у 7 больных (7,2%). У 5 больных в результате тяжелой черепно-мозговой травмы, у 2х в результате развития осложнения течения травматической болезни от полиорганной недостаточности.

Заключение. Таким образом, значение выбора конфигурации и характера компоновки разработанного аппарата внешней фиксации, универсальность его применения независимо от вида и локализации повреждений опорно-двигательного аппарата способствует для получения хороших результатов и профилактики осложнений при лечении больных с политравмой при двухэтапном остеосинтезе.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Васильев А.А., Буйнов К.И., Ельский И.К.

ФБГОУ ВО ДОНГМУ им. М.Горького МЗ РФ. Донецк. Россия

Стратификацию больных по степени тяжести течения острого панкреатита (ОП) осуществляем в приемном покое. Используем общеклинические критерии прогноза тяжести ОП С.Ф.Багено, а также оригинальную систему оценки тяжести ОП, разработанную в клинике (лейкоцитарные индексы интоксикации с УЗ-признаками ОП). При госпитализации выделяем две категории больных ОП: тяжелый (ТОП) и нетяжелый ОП. Все пациенты с прогнозируемым ТОП госпитализируются в ОРИТ, где выполняется лабораторное обследование (необходимое для оценки динамики заболевания), аппаратный мониторинг, обезболивание продленной эпидуральной анестезией (ЭДА). Постановку катетера в Т7-Т8 для ЭДА выполняем в первые 4-12 часов от госпитализации (при стабилизированном среднем АД). Также ЭДА способствует профилактике абдоминального компартмент-синдрома. Время применения ЭДА от 2 до 8 суток. Осложнений ЭДА не наблюдали. Базовой терапией ТОП являлась регидратационная терапия и коррекция органной недостаточности. Антисекреторную терапию (профилактика эрозивно-язвенных кровотечений) проводим блокаторами протонной помпы вводимыми внутривенно. Кровотечений в просвет пищеварительного тракта у больных ТОП не наблюдали. Для регидратации применяем солевые изотонические растворы, не выделяя предпочтений. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений ТОП нами в последние 12 лет не проводится. Для лечения больных с ТОП и парапанкреальным инфильтратом применяем фаготерапию. Всем больным ТОП проводим сонографический мониторинг. Показанием к МИВ считаем: прогрессирующий (свыше 500 мл) асцит-перитонит, прогрессирующий (по объему) оментобурсит, обтурационная желтуха. От УЗ-дренирования неинфицированных отграниченных жидкостных скоплений мы

отказались. Оптимальным сроком для секвестрэктомии (ПСЭ) при инфицированном ТОП считаем 5-6 неделю от начала заболевания. Предпочтение отдаем открытым операциям малым доступом, достаточным для адекватной ПСЭ и возможных этапных ПСЭ. При забрюшинной флегмоне выполняем люмботомию на стороне поражения.

Пролечено 270 больных ТОП. Из них 173 (64%) пациенты со среднетяжелым ОП. Пролечены консервативно 188 (69,6%) больных. Оперированы 82 (30,4%). Летальность после операций 14,6%. Летальность без операции - 9,6%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАГОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И ПАРАПАНКРЕАЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Васильев А.А., Буйнов К.И., Ельский И.К.

ФГБОУ ВО ДОНГМУ М.ГОРЬКОГО МЗ РФ. Донецк. Россия

Актуальность. Основной причиной летальных исходов при остром некротическом панкреатите (ОНП) является сепсис, чаще сопровождающий неотграниченные формы гнойного воспаления. Одной из главных причин развития неотграниченного гнойного воспаления считаем неэффективность эмпирической профилактической антибактериальной терапии (АБТ) у больных с ОНП и ССВО, и, возможно, ее ведущую роль в формировании высокопатогенных микробных ассоциаций в очаге воспаления.

Материал и методы. Больным с ОНП и подтвержденным парапанкреальным инфильтратом (ППИ), больным с ограниченным жидкостным скоплением в сальниковой сумке (СС) и синдромом системного воспалительного ответа (ССВО), больным с подтвержденным геморрагическим выпотом фаготерапию проводили *Bacteriophageum intestinalis fluidum*. Фаготерапию проводили с информированного согласия больного, при восстановленной функции кишечника. Других антибактериальных препаратов во время фаготерапии пациенты не получали. Продолжительность фаготерапии от 6 до 14 суток.

Результаты и обсуждение. Пролечены 48 больных с ППИ, 15 б-х с ОЖСС в СС, с геморрагическим ферментным асцитом-перитонитом – 7, воспалительной жидкостной инфильтрацией забрюшинного пространства – 5 больных. У 14 (29,2%) больных ППИ разрешился формированием абсцесса сальниковой сумки, абсцессы были дренированы и санированы. 5 больным с дренированными абсцессами СС понадобилась отсроченная ПСЭ малым лапаротомным доступом (поражение железы 30 и 40% объема) на 5-6 неделе от начала заболевания. Этим больным проводилась целенаправленная АБТ по результатам бактериального исследования операционного материала. У 10 (20,8%) больных ППИ разрешился формированием небольших ОПНПК. Пункционно-дренирующие вмешательства им не выполнялись. Одному больному дренирован большой забрюшинный неинфицированный жидкостный коллектор. Среди больных с ТОП и ППИ, которым была применена фаготерапия забрюшинных флегмон не наблюдали. У 23 (47,9%) больных, пролеченных бактериофагом, ППИ рассосался без образования жидкостных скоплений.

Выводы. Фаготерапия у больных ОНП и ППИ высокоэффективна при мелкоочаговом панкреонекрозе, а также способствует ограничению крупноочаговых поражений поджелудочной железы. И может быть рекомендована для лечения больных с инфицированным некротическим панкреатитом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СУЖЕНИЙ ПЕЩЕВОДА

Ворисов А.А., Хомидов А.Т., Тоджиев Дж.Ш.

ГУ «КЗ Истиклол» г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение. Эзофагопластика у больных с рубцовым стенозом пищевода показана при невозможности его реканализации путем бужирования. В связи с возможностью малигнизации рубцово-измененного пищевода показана его удалению с последующей эзофагогастропластикой

Материал и методы. Работа основана на изучении ближайших результатов эзофагопластики у 12 пациентов с послеожоговым рубцовым стенозом пищевода, которые оперировались условиях ГУ «КЗ Тстиклол» г. Душанбе. У всех больных показаниями к эзофагопластике была невозможность использования методов реканализации из-за полной непроходимости пищевода или выраженной и протяженной стриктуры, препятствующей бужирования.

Результаты. Выполнены следующие типы оперативных вмешательств: из большой кривизны желудка в 9 случаях, целым желудком 2 больным, за счет поперечной ободочной кишке 1 пациентке. При выборе органа для создания искусственного пищевода предпочтение отдавали целому желудку, учитывая его оптимальную экстра- и интраорганный сосудистую архитектуру, сохранение физиологии пищеварения. У 3 пациентов длина мобилизованного для пластики пищевода желудка оказалась недостаточной и увеличение длины трансплантата достигнуто путем формирования трубки из большой кривизны желудка. Образование дефекта стенки трансплантата из желуд-

ка в плевральной полости произошло у одного больного. В одном случае возник дефект стенки трансплантата из большой кривизны желудка, который был зашит из торакотомного доступа, во втором случае развилась несостоятельность швов стенки желудка, которая устранена консервативными мероприятиями. Длительность пребывания больного в стационаре зависела от особенностей течения послеоперационного периода, исхода лечения и колебалась от 11 до 29 дней

Заключение. Хирургическое лечение послеожоговых сужений пищевода позволит восстановить прохождение пищи через естественные пищевые пути, улучшить состояние и восстановить трудоспособность этой тяжелой категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ворончихин В.В., Олигер А.А., Катайкин А.Н.

ГАУ «Институт усовершенствования врачей»,

БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия

Введение. Хронический панкреатит (ХП), является самой распространенной патологией поджелудочной железы (ПЖ). Оперативное лечение осложнений ХП, является актуальной проблемой хирургической панкреатологии.

Методы. Проведен анализ 578 оперированных больных (2013–2023 гг.) по поводу осложненного ХП. Показаниями к операции были: абдоминальный болевой синдром, механическая желтуха, гипертензия главного панкреатического протока (ГПП), дуоденостаз, осложненные псевдокисты. Умеренно выраженные морфологические изменения в не увеличенной головке ПЖ, при широком ГПП и отсутствии других осложнений ХП, было показанием к наложению продольного панкреатоюноанастомоза (ПЕА) – 53 операции. Дуоденосохраняющую резекцию ПЖ (операция Фрея, Багера) выполняли при осложненном головчатом ХП - 309 операций. При механической желтухе операция дополнялась холедохопанкреатоанастомозом или гепатикоюноанастомозом – 57 операций. Выполнено 112 операций по поводу осложненных псевдокист (нагноение, ложная аневризма). Первым этапом проводилось дренирование псевдокисты или эмболизация питающего сосуда. Вторым этапом - резекция ПЖ, в зависимости от локализации псевдокисты (проксимальная, срединная, дистальная). Подозрение на наличие опухоли головки ПЖ, являлась показанием к панкреатодуоденальной резекции – 23 операций.

Результаты. Ранний послеоперационный период осложнился панкреатическим свищем (ISGPF, 2016) типа А «биохимическая несостоятельность» (biochemical leakage) у 21 больного, типа В - у 7 больных. Болевой синдром, в позднем послеоперационном периоде после ПЕА, появился у 7 больных. Выполнена операция Фрея. После наложения холедохопанкреатоанастомоза, у 3 больных был рецидив механической желтухи. Был наложен прецизионный гепатикоюноанастомоз по Ру.

Заключение. Тактика хирурга при осложненном ХП зависит от твердости ПЖ, локализации и масштаба изменений в ПЖ. Окончательное решение об объеме операции решается после интраоперационной ревизии панкреатобилиарной зоны и интраоперационного УЗИ.

О МЕХАНИЗМАХ РЕГУЛЯЦИИ ЧУВСТВА ГОЛОДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А., Насырова К.В.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

Введение. Понимание механизмов влияния некоторых гормонов на ожирение может привести к разработке эффективных стратегий профилактики и лечения, способствуя поддержанию общего здоровья. При этом, многие авторы патофизиологический механизм потери избыточного веса после операции связывают со снижением уровня грелина в организме пациента.

Цель работы - изучение концентрации грелина до и после бариатрических операций на желудке у пациентов с морбидным ожирением.

Материалы и методы. Известно, что концентрация грелина в плазме у человека, включая как активные, так и неактивные формы, варьирует в интервале от примерно 500 до 700 пкг/мл при нормальной массе тела, и, от примерно 200 до 400 пкг/мл при ожирении. Исследование уровня грелина проведено у 25 пациентов с морбидным ожирением, перенесших бариатрические операции (13 гастропластики и 12 «sleeve резекции» желудка) в сроки от 1 года до 4 лет. У всех пациентов получен эффект снижения массы тела в разной степени. Содержание грелина в сыворотке крови определяли методом конкурентного иммуноферментного анализа с использованием набора ELISA Kit for Ghrelin (GHRL) для человека (КНП).

Результаты и обсуждение. Исходный уровень грелина в крови у пациентов с морбидным ожирением оказался меньше по сравнению с показателями, которые определялись при нормальной массе тела. Мы не наблюдали ожидаемого, при резекции фундальной грелинпродуцирующей части желудка, снижение уровня грелина. Полученные результаты показали, что изменение объема желудка после бариатрических вмешательств сопровождается незначительным повышением уровня грелина в сыворотке крови. Наиболее высокие значения показателей грелина (более 450 пкг/мл) отмечены у 3 пациенток после рукавной резекции и 3-х после гастропластики, достигших наибольшей потери массы тела.

Выводы. Изменение объема желудка после бариатрических вмешательств сопровождается незначительным повышением уровня грелина крови, повышение тем больше чем выше процент потери массы тела после операции.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОКОМПОНЕНТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Ганжиев Ф.Х., Хамроев Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан

Ведение. Кровотечение, вызванное травмой или хирургическим вмешательством, является серьезной проблемой для здоровья, а неконтролируемое кровотечение может привести к смерти. Поэтому разработка безопасных, эффективных и удобных гемостатических материалов важна. Активные гемостатические средства, используемые в настоящее время для исследования гемостаза, делятся на четыре широкие категории: природные полимеры, синтетические полимеры, неорганические материалы и металлсодержащие материалы. Гемостатические материалы готовят в различных формах для ухода за ранами на основе используемых активных ингредиентов. Эти материалы включают нановолокна, гели, губки и наночастицы. Гемостатические материалы находят свое применение в области ухода за ранами, а также используются для гемостаза при хирургии злокачественных опухолей. Своевременный и эффективный гемостаз позволяет снизить возможность распространения опухолевых клеток с кровью. В этом обзоре обсуждаются результаты текущих исследований, проводимых в этой области, и проблемы, существующие в области разработки гемостатических материалов. В обзоре также представлена платформа для дальнейшей разработки гемостатических материалов. Кровотечение, вызванное травмой или хирургическим вмешательством, является серьезной проблемой для здоровья, а неконтролируемое кровотечение может привести к смерти. Поэтому разработка безопасных, эффективных и удобных гемостатических материалов важна. Остановка кровотечения из небольших ран осуществляется посредством ряда мероприятий, таких как сужение сосудов, тромбоз тромбоцитов и свертывание крови.

Цель исследования: оценить кровоостанавливающую активность новых локальных губчатых аппликационных гемостатических имплантов на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы в эксперименте *in vitro*.

Клинический материал. Выполнение настоящей научно-исследовательской работы будет проводиться по плану научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино «Применение гемостатической губки «Bloodstop» при травмах печени На экспериментальной модели у кроликов (2023 г).

Вид исследования: открытое, контролируемое. Экспериментальные исследования будут проводиться в 2 этапа: Первый этап - экспериментальные исследования будут проведены на беспородных кроликах. Второй этап – проведение забоя животных и проведение гистологических исследований, фиксация полученных результатов в журналах, статистическая обработка полученных результатов и описание их в виде отчета проведенных исследований.

Важно срочно разработать безопасные, эффективные и стабильные гемостатические материалы. Некоторые гемостатические материалы могут активировать пути гемостаза в организме человека различными способами. Например, хитозановые губки могут способствовать гемостазу путем активации и агрегации тромбоцитов, используя отрицательные заряды на поверхности хитозана. В то же время абсорбирующие свойства губки помогают увеличить местную концентрацию тромбоцитов и факторов свертывания крови в ране. Это приводит к активизации каскада свертывания крови. Некоторые кровоостанавливающие материалы также могут быть загружены кровоостанавливающими препаратами. Было замечено, что нагруженные тромбином желатиновые губки, которые использовались для изучения модели кровотечения из печени свиньи, можно использовать для достижения превосходного гемостаза. В настоящее время большинство коммерчески доступных гемостатических материалов предназначены для лечения больших плоских ран, поэтому необходимо разработать материалы для лечения глубоких ран неправильной формы. Для обработки ран вблизи суставов необходимо разработать гибкие кровоостанавливающие материалы, которые плотно прилегают к окружающим тканям во избежание смещения повязки. Чрезмерное кровотечение препятствует адгезии. Гемостатические материалы, приготовленные в виде гидрогелей и губок, хорошо прилегают к тканям. Необходимо изучить методы безопасного удаления или разрушения материалов после их использования.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ганиев А.А.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Цель исследования: изучение особенностей иммуногенетических показателей больных острым панкреатитом.

Материал и методы. Проведено перспективное контролируемое исследование 120 больных острым панкреатитом (ОП) в возрасте от 25 до 65 лет. Из них у 61,7% (n=74) наблюдалось абортивное течение, а у 38,3% (n=46) – прогрессирующее течение, которые согласно этиологическому фактору были определены в подгруппы: I-я группа 41 больной ОП с абортивным течением неалкогольного происхождения; II-я группа 33 больных ОП с абортивным течением алкогольного происхождения; III-я группа 25 больных ОП с прогрессирующим течением неалкогольного происхождения; IV-я группа 21 больной ОП с прогрессирующим течением алкогольного происхождения. Для оценки степени тяжести пациентов, генерализации воспалительного процесса и органной дисфункции протокол обследования больных включал общепризнанную диагностическую шкалу Multiple Organ Dysfunction Score (MODS), определение С-реактивного белка в плазме крови. Наличие септических осложнений выявляли на основе критериев, предложенных Чикагской согласительной конференцией. Для дифференцировки мы придерживались следующих конкретных клинических понятий таких как синдром системной воспалительной ответной реакции. Концентрацию С3, С5 компонентов комплемента и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Цитокин» (СПб, Россия), в соответствии с рекомендациями производителя. Концентрацию провоспалительных интерлейкина-1-бета, интерлейкина-2, интерлейкина-6 (IL-1 β , IL-2, IL-6), противовоспалительного трансформирующего фактора роста-бета (TGF β), в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем для определения ИЛ и ТФР «Вектор-бест» (Новосибирск, Россия) в соответствии с рекомендациями производителя.

Молекулярно - генетические исследования проводились 120 исследованным лицам, 80 - практически здоровые женщины и мужчины, составившие контрольную группу. Все обследованные имели принадлежность к узбекской популяции. Исследование производили с помощью диагностических наборов для выявления полиморфизмов в геноме человека методом ПЦР «SNP-экспресс» производства НПФ «Литех». Для исследования полиморфизмов генов противовоспалительных цитокинов применялись наборы «Мутация интерлейкина-6» (ген-Ил-6 – полиморфизм-*C174G – rs1800795*). Для типирования полиморфных вариантов изучаемых генов-кандидатов были использованы геномная ДНК, полученная из 5 мл венозной крови. В качестве ресурса для популяционных сравнений была использована база данных NCBI.

Для сравнения частот аллелей и генотипов между анализируемыми группами использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса или точный тест Фишера. Значение χ^2 , превышающее 3,0 (что соответствует $p < 0,05$), рассматривается как показатель достоверной разницы между частотными характеристиками в сравниваемых группах. Отношение шансов (OR/ОШ) определяли, как отношение вероятности того, что событие произойдет, к вероятности того, что событие не произойдет. Для построения 95%-доверительных интервалов (ДИ) применялась модель бинарной логистической регрессии. Достоверность моделей оценивалась с помощью метода максимального правдоподобия. Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Отношение шансов (OR) рассчитывали по соответствующей формуле.

Результаты исследования. Первым этапом иммунологических исследований было изучение ключевых компонентов системы комплемента у пациентов с ОП.

Полученные результаты настоящего исследования выявили значительные и разнонаправленные изменения в гуморальном звене врожденного иммунного ответа у обследованных пациентов с ОП. Полученные данные свидетельствуют о том, что изменения врожденного иммунного ответа при ОП могут быть сложными и многофакторными. Они зависят от множества факторов, включая тяжесть заболевания, индивидуальные особенности пациента и наличие осложнений. Воспалительный процесс и установленные иммунологические изменения могут оказать влияние на клиническую картину пациента, а понимание этих изменений имеет значение для правильной диагностики и управления ОП.

Следующим этапом иммунологических исследований, стало определение цитокинового профиля больных с ОП различной этиологией и течением.

Согласно проведенным иммунологическим исследованиям, все полученные показатели обследованных больных с ОП во всех группах достоверно значимо отличались сывороточным уровнем TGF- β , который во много раз превышал контрольные значения. Так экспрессия TGF- β в 1-ой группе больных с ОП было повышено в 3,2 раза, со средним значением $178,68 \pm 5,10$ пг/мл ($P < 0,001$), а во 2-ой группе в 3,7 раза со средним показателем $206,40 \pm 4,39$ пг/мл ($P < 0,001$), в 3-ей группе пациентов ОП в 4,2 раз, со средним показателем $233,01 \pm 9,89$ пг/мл ($P < 0,001$), также

как и в 4-ой группе больных с ОП в 4,3 раза, со средним значением $242,37 \pm 8,89$ пг/мл ($P < 0,001$), против показателей контрольной группы, который в среднем составил $55,93 \pm 2,78$ пг/мл.

Полученные результаты свидетельствуют о вероятной сложной и многогранной взаимосвязи между повышенным сывороточным уровнем TGF- β и ОП неалкогольного происхождения с абортивным и с прогрессирующим течением. Такие взаимосвязи требуют дополнительных исследований и анализа, и они могут зависеть от множества факторов, включая индивидуальные характеристики пациентов, стадию заболевания и динамику его течения.

Повреждение тканей при ОП может привести к образованию фиброзных тканей. TGF- β участвует в регуляции процессов фиброза, которые могут возникнуть в ходе заживления тканей. Прогрессирующий ОП сопровождается более выраженным образованием фиброзных тканей, что может привести к увеличению уровня TGF- β . Также, TGF- β может влиять на иммунные ответы в организме, иммунные изменения могут быть связаны с течением ОП, даже если он абортивный. Генетические факторы, особенно связанные с цитокинами, играют важную роль в восприимчивости к повреждению поджелудочной железы, а также тяжести и развитию воспалительного процесса. Генетическое тестирование, вероятно, сыграет решающую роль в ранней диагностике, прогнозе клинического течения ОП и будет способствовать своевременной адекватной интенсивной терапии. В настоящем исследовании оценена функциональная значимость полиморфизма *rs1800795* в гене *IL6* (-174G/C) при ОП у лиц узбекской популяции. При анализе частоты полиморфизма *rs1800795* (-174G/C) в промоторной зоне гена *IL6* установлено, что носители генотипа G/G определенно доминировали у пациентов с высокой активностью воспалительного процесса: это свидетельствует о влиянии носительства аллеля G на обострение активности воспалительного процесса в ПЖ у больных с ОП. В отличие от носительства генотипов G/C и C/C полиморфизма *rs1800795* (-174G/C) гена *IL6* чаще встречались у больных с минимальной и умеренной степенью воспалительного процесса.

Выводы:

1. Иммунологические исследования при остром панкреатите имеют важное значение для определения риска осложнений, мониторинга течения и прогноза болезни.

2. Оценка функциональной значимости полиморфизма *rs1800795* в гене *IL6* (-174G/C) при ОП у лиц узбекской популяции показало, что носители генотипа G/G определенно доминировали у пациентов с высокой активностью воспалительного процесса.

3. Генетические факторы, особенно связанные с цитокинами, играют важную роль в восприимчивости к повреждению поджелудочной железы, а также тяжести и развитию воспалительного процесса, играет решающую роль в ранней диагностике, прогнозе клинического течения острого панкреатита и способствует своевременной адекватной интенсивной терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Гозибеков Ж.И., Арзиев И.А., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность проблемы: Анализ литературы показывает, что диагностика и тактика лечения токсических форм зоба являются одной из актуальных проблем современного здравоохранения. В связи с этим консервативная подготовка больных перед операцией имеет свои недостатки. Длительный прием тиреостатических препаратов, т. е. более года, приводит к развитию спаек в ткани щитовидной железы, что, в свою очередь, вызывает осложнения и технические трудности, например сильное кровотечение во время операции. Кроме того, длительные психические изменения у больных вызывают ряд органических изменений, таких как токсический гепатит, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования: оценить эффективность дискретного плазмафереза при подготовке больных с тяжелым тиреотоксикозом к хирургическому вмешательству.

Материал и методы Исследования: Сложность подготовки больных с токсическими формами зоба заключается в том, что из 112 больных (21,4%) у 24 наблюдались тяжелые приступы тиреотоксикоза, осложнения консервативного лечения или длительная неэффективность консервативного лечения. Таким образом, из 24 пациентов с отрицательными результатами консервативного лечения 10 (41,7%) были из группы сравнения, а 14 (58,3%) - из основной группы. Основными исследованиями являются иммуноферментный анализ крови ТТГ (в норме 0,25-5,0 нг/мл), Т4 (в норме 60-120 ммоль/л) и Т3 (в норме 0,95-2,5 ммоль/л), контролировали содержание общего белка, показатели коагулограммы. по изменению показателей времени свертывания крови. В расчете на один объем циркулирующей плазмы у больного определяли объем циркулирующей крови и гематокрит.

Результат: эффективность лечения плазмаферезом у больных оценивали по артериальному давлению, частоте сердечных сокращений, температуре тела, психическому состоянию и гормональным показателям, а также общему состоянию больного. Преимущество подготовки больных токсическим зобом к операции с помощью плазмафереза состоит в том, что эутиреоз достигается за короткий период времени при проведении 5-7 сеансов плазмафереза.

мафереза в течение 30 дней. Это количество процедур также послужило ориентиром при лечении наших пациентов.

Заключение: Доказана высокая эффективность дискретного плазмафереза путем дополнительного озонирования плазмы гипохлоритом натрия с использованием непрямого электрохимического кислорода и последующей реинфузии детоксицированной плазмы при предоперационной подготовке больных с токсическими формами зоба, у больных, заболевание которых не перешло в клиническую практику. влияние лекарственных средств, у больных, которые не переносят лекарства, а также у больных, осложненных дополнительными заболеваниями.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Даминов Ф.А., Хакимов Э.А., Бобокулов А.У.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;

Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Узбекистан

Введение. Люди пожилого и старческого возраста входят в группу риска по термической травме. Возраст, площадь ожога, интервал между травмой и поступлением в ожоговый центр, сопутствующая патология являются основными факторами, определяющими тяжесть травмы, и оказывающими влияние на прогноз и лечебную тактику. По данным ряда авторов летальность у больных пожилого и старческого возраста в два-три раза выше, чем у пострадавших от ожогов других возрастов и составляет, от 23,4 до 62,5%. Особенно высокая летальность у лиц старше 60 лет отмечается в период шока, который развивается у этого контингента больных даже при ограниченных ожогах до 5-7% поверхности тела. Значительные трудности в лечении больных старше 60 лет представляют не только обширные, но и ограниченные ожоги, которые сопровождаются выраженными нарушениями со стороны гемодинамических показателей и внутренних органов. Уже в ближайшие часы после ожоговой травмы у них развивается синдром взаимного отягощения, который заключается в том, что имеющиеся преморбидно заболевания неблагоприятно влияют на течение раневого процесса, а полученный ожог в свою очередь усугубляет их тяжесть. Несмотря на многочисленные публикации по различным аспектам ожоговой болезни, вопросы её клиники, диагностики, консервативного и оперативного лечения у пожилых с отягощенным преморбидным фоном нерешены, что и послужило поводом к проведению данного исследования.

Цель исследования: Разработать систему активной хирургической тактики обожженных старше 60 лет на основании интестификации методов общего и местного лечения.

Материал и методы. В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2012-2022 г.г. ожоговой болезнью лечились 119 пациентов пожилого и старческого возраста. В первую группу вошли 54(45,3%) пациентов лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2012 по 2016 гг. Во вторую (группа сравнения) группу вошли 65(54,7%) пострадавших с ожогами лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2017-2022 гг. Основным методом восстановления кожного покрова при глубоких ожогах является оперативное лечение с применением кожной пластики. С этой целью нами у 119 пострадавших в возрасте от 60 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2 до 25% была произведена аутопластика кожи. Из них у 54 больных (I группа) с площадью глубоких ожогов от 2 до 15% была произведена некротомия 27 больным на в 1-й день после травмы, ранняя некрэктомия в сроки от 7 до 10 дней. Кожная пластика выполнена непосредственно после удаления некротических струпов на площади до 5% поверхности тела у 34 (62,9%) больных и у 20 (37,1%) пострадавших - от 5 до 15% поверхности тела, всего 51 пластик (от 500 до 850 см²). Хорошее приживление кожных лоскутов было у 45 (83,9%) больных, частичная отслойка трансплантатов наступила у 7 (13,4%) пострадавших и полный лизис пересаженных аутоаллолоскутов наблюдался у 5 пациентов, у которых ранняя некрэктомия производилась на площади 10-15% поверхности тела, у которых вследствие отторжения трансплантатов наступило ухудшение общего состояния.

Во вторую (группа сравнения) с обширными глубокими ожогами 15 больным 10-25% поверхности тела была произведена аутопластика кожи на гранулирующие раны. В один этап - у 23, в два этапа - у 10, и в три этапа и более - 12 больным (55 операций). С целью увеличения площади закрываемых ран у больных с обширными ожогами, нами у 12 больных производилась аутоаллопластика кожи, из них у 7 пострадавших был применен "марочный" способ, и в 5 наблюдениях использовалась кожная пластика по методу Моулем-Джексона (аутоаллопластика). Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи у 42 больных были использованы так называемые сетчатые трансплантаты. В наших наблюдениях из 55 аутопластик кожи на гранулирующие раны полное приживление трансплантатов отмечено в 47 случаях (72,1%), приживление 70% пересаженных лоскутов наблюдалось в 15 случаях (23,1%) и полный лизис кожных лоскутов наступил лишь в 3 случаях (4,8%). При лечении донорских ран нами применялись различные методы (повязки с антисептиками, антибиотиками, асептические повязки, альгипор и силикон).

Результаты исследования. Лечение ожоговой болезни у пожилых часто осложняется различного рода осложнениями, что способствует высокой летальности. В различные периоды ожоговой болезни умерло 8 (14,8%) из 54 пострадавших I группы, 15 (23,06%) - из 65 II группы пациентов. Общая летальность составила 19,7%. Основной причиной смерти были: шок, пневмония, сочетание сепсиса и пневмонии, а также осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и тромбоэмболии.

Выводы. 1. Ранняя некрэктомия и некролитическая терапия, как методы ускоренной подготовки ожоговых ран к кожной пластике у лиц старше 60 лет.

2. Раннее хирургическое лечение у пожилых является высокоэффективным в профилактике развития синдрома ПОН, снижении частоты инфекционных осложнений и летальности, поскольку именно ожоговая рана служит источником сепсиса и синдрома ПОН.

ВАЛИДНОСТЬ БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ельский И.К., Васильев А.А., Смирнов Н.Л.

ФГБОУ ВО ДОНГМУ МЗ РФ. Донецк. Россия

В клинике хирургии и эндоскопии ДонГМУ была разработана оригинальная система раннего прогнозирования тяжелого острого панкреатита (ТОП), которая включает простые общедоступные параметры. Цель работы: оценить валидность разработанной системы.

Обследовано 60 пациентов в возрасте от 25 до 90 лет с диагнозом «острый панкреатит».

Стратификацию пациентов и расчёт риска развития ТОП определяли с помощью четырёх систем: оригинальной системы (МК), BISAP, HAPS и qSOFA. Для всех пациентов были рассчитаны балльные значения по приведенным выше шкалам. Полученные результаты сравнили между собой и рассчитали диагностическую эффективность всех четырёх методик. В количественном соотношении при использовании МК высокому риску летальности соответствовало 7 случаев, среднему риску – 10, низкому риску – 3. Чувствительность метода составила 100%, специфичность 78%, положительная прогностичность – 36,8%, отрицательная прогностичность – 68,3%, соотношение рисков летальности составило наивысший результат – 3,9 (ДИ 2,5-6,2) при $\chi^2 = 17,1$, $p < 0,001$.

При оценивании прогнозирования тяжести ОП по критериям системы BISAP высокому риску летальности соответствовало 6 случаев, низкому риску летальности – 14. Чувствительность метода составила 26%, специфичность – 95%. Положительная прогностичность для шкалы BISAP была равна 26,3%, отрицательная прогностичность – 65%. Отношение рисков летальности составило 3,2 (ДИ 1,7-5,6), при $\chi^2 = 7,9$, $p = 0,005$. По результатам использования системы HAPS высокий риск летальности прогнозировался в 3 случаях, низкий риск летальности – 17 случаев. Чувствительность данной шкалы составила 10,5%, специфичность – 100%. Положительная прогностичность оценивалась также в 10,5%, отрицательная прогностичность – 66,6%. Отношение рисков летальности было выше, чем в системе BISAP, но ниже, чем при сравнении МК, и соответствовало 3,4 (ДИ 2,5-4,99) при $\chi^2 = 4,35$, $p = 0,035$.

При изучении характеристик шкалы qSOFA: высокий риск летальности был зафиксирован у 3 пациентов, низкий риск летальности – у 17. Чувствительность метода составила 15,8%, специфичность – 100%. Положительная прогностичность была равна 15,8%, отрицательная прогностичность – 66,7%. Отношение рисков летальности у данного метода составило второй результат после данных по методике клиники и составил 3,5 (ДИ 2,3-5,29) при $\chi^2 = 6,6$, $p = 0,01$.

По результатам исследования, сравниваемые шкалы являются высокоспецифичными (от 78% до 100%), и высокочувствительными (от 20% до 70%) для острого панкреатита. Разработанная методика раннего прогнозирования ТОП обладает специфичностью 78% и чувствительностью 100%, и может быть рекомендована для клинического применения.

ХОЛЕЦИСТИТДА ЎТ ПУФАГИ ДЕВОРИНИНГ УЛТРАТОВУШ ВА ГИСТОКИМЁВИЙ ТЕКШИРУВИНИНГ ИНФОРМАТИВЛИГИ

Жумаева М.М., Хасанова Д.А.

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти;

2 - Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро ш., Ўзбекистон

Долзарблиги. Ўт йўллари касалликлари кўпинча овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари таркибидан учайди. Меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларнинг юқори касалланиши, ҳаётга хавф туғдирадиган асоратларнинг мавжудлиги, шунингдек, даволаниш учун катта харажатлар туфайли ўт йўллари касалликлари нафақат гастроэнтерологиянинг долзарб муаммоси, балки муҳим ижтимоий-иқтисодий муаммодир. Сўнгги йилларда ўт

пуфаги касалликларининг этиологияси, диагностикаси ва даволашини ўрганишда эришилган ютуқларга қарамай, ушбу патология тадқиқотчиларнинг диққат марказида бўлиб қолмоқда. Ўт пуфаги касалликлари курси ҳам функтсионал, ҳам органик, асосан беморларнинг овқатланиш ҳолатининг хусусиятлари билан белгиланади.

Тадқиқот мақсади: Холетсиститнинг турли шакллари билан оғриган беморларда ўт пуфаги деворидаги морфологик ўзгаришларни ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Ўткир ва сурункали холетсиститнинг турли шаклларида ўт пуфаги деворидаги морфологик ўзгаришларни баҳолаш.

Тадқиқот натижалари: 2022-2023-йилларда ўткир ва сурункали тошли холесистит билан оғриган 180 нафар беморларда шошилич жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Ушбу беморларда УТТ ташҳисоти орқали ўт йўллариининг жарроҳлик амалиётигага бўлган ҳолати ўрганилди. 49 нафар ўткир тошсиз холесистит билан оғриган беморларга эса амбулатор маслаҳат берилди. Шу билан бирга, тадқиқот клиникада 2 йил давомида амбулатор ва статсионар шароитда беморлар кузатилди. ўткир тошли холесистит билан оғриган 76 нафар эркак беморлардан 17 тасида флегманоз, 39 тасида гангреноз холесистит аниқланган. Аёллар эса умумий ҳисобда 153 та бўлиб, шулардан 70 тасида флегманоз, 54 тасида гангреноз холесистит аниқланган. 51-60 ёш орасида эркак беморларда купрок яъни бта флегманоз холесисити ва 61-70 ёш орасида эса 12 та гангреноз холесистит аниқланди. Аёл беморлардан эса энг куп учраш ёши 61-70 ёш бўлиб, бу ёшда 18 та флегманоз ва 16 та гангреноз холесистит аниқланди.

Хулоса: Ультратовуш текшируви усули ўткир холециститни юқори ишонч билан ташхислаш ва ўт пуфаги деворидаги морфологик ўзгаришлар, унинг таркиби ва перивезикал тўқималарнинг моҳиятини объектив баҳолаш имконини беради.

ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ

Жумаева М.М., Ахмедов Ф.Х.

1 - Бухарский государственный медицинский институт;

2 - Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время острый холецистит является одним из наиболее распространенных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Среди заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков наиболее частой причиной холецистэктомии являются воспалительные процессы (холецистит, холангит, желчнокаменная болезнь). Исследование клинико-морфологических особенностей малосимптомных форм холецистита может помочь в понимании механизмов их развития, что будет полезным для выделения групп риска по развитию малосимптомных форм острого деструктивного холецистита и оптимизации тактики ведения таких пациентов.

Цель исследования: Изучить морфологические характеристики стенки желчного пузыря у пациентов заболевшими с различных формах острого и хронического холециститах.

Материалы и методы исследования: Материалы собраны из истории болезни пациентов хирургического отделения РНЦЭМП БФ с диагнозом острый желчнокаменной болезни. УЗИ аппараты Esaote My lab X6, Esaote My lab 40.

Результаты: В качестве материала исследования по клинико-анамнестическим показателям проанализировано 229 случаев с диагнозом острый калькулезный холецистит, удаленных хирургическим путем. У 17 из них был флегмонозный острый холецистит, у 39 мужчин - гангреноз. Среди женщин в 70 случаях острого холецистита диагностирована флегмонозная, в 54 случаях - гангренозная форма. Таким образом, всего 43 из 229 различных форм хронического холецистита имели дегенеративные изменения, вызванные опухолью.

Заключение: Причиной возникновения скрытых форм острого деструктивного холецистита является предшествующее хроническое воспаление желчного пузыря, ведущее к склерозированию и перестройке его стенки, атрофии эпителия. Основными критериями, позволяющими дифференцировать скрытый деструктивный процесс в желчном пузыре от хронического воспаления, являются анамнез, повышение уровня трансаминаз и мочевины, данные динамической сонографии. Изученные ультразвуковые признаки желчного пузыря и в его стенке, такие как длина желчного пузыря, его площадь и объем свидетельствуют о возможности их использования в дифференциальной диагностике хронического и острого калькулезных холециститов, а также обструкции желчевыводящих путей.

РОБОТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Кашапова А.Р.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Клиника БГМУ. г. Уфа, Россия

Большой опыт применения лапароскопических операций в хирургии рака толстой кишки доказал свое преимущество перед лапаротомными вмешательствами. Первые роботические операции на толстой кишке были выполнены еще в 2001 году. 3D визуализация, прецизионность выполнения операции и 7 степеней свободы движений роботических инструментов создали возможность выполнения лапароскопических операций в ограниченном пространстве безопасно и качественно, особенно при раке прямой кишки.

Цель исследования. Оценить преимущества и недостатки применения роботической системы Да Винчи в хирургии рака толстой кишки.

Материал и методы исследования. В университетской клинике БГМУ г. Уфы с момента открытия в 2018 году центра роботической хирургии выполнено более 350 колоректальных операций. Из них 241 пациент оперирован по поводу колоректального рака: рак ободочной кишки – 28,2%; раком прямой кишки – 71,8%. Средний возраст пациентов составил $59,5 \pm 3,7$ лет. Среди оперированных было 45,1% женщин и 54,9% мужчин. По структуре операций пациенты распределились следующим образом: правосторонняя гемиколэктомия – 5,6%; левосторонняя гемиколэктомия – 4,2% пациента; резекция сигмовидной кишки – 18,3% больных; передняя резекция прямой кишки – 67,4% человек; экстирпация прямой кишки 3,1%; колпроктэктомия – 1,4%. Операции выполнялись с использованием трех роботических рук в объеме D2-D3 лимфодиссекции с формированием аппаратного межкишечного анастомоза.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность операции зависела от локализации опухолевого процесса и объема выполненного оперативного вмешательства: правосторонняя гемиколэктомия – 265 ± 31 минута; левосторонняя гемиколэктомия – 291 ± 51 минута; резекция сигмовидной кишки – 205 ± 42 минуты; передняя резекция прямой кишки – 254 ± 63 минуты; экстирпация прямой кишки – 322 ± 50 минут. С накоплением опыта продолжительность операции сокращается. Среди оперированных больных была 7 конверсий, связанная с распространенностью опухолевого процесса и техническими сложностями. В двух случаях развился летальный исход. В послеоперационном периоде у 13 пациентов развилась несостоятельность анастомоза.

Заключение. Основываясь на собственном опыте выполнения робот-ассистированных лапароскопических операций в лечении больных раком толстой кишки можно сделать вывод о эффективности и безопасности данной методики.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ПЕРФОРАТИВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПУТЕМ ОДНОЭТАПНОЙ ОПЕРАЦИИ

Имамов А.А., Абсаттарова М.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника (ДБТК) относится к одной из самых частых причин госпитализации с возможным летальным исходом, в особенности у пожилых пациентов. Настораживает факт увеличения в последние годы хирургических вмешательств при дивертикулитах до 31% у пожилых и до 72% у пациентов молодого возраста. Оптимизация одноэтапного хирургического лечения больных с ограниченными гнойными перфоративными осложнениями (ОГПО) дивертикулярной болезни (ДБ) толстой кишки (ТК) является важной задачей современной колопроктологии. Целью исследования было обоснование возможности выполнения одноэтапных первично-восстановительных оперативных (ПВО) вмешательств у больных ОГПО.

Материалы и методы. Для исследования выбраны 86 пациентов с ОГПО ДБ ТК, в связи с чем они были оперированы в отделение гнойной хирургии многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской Академии в течение последних трех лет. Контрольную группу (КГ) составили 39 (45,3%) больных, находящихся на лечении, которым выполнялись различные виды обструктивных резекций ободочной кишки (типа Гартмана, Микулича), основную группу (ОГ) – 47 (54,6%) больных, которым выполнялись одноэтапные резекции левой половины ободочной кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза. Активная хирургическая тактика выполнения ПВО может быть применена у всех пациентов при наличии высококвалифицированной хирургической бригады и необходимого анестезиологического обеспечения.

Результаты. Пациенты КГ и ОГ имели практически одинаковые баллы по Хинчи и MPI ($p > 0,05$). От развившихся осложнений в послеоперационном периоде умерли 6 пациентов (7%) – 5 (12%) пациентов КГ, 2 из которых скончались от острой сердечно-сосудистой недостаточности, 3 – от калового перитонита вследствие некроза стенки

стомированной кишки, в ОГ группе летальность имела место в 1 (2,3%) случае вследствие ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде.

Вывод. Таким образом, учитывая отсутствие существенных различий в количестве послеоперационных осложнений и летальности данной категории пациентов после выполнения одноэтапных оперативных вмешательств и при значительно лучшем функциональном результате можно сказать, что данная тактика хирургического лечения пациентов с ОГПО ДБ ТК вполне оправдала себя.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ишанкулов О.А., Зайниев А.Ф.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. На долю панкреатита билиарного генеза приходится от 26% до 60% наблюдений острого воспаления поджелудочной железы. Хронизация острого билиарного панкреатита достигает 43% случаев. Ведущими факторами патогенеза билиарного панкреатита являются нарушение оттока по внепеченочным желчным путям и протоковой системе поджелудочной железы, возникновение билиарно-панкреатического рефлюкса с развитием внутрипротоковой гипертензии. В вопросах верификации вышеуказанных факторов и морфологических причин их формирования на ранней стадии развития заболевания единство взглядов отсутствует.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных билиарным панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на основе анализа клинических данных 116 пациентов с острым и хроническим билиарным панкреатитом, находившихся на лечении в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета с 2012 г. по 2023 г.

Результаты и их обсуждение. Оперативное лечение выполнено 94 (81,1%) пациентам. Определение хирургической тактики и выбор вида оперативного пособия основывались на этиологической форме заболевания. Хирургическое лечение при остром билиарном панкреатите проведено у 25 (11,3%) больных. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как окончательный метод хирургического лечения выполнена 9 (42,8%) пациентам на фоне механической желтухи вследствие вклиненного камня в дистальном отделе ОЖП. ЭПСТ и холецистэктомия, дренирование ОЖП выполнены одновременно 3 (4,8%) пациентам в первые сутки нахождения в стационаре в связи с наличием острого флегмонозного холецистита и механической желтухи вследствие обструкции камня в Фатеровом сосочке. Во всех случаях получен хороший клинический эффект ЭПСТ в течение первых суток. Холецистэктомия с наружным дренированием ОЖП выполнена 7 (33,3%) пациентам по поводу острого холецистита с явлениями холангита. Лапароскопическим доступом данная операция выполнена 4 (19,0%) пациентам. Хирургическое лечение при хроническом билиарном панкреатите на фоне холелитиаза проведено у 52 (44,8%) больных. ЭПСТ, как окончательный метод хирургического лечения выполнена 21 (40,4%) пациентам. При изолированной стриктуре БДС в 7 наблюдениях выполнена ЭПСТ, как окончательный метод хирургического лечения. В связи с наличием протяжённой стриктуры выполнено стентирование ОЖП 2 пациентам. В группе из 17 больных где установлен функциональный характер расстройств сфинктерного аппарата коррекция сужений дистального отдела ОЖП не выполнялась в связи с полной регрессией явлений билиарной гипертензии на фоне консервативной терапии за счёт купирования воспалительного компонента. Развитие послеоперационных осложнений отмечено у 15 пациентов из 95 оперированных больных, что соответствовало 15,8%. Летальность составило 3,1%.

Выводы: При хроническом билиарном панкреатите использование миниинвазивных технологий приводит к уменьшению сроков стационарного лечения. Дифференцированное этапное применение современных миниинвазивных хирургических методик позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в лечении больных с хроническим билиарным панкреатитом в 71,1%. При остром билиарном панкреатите устранение ведущих факторов патогенеза в 66,7% случаев возможно за счёт использования эндоскопических и эндовидеохирургических методик.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РИСКА УЩЕМЛЕНИЯ ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ

Козобин А.А., Сигуа Б.В., Мавиди И.П.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Число диагностированных паховых и бедренных грыж значительно превышает количество плановых оперативных вмешательств по поводу данного заболевания. Выбор сроков операции, как правило,

определяется желанием пациента или наличием болевого синдрома. Также отсутствуют критерии определения сроков операции у пациентов с разущемившимися грыжами в условиях стационара.

Цель исследования: разработка балльно-прогностической шкалы для объективизации риска ущемления паховых и бедренных грыж.

Материалы и методы. При анализе литературы и доступных герниологических регистров были выявлены факторы, влияющие на риск ущемления паховых и бедренных грыж. В последующем при изучение собственной базы пациентов (2530 человек), стало возможным сформулировать основные предикторы развития ущемления, к которым были отнесены: средний и пожилой возраст, наличие бедренной грыжи для обоих полов, паховая грыжа для мужского пола, первые 5 лет грыженосительства, эпизоды ущемления в анамнезе, индекс массы тела более 30 кг/м², жалобы на боли в области грыжи, физическая нагрузка, хронические заболевания, способствующие развитию интраабдоминальной гипертензии. В зависимости от частоты встречаемости у пациентов, факторы были ранжированы и рассчитан коэффициент значимости для каждого из них. На основании полученных данных, путем статистических расчетов, была определена балльная оценка для каждого фактора риска, в зависимости от выраженности признака. Результаты. Таким образом, была разработана шкала оценки риска ущемления паховых и бедренных грыж и представлена в виде таблицы, где перечислены факторы риска и их балльный эквивалент. Степень выраженности каждого фактора риска для конкретного пациента определяется индивидуально, путем постановки балла, где: 0 - у пациента данный отсутствует; 1 - фактора риска выражен незначительно; 2 – выражен умеренно; 3 – выражен сильно. Полученные баллы суммируются и результат оценивается следующим образом: от 0 до 8 баллов – вероятность ущемления грыжи низкая (1–15%); 9–15 баллов – вероятность умеренная (16–25%); 16–22 баллов – вероятность высокая (26–50%). Заключение. Комплексная оценка факторов риска позволяет объективизировать вероятность ущемления паховых и бедренных грыж. И в зависимости от степени риска определить срочность выполнения плановой герниопластики. Пациенты с высоким риском ущемления грыжи должны быть информированы о возможных осложнениях и необходимости планового оперативного лечения в ближайшее время, а в случае госпитализации по поводу разущемившейся паховой или бедренной грыжи оперированы без выписки на амбулаторное лечение.

ОСОБЕННОСТИ АЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО И ТИТАНОВОГО СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТОВ

Кулдашев Г.Н., Абдурахманов М.М.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. До 14–36% открытых операций на брюшной стенке приводит к образованию послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) и их осложнений. Многообразие доступных в современной герниологии эндопротезов и техник их использования подчеркивает необходимость детального подхода при выборе типа, размера и метода пластики.

Цель исследования. Определить сравнительные результаты применения сетчатых имплантатов из полипропилена «Эсфил», и «Титанового шёлка» в хирургической пластике послеоперационных вентральных грыж

Материалы и методы. В нашем исследовании, осуществили анализ и сравнение эффективности двух различных синтетических имплантатов: полипропиленового эндопротеза «Эсфил» и «Титанового шёлка». Исследование включало анализ результатов пластики по технологиям "onlay" и "sublay" у 112 пациентов, лечившихся в хирургических отделениях Бухарского филиала РНЦЭМП с 2019 по 2022 годы. Пациенты были разделены на две группы: в первой группе (58 пациентов) использовался полипропиленовый сетчатый имплант «Эсфил» в качестве эндопротеза, во второй группе (54 пациента) - сетчатый имплант из «Титанового шёлка». Выполнен анализ цитокинового профиля у двух групп пациентов с использованием полипропилена и титанового шёлка, состоящих из 20 человек в каждой. Производили исследование раневого экссудата, полученного в ходе дренирования и пункции образований, идентифицированных с помощью ультразвукового исследования. Исследование сосредоточилось на оценке цвета, объема жидкости и профиля цитокинов, включая IL-8, IL-6, TNF- α и IL-4.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что серомы встречались у 18 (31%) пациентов, которым использована полипропиленовая сетка «Эсфил», и - у 9 (16,6%) пациентов, которым использовали имплантат из «Титанового шёлка», что в 2 раза ниже чем при использовании полипропиленового эндопротеза. В контексте цитокинового профиля, использование титанового шёлка оказало положительное влияние на уровень и динамику цитокинов в раневой жидкости. Отсутствие выраженного воспалительного ответа снижало концентрацию провоспалительных цитокинов, таких как IL-6 и IL-8, в отличие от полипропиленового протеза, где такая реакция более выражена. Это приводило к снижению риска развития воспалительных процессов и улучшает общие показатели заживления.

Выводы: 1. В результате, нейтральность к титану препятствует возникновению интенсивной иммунной реакции, что способствует образованию крепкой соединительной ткани, заменяя тем самым поврежденный мышечно-апоневротический слой; 2. Основное преимущество имплантата, содержащего титан, заключается в его способности к физиологически ориентированной биологической интеграции. Это способствует эффективному формированию послеоперационного рубца и не влияет на продолжительность восстановительного процесса в послеоперационном периоде.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА БОЛЬНЫМ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Курбаниязов З.Б.¹, Сайинаев Ф.К.¹, Арзиев А.И.¹, Равшанов М.И.¹, Мухиддинов Т.Ж.¹, Давлатов С.С.²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Приведены результаты лапароскопической герниоаллопластики у 14 пациентов с вентральными грыжами: - умбиликальные (6), параумбиликальные (2), белой линии живота (6). Во всех наблюдениях R0. По ширине грыжевых ворот W1-6, W2-4, W3-4. Группу сравнения составили 57 пациентов, сопоставимые по клинике, прооперированные открытым методом. В основной группе отмечено сокращение длительности операции, послеоперационных осложнений, сроков пребывания в стационаре и реабилитации.

Материал и методы. За период с 2022 по 2023 г. 14 пациентам (5 мужчин, 9 женщин, средний возраст $54,4 \pm 6,2$ лет) проведена лапароскопическая герниоаллопластика в хирургических отделениях клиники 1 СамГМУ. 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. Нами в клинической практике применен способ лапароскопической герниоаллопластики, который включает лапароскопическое введение имплантата в брюшную полость предварительно прошитого лигатурами и фиксацию имплантата к передней брюшной стенке внебрюшинно экстракорпорально. Для герниоаллопластики мы использовали композитные сетки фирмы Ethicon и Sofradim со специальным покрытием, которое предотвращает адгезию.

Результаты и обсуждение. 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 имплантата, позволяет сократить время оперативного вмешательства, снизить количество послеоперационных осложнений, сокращает сроки лечения и реабилитации.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Курбаниязов З.Б.¹, Эгамбердиев А.А.¹, Арзиев А.И.¹, Равшанов М.И.¹, Мухиддинов Т.Ж.¹, Давлатов С.С.²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

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 2015 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 круорофия. Проведено 17 фундопликаций (эндоскопически –

11) при укорочении 1 степени и 19 гастропликация (эндоскопически – 14) преимущественно при УП 2 степени. Дефект пищеводного отверстия всегда устранялся без установки аллотрансплантатов, выполнялась задняя крурорафия. Средний койкодень после лапароскопии 6,5, при лапаротомии – 9,3.

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.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Курбаниязов З.Б.¹, Юлдашев П.А.¹, Арзиев А.И.¹, Равшанов М.И.¹, Мухиддинов Т.Ж.¹, Давлатов С.С.²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. 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 (2012 - 2023 гг). 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 отсепоровку 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. 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. 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).

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 кожножирового 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.

ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Левченко Е.И.³, Сигуа Б.В.¹, Мавиди И.П.^{2,3}

1 - ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России;

2 - ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России;

3 - СПб ГБУЗ "Городская многопрофильная больница №2"

Введение. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией и санацией гепатикохоледоха являются наиболее физиологичными операциями в лечении холедохолитиаза, но в то же время ассоциированы с развитием осложнений, среди которых наиболее распространенным и тяжелым является постманипуляционный панкреатит (ОПМП). Отмечено несколько факторов риска развития ОПМП. Для выявления их влияния на развитие ОПМП проведено исследование, относящееся к нерандомизированному проспективно-ретроспективному исследованию со сплошной выборкой.

Методы. Объектом исследования явились 154 пациента с холедохолитиазом, оперированные эндоскопическим ретроградным методом в период 2020-2021 гг. Из них ОПМП развился у 13% (21) пациентов: легкой степени тяжести - 6% (10), средней степени тяжести - 5% (8), тяжелый, деструктивный с летальным исходом отмечен у 3 (2%) больных. У 29% (46) пациентов была отмечена транзиторная гиперамилаземия без болевого синдрома, нормализовавшаяся к исходу 3-х суток - данное состояние не расценивалось как развитие панкреатита. Объективная оценка влияния факторов риска на вероятность развития панкреатита проведена путем корреляционного анализа связи результатов эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе с использованием корреляционной шкалы Чеддока и коэффициента корреляции, с последующей математической обработкой результатов методом логистической регрессии. На полученных данных была разработана балльно-прогностическая шкала оценки риска развития панкреатита, согласно которой: 0-5 баллов - низкая вероятность развития ОПМП; 6-11 баллов - умеренная вероятность развития ОПМП; 12 и более баллов - высокая вероятность развития ОПМП.

Заключение. Таким образом, эндоскопические транспапиллярные вмешательства при холедохолитиазе ассоциированы с повышенным риском развития острого постманипуляционного панкреатита. Применение интегральной балльно-прогностической системы оценки риска развития осложнений позволяют рационально планировать данные вмешательства и осуществить целенаправленное периоперационное сопровождение с акцентом на профилактику панкреатита.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Логвин Л.А., Корольков А.Ю., Попов Д. Н.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова МЗ РФ, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Острый аппендицит (ОА) является наиболее распространенной хирургической патологией во время беременности. Поздняя диагностика увеличивает риск возникновения осложненных форм ОА, что может привести к прерыванию беременности и гибели плода. Гипердиагностика влечет за собой высокую частоту негативных аппендэктомий (НА), что сопряжено с вероятностью интра- и послеоперационных осложнений.

Цель. Улучшить результаты лечения беременных женщин с подозрением на острый ОА.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных, госпитализированных в экстренном порядке в ПСПбГМУ им. Акад. И. П. Павлова в период с 2010 по 2020 гг, с подозрением на ОА. В исследование включено 162 оперированных беременных с ОА. Все пациентки были разделены на две группы: 1)

период 2010-2014; 2) период 2015-2020. До 2015 года все беременные с болевым абдоминальным синдромом поступали в акушерский приемный покой, находящийся в отдельном корпусе, где были ограничены диагностические возможности. Обе группы сравнены по таким параметрам, как среднее время от момента поступления до постановки диагноза, соотношение лапароскопических и открытых оперативных вмешательств, количество «отрицательных» аппендэктомий, количество экстренных срочных и преждевременных родов.

Результаты. В результате сравнения отмечено появление лапароскопических аппендэктомий с 2015 года. Уменьшилось количество экстренных срочных и преждевременных родов (27,3%; 9,4%, $p < 0,01$). Уменьшилось количество НА, однако разница недостоверна и процент их по-прежнему оставался высоким (48,5%; 38,5%, $p = 0,209$). Проанализирован алгоритм обследования беременных с подозрением на ОА до 2020: он заключался в проведении динамического наблюдения и консервативной терапии, в случае сомнительного диагноза выполнялось оперативное вмешательство. Для улучшения качества диагностики ОА с 2021 года алгоритм был дополнен выполнением МРТ для 2-3 триместра и лабораторными исследованиями (КАК, СРБ и прокальцитонин) через 6 часов при сомнительном диагнозе. Для оценки модифицированного алгоритма проведено проспективное исследование в период с января 2021 по март 2024, пролечено 27 пациенток, на сроке беременности 2-3 триместра, которым в результате обследования по новому алгоритму был установлен диагноз ОА. Изолированное использование лабораторных и инструментальных методов диагностики, не позволяет с достаточной достоверностью установить или исключить диагноз ОА, что приводит к высокой вероятности НА. Внедрение в структуру многопрофильного стационара СтОСМП и лапароскопических технологий позволяет улучшить результаты лечения у беременных с ОА. Отмечен рост доли лапароскопических операций по сравнению с ретроспективной группой (13,5; 70,4%, $p < 0,0001$). Использование нового алгоритма диагностики ОА у беременных в ПСПБГМУ с 2021 года позволило значительно уменьшить частоту «отрицательных» аппендэктомий (7,4%, $p = 0,011$), сократить количество срочных и преждевременных родов ($p < 0,001$).

ТЕРМИНОЛОГИЯ В ГЕРНИОЛОГИИ: АНАЛИЗ И РЕШЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЙ

Мавиди И.П.¹, Сигуа Б.В.², Козобин А.А.²

1 - Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

им. И.П. Павлова, Российская Федерация;

2 - Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Язык – это очень живая структура, которая зависит от всего происходящего вокруг, образуя новые лексические единицы, расширяясь, заимствуя слова. Любой прогресс и развитие в науке в целом, в отдельных ее областях, приводят к появлению большого количества специальных новых терминов. Случившийся «терминологический взрыв» приводит к появлению терминологических несоответствий. Так произошло и с одной из самых бурно-развивающейся областью хирургии - герниологией. Разнообразие и разноречивость терминов коснулись формулировки диагноза, названия оперативных вмешательств, используемых синтетических материалов и, наконец, самих оперативных приемов. В герниологии крайне важно четко формулировать диагноз, включая локализацию грыжи, ее происхождение, уточняющие данные – сочетанность, комбинированность грыж, рецидив, наличие осложнений. Не существует единой классификации, не существует единого подхода в конкретизации диагноза. Сегодня огромное количество различных терминов и словосочетаний встречаются в названии операции: "радикальная операция грыжи", "грыжесечение", "пластика местными тканями", «протезирующая герниопластика», авторские методики; термины, уточняющие расположение пластических материалов относительно элементов передней брюшной стенки, такие как "onlay", "inlay", "sublay" (sublay preperitoneal - SPP и sublay retromuscular - SRM); термины, связанные с распространением эндовидеохирургических методик: "MILOS" (mini/less open sublay), "IPOM" (intraperitoneal onlay mesh), Scola; сепарационные методики: eTEP TAR, eTEP Rives-Stoppa и др. Развитие и усовершенствование оперативных приемов играет ключевую роль в современной герниологии, заключающуюся в улучшении результатов лечения и ускорение сроков реабилитации пациентов, является важным элементом коммуникации между специалистами.

Создание универсального принципа приведет к стандартизации медицинской терминологии, что позволит индивидуализировать выбор лечебной тактики, уменьшить количество ошибок и повысить эффективность проведенного лечения. Разработка и принятие стандартизированных терминов и определений в герниологии будет способствовать продуктивной научной коммуникации и возможности проводить адекватный сравнительный анализ результатов лечения.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Маманов М.Ч., Рахманов К.Э., Анарбоев С.А., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. 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.

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. 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).

Результаты и обсуждение. 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. 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.

Выводы. 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).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Мардонов Б.А., Курбаниязов Б.З., Рахманов К.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

В основу данной работы включены результаты лечения 153 пациентов оперированных в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета в связи с посттравматическими рубцовыми стриктурами печеночных протоков (134 - 87,6%), а также с рубцовыми стенозами билиодигестивных анастомозов (19 - 12,4%), сформированных ранее в связи с травмой гепатикохоледоха в сроки с 2013 по 2023 год.

Для оценки уровня травмы гепатикохоледоха использовалась классификация стриктур Э. И. Гальперина (2002). Тип стриктуры на уровне «+2» было выявлено у 31 больного, «+1» - 37, «0» - 39, «-1» - 26, «-2» - 20.

В большинстве наблюдений 85 (55,5 %) больным, был наложен гепатикоюноанастомоз на петле по Ру, из них у 65 (76,4%) анастомоз наложен на транспеченочном каркасном дренаже и у 20 (23,6%) без каркасного дренирования. 11 (7,1%) больным наложен гепатикодуоденоанастомоз. Восстановительные операции составили 32 (20,9%), рентгеноэндобилиарные вмешательства – 22 (14,4%). Чем выше был уровень стриктуры, тем чаще приходилось прибегать к транспеченочному дренированию зоны билиодигестивного анастомоза. Так, в группе «+1» отсутствовала необходимость в применении транспеченочного дренажа. В группе «0;-1» необходимость в указанных мероприятиях имела в 21,17% (18) и 30,58% (26) наблюдений. В группе больных с «-2» типом во всех наблюдениях потребовалось транспеченочное дренирование зоны билиодигестивного анастомоза. 4 больных поступили клиникой механической желтухи после операции гепатикоюноанастомоз по Ру, им выполнено сеансы антеградного бужирования с удовлетворительным результатом. 12 больным с клиникой рецидивирующего холангита и стеноза гепатикоюноанастомоза потребовались неоднократные сеансы эндоскопической баллонной дилатации и диатерморасширения.

Получены хорошие результаты в 55,3% наблюдений от общего числа пациентов, прослеженных в отдаленном периоде. Рецидив заболевания возник у 44,7% больных. Повторная операция позволила добиться удовлетворительных результатов у 64,7% из этой категории пациентов или у 28,9 % от общего числа наблюдений. В конечном итоге хорошие и удовлетворительные результаты составили 84,2%, частота неудовлетворительных результатов и летальности в отдаленном периоде составляет по 15,8% соответственно.

БИТИШМА КАСАЛЛИГИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА БИТИШМАГА ҚАРШИ БАРЬЕР ВОСИТАЛАРЛАРДАН ФЙДАЛАНИШДАГИ ТАЖРИБАМИЗ

Мардонов В.Н.², Рузибоев С.А.¹

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети;

2 - Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Мақсад: Ўткир битишмали ичак тутилиши билан оғриган беморларни даволаш натижаларини унинг такрорланишининг олдини олиш усулларини такомиллаштириш орқали яхшилаш.

Материаллар ва усуллар: Лапароскопик адезиолиз самарадорлигини солиштириш учун Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиалида 2010 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда ўткир ичак тутилиши билан оғриган 114 нафар беморни даволаш натижаларини таҳлил қилдик. Ҳозирда биз ЎБИТ учун минимал инвазив операцияларга 114 та уринишни амалга оширдик: 89 таси шошилич кўрсаткичлар бўйича хуруж чўққисида, 25 таси режалаштирилган тарзда илеус тиббий ёрдамидан сўнг. Биз 1993 йилда О. И. Блинников томонидан тавсия етилган қорин бўшлиғи битишмаларининг тарқалиши таснифидан фойдаландик, унга кўра қорин бўшлиғи битишмаларининг тарқалиши қуйидагича баҳоланади:

I даража - операциядан кейинги чандиқ майдони ёки қорин бўшлиғининг бир қисми билан чегараланган, унинг тагининг 1/3 қисмидан кўп бўлмаган, бошқа жойларда битишмалар бўлмаса;

II даража - бошқа соҳаларда индивидуал битишмалар билан биргаликда маҳаллий ичак тутилиши;

III даража - қорин бўшлиғининг 1/3 қисмини ёки унинг бутун қаватини егаллаган битишмали жараён;

IV даража - диффуз битишмали жараён, қорин бўшлиғининг қаватининг 2/3 қисмини ёки ундан кўп қисмини егаллайди.

Натижалар ва муҳокама: Барча беморларга клиник ва биокимёвий қон таҳлиллари, рентген текшируви, ЕКГ, қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текшируви ва диагностик лапароскопия, керак бўлганда мултиспирал компьютер томографияси ўтказилди. Текширув босқичларида 45 (39,5%) ҳолатда аниқланган қорин олд деворидаги "акустик ойналар" ва ичи бўш органларнинг туғма юрак нуқсонлари ултратовуш текширувида алоҳида еътибор қаратилди. ЎБИТ нинг энг характерли ултратовуш белгилари: қорин бўшлиғида еркин суюқлик - 78 (68,4%), интралуминал суюқлик чўкма синдроми (ИДС) - 92 (80,7%), антиперисталтика - 81 (беморларнинг 71%). Диагностик манипуляциялар билан параллел равишда олиб бориладиган консерватив чора-тадбирлар мажмуи: назогастрал дренаж, инфузион терапия, антиспазмолитиклар, антиколинестераза препаратлари, гипертоник ва тозаловчи хўқналар. 4-5 соат давомида мураккаб ичак стимуляцияси билан бирга сув-электролитлар, оқсиллар, гемодинамик бузилишларни тузатиш амалга оширилди. Битишмаларни ажратишдан кейин ҳосил бўлган париетал қорин пардадаги кенг нуқсонлар битишмали жараённинг қайталаниши учун трамплин бўлиб хизмат қилади. Шунинг учун, 45 (39,5%) ҳолатда биз битишма жараённинг қайталанишини олдини олиш учун замонавий битишмаларга қарши препарат "ХЕМОБЕН" ва метилен кўкларидан фойдаланганмиз. Беморларда (n=45) турли хил битишмаларга қарши воситалар ёрдамида адезиолиздан ўтган, операциядан кейинги даврда биз эркин суюқлик миқдори ва операциядан кейинги чандиқнинг проекциясида ичак қовузлоқларининг ҳаракатчанлигини аниқлаш учун динамик ультратовуш текширувини ўтказдик. Қоида тариқасида, ултратовуш операциядан кейинги 3, 5, 7-кунларда ўтказилди. Кўпгина беморлар, агар керак бўлса, эпидурал блокировка ўрнатилди, бу эса кейинги 2 кун ичида ичак моторикасини тиклашга имкон берди. Биз операция қилган беморларда операциядан кейинги давр асоратсиз ўтди. Барча беморлар учун битишмаларга қарши физиотерапевтик чора-тадбирлар комплекси ўтказилди, комплекс қуйидагиларни ўз ичига олади: эрта фаоллаштириш (аралашувдан кейин 24 соат ичида), мушак ичига кунига 3 марта 0,05% прозерин 1 мл дан ва 1 суткада 3 марта тозаловчи хўқналар. Операциядан кейинги ичак парези аускултация пайтида ичакнинг фаол перисталтикаси ешитилганда ҳал қилинган деб ҳисобланади, беморлар ичак газларининг ўтишини тиклашни қайд етишди ва камида битта ичак ҳаракатини қайд етишди. Тизимли энзим терапияси "Лонгидаза" препаратининг терапевтик дозаларини инъекция шаклида ва шамларда - 17 беморда, 13 беморда Вобензимни узоқ муддат қўллашда адгезияларни қайта шаклланишининг олдини олиш учун берилди. Деярли барча беморлар 1-2 кун ичида фаоллаша бошладилар. Адгезиолизни рецидивланиш билан лапароскопиядан кейин частотаси 3 (2,6%) беморда кузатилган. Лапароскопик адгезиолиздан кейин ўлим ҳолатлари

кузатилмади. 1 беморда кесилган комиссурадан қон кетиш кузатилди, у такрорий лапароскопия пайтида тўхтатилди. Операциядан кейинги давр 3 кундан 12 кунгача (ўртача 6,8 кун). Аралашувдан сўнг 6 ойдан 1 йилгача бўлган узоқ муддатда даволаниш натижалари сўровнома ёрдамида ўрганилди. Шу мақсадда Р. А. Женчевский (1997) томонидан таклиф қилинган "ҳаёт сифати мезонлари" асосида ЎБИТга хос бўлган сўровномадан фойдаланилган. Операциядан кейинги 6 ойдан 1 йилгача 66 (57,9%) бемор, шу жумладан, 31 (27,2%) битишмаларга қарши препарат "ХЕМОБЕН" ва метилен кўк қўллангандан кейин кузатув текширувидан ўтди. Қорин бўшлиғининг ультратовуш ва оддий рентгенографияси ЎБИТни тасдиқламади; беморлар консерватив терапия ва диетани тўғрилашнинг қисқа курсидан сўнг чиқарилди.

Хулоса: 1. ЎБИТ консерватив чоралар билан бартараф етилган I-II даражали битишмалар билан оғриган беморларда битишмаларга қарши барер препаратларни қўллаш билан лапароскопик адгезиолизни ўтказиш тавсия этилади; 2. Адгезиолиздан сўнг тизимли фермент терапияси препаратлари ёрдамида битишмаларга қарши чоратадбирлар мажмуаси кўрсатилади; 3. Замонавий анти-битишмали барерли дорилар, операция усулидан қатъи назар, қорин бўшлиғининг битишма касаллигини муваффақиятли жарроҳлик йўли билан даволашнинг калитидир, чунки улар касалликнинг қайталанишининг олдини олишга патогенетик асосланган ёндашувдир.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО БИОСОВМЕСТИМОГО ИМПЛАНТАТА ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

Мардонов В.Н.², Рузибоев С.А.¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет;

2 - Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования – Изучить эффективность местного антиадгезивного средства Хемобен и метиленовый синий для предотвращения формирования спаек в местах, где не повреждена целостностью кишечника.

Материалы и методы исследования - Описан эксперимент, где внутрибрюшные спайки были индуцированы хирургическим путем у крыс, получавших метиленовый синий (30 мг/кг) или стерильная вода внутрибрюшинно во время операции. Через 24 часа и 7 дней после операции оценивали образование спаек, окислительный стресс и фибринолитическую активность брюшины. В результате метиленовый синий не влиял на образование спаек через 24 часа, но вызывал регресс спаек на >50% через 7 дней ($P < 0,05$). Активность никотинамид аденин динуклеотид фосфата (NADPH) оксидазы и миелопероксидазы (МРО), а также 8-изопростан и тиобарбитуровая кислота-реактивные вещества были значительно повышены в образцах перитонеальной ткани ($P < 0,05$) через 24 часа после операции. Метиленовый синий ингибировал NADPH-оксидазу на 98% и активность МРО на 78% в образцах тканей через 24 часа и притуплял соответствующее вызванное операцией увеличение окисления липидов и белков в тканях. Кроме того, метиленовый синий значительно повышал ($P < 0,05$) фибринолитическую активность в перитонеальной жидкости через 24 часа.

Методика эксперимента: Под общей анестезией путем в/м введения 0,5мл кетамина в мышцу бедра крысы, достигалось оглушение и слабая подвижность животного. Это позволяло без особых трудностей уложить крысу на манипуляционный столик и зафиксировать конечности. После этого выстригали шерсть с передней брюшной стенки на протяжении 3-4см. Ингаляционный наркоз парами изофлюрана позволял достичь хирургической стадии наркоза. Средне-срединная лапаротомия. Резекция большого сальника и жировых подвесок малого таза. Повреждение серозного покрова висцеральной и париетальной брюшины путем скарификации. Брюшная полость ушивалась послойно непрерывным швом викрил 2/0. Через 7 дней после первичной операции крысе повторно вводили в/м кетамин в дозе 0,5мл. После укладывания на манипуляционный столик выполняли лапаротомию по прежнему рубцу с использованием для хирургической стадии наркоза пары изофлюрана. При вскрытии брюшной полости имел место спаечный процесс кишечника с висцеральной и париетальной брюшиной. Спайки разъединяли тупым путем. В контрольной группе животных брюшную полость промывали физиологическим раствором в количестве 3 мл. В опытной группе для предупреждения спаек наносили на участки поврежденной брюшины порошок Хемобен и метиленовый синий и выжидали до формирования тонкой блестящей пленки.

Результаты и обсуждение. В результате выполненных исследований нами разработана оригинальная экспериментальная модель формирования спаечной болезни с участием петель кишечника и париетальной брюшины. Суть методики заключалась в блокировании участия сальника в образовании спаек в брюшной полости, что обычно имеет место при повторных оперативных вмешательствах по поводу спаечной болезни. Нами созданы условия для повторного образования спаек путем скарификации висцеральной и париетальной брюшины. В последующие сроки после операции нами удалось констатировать развитие бурной спаечной болезни с летальным исходом в контрольной группе животных, где обработка брюшной полости проводилась обычным физиологическим раствором.

Выводы: Метиленовый синий действует как антиоксидант в данной экспериментальной системе и может уменьшить образование внутрибрюшных спаек путем усиления фибринолитической активности брюшины после операции.

СВОЕВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Махмудова Ш.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан

Введение. Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) – одна из самых актуальных проблем современной гинекологии. Опухоли и опухолевидные образования яичников составляют до 14% опухолей женских половых органов, из них 80% представлены кистозными образованиями доброкачественного характера – кисты яичников. Киста яичника представляет собой полое округлое образование, заполненное жидкостью. Размеры этих образований могут достигать от нескольких сантиметров до 15-20 см в диаметре. Большинство кист яичников не представляют никакой опасности для здоровья женщины, не требуют никакого лечения и самостоятельно проходят в течение нескольких менструальных циклов. В современной гинекологии проблема доброкачественных опухолей яичников является одним из основных вопросов в плане острого живота, так как во время беременности при быстром росте и перекруте имеет серьезный риск на жизнь матери.

Целью нашей работы является оценить диагностическую значимость ультразвуковых методов исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей яичников у беременных.

Материалы и методы исследования: 73 беременных женщин с доброкачественными опухолями яичников: I группа – 13 женщины, которым хирургическое лечение выполнено во время беременности от 8 до 28 недель; II группа – 22 женщины, которым удаление опухоли произведено при родоразрешении в ходе операции кесарева сечения; III группа – 38 женщины, которым хирургическое лечение выполнено после самопроизвольных родов от 6 дней до 7 месяцев. Всем пациенткам ультразвуковое исследование проводилось при первом обращении за медицинской помощью, в сроки скрининга, при наличии показаний во время беременности, перед оперативным вмешательством, в послеоперационном периоде, при наличии признаков угрозы прерывания беременности. Ультразвуковое исследование помимо эхографии включало также цветное доплеровское картирование и доплерометрию. Все удаленные доброкачественные опухоли яичников были верифицированы при гистологическом исследовании. На основании сопоставления данных определялась диагностическая ценность комплексного ультразвукового исследования (чувствительность и специфичность) в диагностике опухолей у беременных.

Результаты исследования: Чувствительность и специфичность ультразвуковых методов исследования в диагностике доброкачественных эпителиальных опухолей, включая серозные, серозные папиллярные, муцинозные цистаденомы, составила 71,4 и 94,9%, зрелых кистозных тератом – 91,7 и 98,7%, эндометриоидных кист – 83,9 и 97,4% соответственно. Точность диагностики пограничных и злокачественных опухолей яичника была наибольшей и составила 90,9 и 99,1%. Наименьшей точностью характеризовалась диагностика опухолевидных образований (параовариальных, фолликулярных кист, кист желтого тела, простых кист, лишенных выстилающего эпителия, инклюзионных, тека-лютеиновых кист): чувствительность – 76,1%, специфичность – 88,1%.

Заключение: Эхографическая структура доброкачественных опухолей яичников у беременных имеет ряд особенностей. В целях принятия решения о необходимости хирургического лечения во время беременности, ультразвуковое исследование у беременных с доброкачественными опухолями яичников должно носить экспертный характер и проводиться наиболее опытными специалистами, по возможности в специализированном лечебном учреждении.

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ, ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ХОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ КУЙИШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Мирзаев В.И., Ўроқов Ш.Т.

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти;

2 - Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро ш. Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Ўткир панкреатит ва жигар циррозининг биргаликда учрашиши мураккаб диагностика вазифасини туғдиради, чунки уларнинг симптомлари ўхшаш ва касалликнинг кўриниши ўзгарган бўлади. Бу ҳолатларни аниқ фарқлаб ва бошқариш учун махсус ёндашув талаб қилинади. Ўткир панкреатит ва жигар циррозига чалинган беморларда касалликнинг юқори кўрсаткичлари ва ўлим даражаси кўпинча юқори бўлиб, касаллик кечишини ва ўлим натижаларини ёмонлаштиради. Бу ҳолат ўз навбатида, салбий оқибатларни

камайтириш учун индивидуал даволаш стратегияларини диққат билан ўрганишни талаб қилади. Патологик жараён адабиётларда ёритилган бўлсада, жигар циррозининг клиник кўриниши кўпинча яширин кечиши хисобида ўткир панкреатитни даволаш тактикасида жигар циррози доим ҳам инobatга олинмайди.

Тадкикотнинг мақсади: ўткир панкреатит, жигар циррози билан бирга келган холатларда диагноз қуйиш ва даволаш тактикасини самарадорлигини ошириш

Тадкикотнинг материал ва методи: Илмий иш Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти “хирургик касалликлар ва реанимация” кафедраси клиник базасида (РШТЎИМ Бухоро филиали I-II шошилич жарроҳлик бўлимлари) бажарилди. 2015 йилдан 2019 йиллар орасида клиникада ўткир панкреатит (ЎП) сабабли даволанган 2410 касаллик тарихи ретроспектив тахлил қилинган, беморларда ўткир панкреатитва йулдош касаллик сифатида ЖЦ (ЖЦ турли босқичларида) фонидида ривожланганлиги шулардан 35(1,4%) тасида турли даражада ривожланган жигар циррози аниқланган. Бошқа ёш гуруҳларида (45-59 ёш, 60-89 ёш) асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқ йўқ ($p > 0,005$). Беморларнинг жинсига қараб бўлинганда аёллар эркакларга нисбаттан 2 баравар кам касалланиши яққол кузга ташланди, I-гуруҳ беморларнинг 65% эркак ва 35% аёл, II-гуруҳ беморларининг 62,5% эркак ва 37,5% аёлларни ташкил қилди. Жигар циррози фонидида келган ўткир панкреатитнинг клиник кўриниши касаллик белгиларидан алоҳида алоҳида ажратиш қийин бўлган симптомлар ва белгиларнинг мураккаб ўзаро таъсиридан иборатдир. Жигар циррозининг мавжудлиги ўткир панкреатитнинг классик клиник кўринишини никоблаши ёки ўзгартириши мумкин, бу эса тиббиёт мутахассисларига ташхис қўйишни қийинчилик туғдириши аниқ. "Ўткир панкреатит" ташхиси қуйида келтирилган учта белгидан камида иккитаси аниқланганда қўйилади: 1) ўткир панкреатитга хос бўлган қорин оғриғи; 2) норманинг юқори чегарасига нисбатан кондаги липаза ёки кондаги амилаза даражасининг 3 баравар ошиши; 3) ултратовуш ва контрастли КТ, МРТ пайтида характерли белгиларни аниқлаш. Касалликнинг бошланиш вақти одатдаги қорин оғриғи пайдо бўлиш вақти деб ҳисобланади.

Тадкикотнинг натижалари: Асосий гуруҳда шишли босқичда 3(2,3%), стерил панкреонекроз даврида - 8(6,2%) ва инфицирланган панкреонекроз 12 (9,3%) беморда улим кузатилди. Иккала гуруҳда ҳам жами 21(17,5%) ва 23(18%) кузатилди. Назорат гуруҳида: касалликнинг бошланғич шишли босқичида панкреатоген шокдан 4(3,3%) бемор, стерил панкреонекроз холатида 11 (9,1%) бемор (ЎЮҚТЕ 2 та бемор, гепаторенал синдром 4 та, ферементаив перитонит ПОЕ 5 та бемор) вафот этди. Инфицирланган панкреонекроз даврида яъни касалликнинг 3-4 хафталарида 6(5%) та бемор (йирингли перитонит ва сепсисдан 4 ва парапанкреатик клетчатка йирингли яллиғланиши қон томирлардан аррозив қон кетишдан 2 та) бемор вафот этди (жадвал 4.8.). Асосий гуруҳда: касалликнинг бошланғич шишли формасида панкреатоген шокдан 3(2,3%) бемор, стерил панкреонекроз холатида 8 (6,2%) та бемор (буйрак-жигар етишмовчилигидан 5 ва ЎЮҚТЕ 3 та бемор) вафот этган. Инфицирланган панкреонекроз даврида яъни касалликнинг 3-4 хафталарида 12(9,3%) бемор (йирингли перитонит ва сепсисдан 7, парапанкреатик клетчатка йирингли яллиғланиши қон томирлардан аррозив қон кетишдан 2, ҚВВ қетишдан 3 та) вафот этди. Шундай қилиб, асосий гуруҳ беморларида фон касаллиги жигар циррози бўлсада, гуруҳлардаги асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари статистик жиҳатдан бир хил кўринишга эга бўлди. Гарчи бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатадики, шифохонага ётқизилган ўткир панкреатитбилан беморлар орасида, жигар циррози бўлган беморларда стационар ўлим даражаси юқорироқ бўлган бўлсада, бу фикримизча, жигар циррози нинг асоратлари ва портал гипертензияси билан боғлиқ. Асосий гуруҳ беморларда 3 та беморда ўлим ҚВВ қон кетишдан кузатилди.

Тадкикотнинг хулосалари: Асосий гуруҳ беморларида фон касаллиги жигар циррози бўлсада, гуруҳлардаги асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари статистик жиҳатдан бир хил кўринишга эга бўлди. жигар циррози бўлган беморларда стационардаги ўлим даражаси юқорироқ бўлган бўлсада, бу жигар циррозининг асоратлари ва портал гипертензияси билан боғлиқ. Асосий гуруҳ беморларда 3 та беморда ўлим ҚВВ қон кетишдан кузатилди.

Асосий гуруҳ беморларида яъни турли даражада ривожланган жигар циррози бор беморларда ўткир панкреатитга сабаб сифатида келган ўТК (билиар этиология), жигар циррози бўлмаган беморларга нисбаттан 2 баравар кўп кузатилди.

ЖИГАРНИНГ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ ФОНИДА ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ БИРГА КЕЛГАН ХОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ КУЙИШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Мирзаев В.И., Ўроқов Ш.Т.

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти;

2 - Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро ш. Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: ўткир панкреатитда функционал жигар етишмовчилигининг ривожланиши 40,8% ҳолатларда кузатилади. Шу билан бирга, оғир панкреатитнинг шишли формаси бўлган беморларда жигар функциясининг ўзгариши 23,3% ҳолларда, деструктив формаларида эса - 83,9% ҳолларда қайд этилган. ўткир

панкреатит ва жигарнинг диффуз касалликлари билан биргаликда учрашиши мураккаб диагностика вазифасини туғдиради, чунки уларнинг симптомлари ўхшаш ва касалликнинг кўриниши ўзгарган бўлади. Бу ҳолатларни аниқ фарқлаб ва бошқариш учун махсус ёндашув талаб қилинади. Ўткир панкреатит ва жигарнинг диффуз касалликларига чалинган беморларда касалликнинг юқори кўрсаткичлари ва ўлим даражаси кўпинча юқори бўлиб, касаллик кечишини ва ўлим натижаларини ёмонлаштиради. Бу ҳолат ўз навбатида, салбий оқибатларни қамайтириш учун индивидуал даволаш стратегияларини диққат билан ўрганишни талаб қилади

Тадқиқотнинг мақсади: жигарнинг сурункали диффуз касалликлари фониди ўткир панкреатит бирга келган ҳолатларда диагноз қўйиш ва даволаш тактикасини самарадорлигини ошириш.

Тадқиқотнинг материал ва методи: Илмий иш Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти “Хирургик касалликлар ва реанимация” кафедраси клиник базасида (РШТЎИМ Бухоро филиали I-II шошилинч жарроҳлик бўлимлари) бажарилди. 2015 йилдан 2019 йиллар орасида клиникада ўткир панкреатит (ЎП) сабабли даволанган 2410 касаллик тарихи ретроспектив таҳлил қилинган, беморларда ўткир панкреатитга йўлдош касаллик сифатида ЖЦ (ЖЦ турли боскичларида) фониди ривожланганлиги шулардан 35(1,4%) тасида турли даражада ривожланган ЖЦ аниқланган. I-назорат гуруҳига УП нинг турли огирлик даражасида булган 120 нинг касаллик тарихлари (урта ва огир кечган беморлар) таҳлил қилиниб, беморларда утказилган консерватив ва жарроҳлик усуллари, кузатилган асоратлар ва улим курсатгичлари ретроспектив таҳлил қилинди. Бунда фон касаллик сифатида ЖЦ булмаган беморлар олинди. Ушбу гуруҳдаги беморлар стандарт консерватив терапия ва оператив даволаш операциялари бажарилган. II-асосий гуруҳга, 2019-2023 йиллар давомида қабул қилинган 2550 та бемор турли даражада ривожланган УП ва унинг асоратлари билан етказилган. Ушбу беморларни клиник, анамнестик, лаборатор ва кушимча ва чуқур инструментал текширишлар утказилганда шулардан 128(5%) тасида турли даражада ривожланган ЖЦ аниқланди. Беморларда даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида режалаштирилган текшириш ва даволаш (консерватив ва хирургик) усуллари ишлатилди ва асосий гуруҳ сифатида қабул қилинди. Асосий гуруҳ беморларига стандарт даволашга қўшимча равишда улинастатин, глутатион ва ремаксол препаратлари биринчи суткаларда ишлатилди. Беморларда 3 суткадан бошлаб диспептик белгилар (кўнгил айниш ва қусиш) бартараф қилингандан сўнг зонд орқали энтерал озиқлантириш Нутрикомп Стандарт (В.Враун фирмаси) энтерал озиқлантириш бошланди.

Тадқиқотнинг натижалари: Асосий гуруҳда шишли боскичда 3(2,3%), стерил панкреонекроз даврида - 8(6,2%) ва инфицирланган панкреонекроз 12 (9,3%) беморда улим кузатилди. Иккала гуруҳда ҳам жами 21(17,5%) ва 23(18%) кузатилди. Иккала гуруҳни олганда стерил панкреонекроз даврида панкреатоген шок ва полиорган етишмовчилик натижасида 19(43,2%), инфицирланган панкреонекроз даврида септик асоратлар натижасида 22(50%) беморда ўлим кузатилди. Ўткир панкреатитнинг маҳаллий асоратларига ўткир парапанкреатик суюқлик тўпланиши, панкреатик псевдокиста, ўткир некротик тўпланиш ва чегараланган некроз киради. Тизимли асоратлар - бу илгари мавжуд бўлган касалликнинг кучайиши, масалан, панкреатит натижасида юрак қон томир касалликлари ёки сурункали ўпка касалликларининг қўзиши кузатилади.

Тадқиқотнинг хулосалари: ўткир панкреатитга учраган беморларни синчковлик билан текширганимизда уларда аввалги аниқланган курсатгичларга нисбаттан 3 барабар кўп жигарнинг диффуз касалликлари аниқланди. Асосий гуруҳдаги беморларда улинастатин, глутатион, ремаксол ва эрта энтерал озиқлантириш, асоратларнинг профилактикаси ва даволашда ЖЦ Чайлд-Пю А компенсациялашган беморларда самарадорлиги айниқса яққол кўрилди. Назорат гуруҳи беморларида 37(30,8%) беморда ИЕС ривожланганлигини ва асосий гуруҳдаги ўП нинг компенсирланган ЖЦ фониди (Чайлд-Пю А класс) 7(5,5%) ривожланди. Чайлд-Пю В ва С классларида, жигар циррози ўПнинг кечишини оғирлаштиради.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОНХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Садыков А.Н.

Городская детская больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП), г. Бишкек, Кыргызстан

Введение. В современной педиатрии, детей с повторными инфекциями принято называть часто болеющими детьми (ЧБД). ЧБД - проблема, которая может быть рассмотрена в медицинском, социальном и экономическом аспектах, приводит к частым «больничным листам», снижению уровня здоровья детей, которые являются значимым ресурсом страны, обеспечивающим её будущее. Несмотря на достижения медицины, вопросы о эффективности современных методов профилактики и лечения остаются спорными, что требовало изучить эту проблему с точки зрения детского хирурга.

Методы и результаты. Изучены данные бронхоскопии за 2017-2023 г. у 107 детей ЧБД с бронхолегочными патологиями, неоднократно лечившихся в разных детских ЛПУ и пролеченные в отделении торакальной хирургии

ГДКБ СМП г. Бишкек. Изучали анамнез, общеклинические анализы, рентгенография грудной клетки, по показаниям КТ, МРТ, осмотр ЛОР и педиатр.

Результаты. Возрастным аспекте: 2-4г – 37 (34,6%, 5-10 лет 41 (38,3%), 11-15 лет 29 (27,1%) больных и средний возраст 5,4 года. Жители села – 65 (60,7%), городские – 47 (39,3%). Мальчики - 59 (55,1%), девочки - 48 (44,9%). При направлении имели диагнозы: хроническая пневмония – 22 (20,6%), хронический бронхит – 36 (33,6%), врожденная аномалия легкого – 12 (11,2%), бронхиальная астма – 17 (15,9%), ателектаз легкого – 11(10,3%), инородное тело - 9 (3,4%) больных и у 39 (36,4%) сопутствующие диагнозы: хронический гайморит, анемия, дискинезия ЖВП. Длительность заболевания от 1г до 6 лет. При поступлении значение придавалась тщательному сбору анамнеза, начало кашля, на фоне полного благополучие ребенка, или поперхивание пищевыми массами, привычки держать во рту посторонние предметы. Установить причину удалось у 15, т.к. дети до 2-4 года не всегда помнят о попадании инородного тела. 107 больным проводился 127 бронхоскопий. При бронхоскопии выявлено: у 69 (64,5%) картина гнойно-фибринозного эндобронхита, у 28 (26,7%) инородное тело бронхов, аномалия бронха у 4 (3,7%), бронхоэктатическая болезнь у 6 (5,6%). Повторные бронхоскопии проводили с 2-сторонним гнойно-фибринозными эндобронхитами и у больных с ателектазом легкого.

Заключение. При бронхоскопии у ЧБД детей в 64,5% выявлена гнойно-фибринозный эндобронхит, у 9,3% инородные тела бронха и бронхоэктатическая болезнь, что указывает на эффективность бронхоскопических исследований, требующий реабилитации в лечении.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Назаров З.Н.¹, Шукруллаев Ш.², Равшанов М.И.¹, Мухиддинов Т.Ж.¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;

2 - Иштиханский медицинский колледж, Самаркандская область, Узбекистан

Представлены результаты лечения 171 больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ. Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности, гнойно-септических и внеабдоминальных осложнений (14,8%, 48,1% и 55,6% соответственно) у больных пожилого и старческого возраста наблюдались после попыток одномоментной радикальной хирургической коррекции острого деструктивного холецистита либо обструктивного холангита. 2-х этапное хирургическое лечение в группе больных пожилого и старческого возраста с превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита проведено 20 (51,3%). Первым этапом у них успешно проведено ЭПСТ с НБД, причем 2 в сочетании с ЧЧМХС. После купирования холангиогенной интоксикации 13 из них 2 этапом проведено ХЭ (ЛХЭ–4, МЛХЭ–9). 7 (17,9%) больных со значительным улучшением состояния после ЭПСТ выписаны домой на амбулаторное наблюдение.

Этапное хирургическое лечение с учетом разработанных критериев оценки степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с применением предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчных путях выполненных у 42,2% больных основной группы позволило купировать гнойно-холемическую интоксикацию, улучшить результаты последующих радикальных операций. У 15,6% больных эти вмешательства явились окончательным методом лечения. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ с учетом степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений позволило значительно снизить летальность.

Таким образом, оптимизация тактико – технических аспектов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с учетом тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с приоритетным использованием предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств способствовало раннему купированию инфекционного процесса, предупреждению развития билиарного и абдоминального сепсиса, предупреждению развития сердечно-сосудистых и легочных осложнений вследствие конкурирующей коморбидной патологии.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Ганиев А.Э.

ГОО «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение. Проблема хирургического вмешательства рецидивных вентральных грыж остается высоко актуальной из-за значительной распространенности этой патологии. В соответствии с данными из различных источников, рецидивы вентральных грыж встречаются в общей популяции с частотой от 11,7% до 20,9%.

Методы. Нами были изучены результаты хирургического вмешательства у 69 пациентов, которые были госпитализированы в период с 2015 по 2023 год в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи». Проводилась оценка лабораторных показателей, включая клиничко-биохимические анализы крови и мочи, определение уровня тестостерона, эстрогенов и витамина D, а также оценка общесоматического состояния пациентов.

Результаты. Из 69 пациентов с рецидивными вентральными грыжами, у 43 (62,3%) были выявлены вправимые грыжи, а у 26 (37,7%) - невправимые. Всем пациентам были проведены ненатяжные пластики с использованием модифицированных методик. Метод "Onlay" применялся у 19 (27,5%) пациентов, выбор которой обуславливался следующими критериями: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5 см, небольшой размер грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки менее 3 см, толщина прямой мышцы брюшины менее $0,927 \pm 0,181$ см ($p \geq 0,05$), а ширина прямой мышцы брюшины менее $6,648 \pm 0,474$ см ($p \geq 0,05$). Усовершенствованная методика "Sublay" была использована у 29 (42%) пациентов. Для её применения служили показатели, такие как толщина подкожно-жирового слоя не менее 5 см, средний размер грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки больше 4 см. Толщина прямой мышцы менее $0,127 \pm 0,18$ см ($p \geq 0,05$), ширина прямой мышцы менее $7,648 \pm 0,47$ см ($p \geq 0,05$). Применение усовершенствованной техники «TAR» было выполнено у 21 пациента (15,4%), где в качестве основных показаний для выбора данной методики выступали следующие критерии: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5 см, средние размеры грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки более 4 см, при этом толщина прямой мышцы брюшины составляла менее $0,927 \pm 0,18$ см ($p \geq 0,05$), а её ширина - менее $7,848 \pm 0,39$ см ($p \geq 0,05$). Сроки госпитализации также различались: после пластики методом «Onlay» средняя продолжительность составляла $18,2 \pm 2,3$ дня ($p \geq 0,05$), «Sublay» - $13,2 \pm 1,6$ дня ($p \geq 0,05$), и «TAR» - $11,5 \pm 2,9$ дней ($p \geq 0,05$), что указывает на потенциальные преимущества последней в плане скорости восстановления пациентов.

Заключение. Применение выбранных методик пластики в ходе исследования способствовало значительному уменьшению числа интра- и послеоперационных осложнений, а также снижению риска формирования новых слабых мест в области передней брюшной стенки. Кроме того, благодаря тщательной защите нейроваскулярных структур, обеспечивается улучшенная восстановительная динамика, что, в свою очередь, минимизирует возможность рецидива заболевания.

ОСТРАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ

Намазов Б.Б., Летина Ю.В., Земляной В.П.

ФГБОУВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: Количество пациентов с ВИЧ-инфекцией остается стабильно высоким во всем мире. По данным ВОЗ, в Российской Федерации более полутора миллионов человек имеют ВИЧ-положительный статус. Отсутствие должной антиретровирусной терапии (АРВТ), и прогрессирующее снижение иммунитета, приводит у данной категории пациентов к развитию хирургических заболеваний вызванных присоединением оппортунистических инфекций. Среди оппортунистических инфекций, приводящих к развитию хирургических осложнений, являются туберкулез (ТБ), МАС-инфекция и цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Среди неинфекционных причин чаще всего встречается различные лимфопролиферативные заболевания (ЛПЗ).

Методы: В основу работы положен анализ 134 пациентов данной категории пролеченных в КИБ им. С.П. Боткина за 2020 – 2023 гг. За данный период времени экстренное хирургическое лечение в связи с развившимися осложнениями со стороны органов брюшной полости потребовалось выполнить 39 (29%) пациентам.

Результаты: Анализ данной категории пациентов выявил следующие особенности. Большую часть осложнений составили пациенты с перфорациями полых органов брюшной полости (51%). Причиной перфораций было множественное язвенное поражения тонкой кишки у пациентов с выявленной в дальнейшем ТБ (34%) и МАС-инфекцией (17%) соответственно. На втором месте по частоте встречаемости среди хирургических осложнений

были пациенты с нагноительными заболеваниями брюшной полости и забрюшинного пространства (11%), что было вызвано деструктивными процессами в лимфатических узлах у пациентов с ТБ, ЛПЗ и МАС-инфекции. Острая кишечная непроходимость (ОКН) была отмечена в 10% случаях. Причиной развития ОКН был спаечно-рубцовый процесс на фоне изолированного поражения брюшины с развитием первичного перитонита у пациентов с ТБ. Образование конгломератов лимфатических узлов у пациентов с МАС-инфекцией приводил к развитию высокой ОКН за счет сдавления 12 п.к. и тонкой кишки в области связки Трейца. Специфический перитонит на этом фоне сопровождал течение хирургических осложнений в 83% наблюдений. Редкими наблюдениями были случаи со спонтанным разрывом селезенки и желудочно-кишечными кровотечениями по 5% случаев у пациентов с ЦМВ. Летальность составила 63%.

Заключение: Полученные результаты демонстрируют актуальность обсуждаемой проблемы для пациентов инфекционных стационаров и указывают на необходимость дальнейшего совершенствования алгоритма диагностики и лечения у данной категории больных.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Напольская Е.В., Беляева А.В., Сигуа Б.В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: Заболеваемость колоректальным раком непрерывно растет, с ежегодной регистрацией около 1,2 миллиона новых случаев и примерно 700 тысячами летальных исходов в мире. У четверти пациентов на момент первичной диагностики выявляются отдаленные метастазы, и в течение трех лет у трети пациентов потребуются лечение метастазов в печени. У 50% пациентов обнаруживаются синхронные или метахронные метастазы в печени. Резекция печени является единственным радикальным методом, однако, возможна лишь для 5-10% больных на момент диагностики, тогда как остальные подлежат паллиативной или симптоматической терапии. Пострезекционное внутри- или внепеченочное прогрессирование наблюдается у 80% больных в течение 5 лет после операции. В свете роста числа резекций и изменения профиля пациентов, ранее считавшихся условно резектабельными или нерезектабельными, важно провести оценку рисков и клинических исходов таких операций для обоснования необходимости хирургического вмешательства и разработки стратегий профилактики осложнений.

Методы: В исследование включено 116 пациентов, получивших хирургическое лечение с 2012 по 2022 годы. Проанализированы: объем кровопотери, длительность операции, использование интраоперационных техник и влияние маневра Прингла на осложнения.

Результаты: Среди осложнений наиболее частые: правосторонний плеврит (21%), нагноение послеоперационной раны (17%), желчеистечение (13%), механическая желтуха (8,5%), кровотечение (6%), подпеченочный абсцесс или поддиафрагмальный абсцесс (6%), печеночная недостаточность (6%), ТЭЛА (4%), перитонит (4%), прочие (2%). На показатель длительности послеоперационной госпитализации как косвенный признак осложненного послеоперационного течения влияли длительность операции, объем кровопотери, количество пораженных метастазами сегментов печени, суммарный размер метастазов, наличие анемии вследствие кровопотери, длительность применения низкомолекулярных гепаринов, сроки удаления подпеченочного дренажа, медленное снижение трансаминаз к 6 дню после операции, медленное повышение общего белка и альбумина к 6 дню после операции.

Заключение: Циторедуктивные операции при строгом отборе пациентов, с учетом факторов риска осложнений, демонстрируют относительную безопасность и сопровождаются летальностью не более 2%. Вростание метастаза в крупные сосуды не является противопоказанием к операции на печени, однако, увеличивает риск осложнений, не повышая общую летальность.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО «СВЕЖИМИ» ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Насимов А.М., Арзиев И.А., Карабаева Г.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) во время холецистэктомии происходят довольно часто, о чем свидетельствуют сообщения в различных медицинских изданиях и средние статистические данные.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 103 больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков (МЖП) в период 2014 – 2023 гг. По нашим данным повреждения МЖП отмечены у

38 (0,58%) больных на 6521 ХЭ, из них у 27 после ЛХЭ, у 6 после минилапаротомной ХЭ (МЛХЭ), у 5 после традиционной ХЭ. 65 пациента поступили из других стационаров со «свежими» повреждениями МЖП: из них 12 после ЛХЭ, 52 - ТХЭ и 1 - МЛХЭ. У 28 (27,2%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у подавляющего большинства - 75 (72,8%) повреждения выявлены в раннем послеоперационном периоде. Среди оперированных - женщин 81 (78,6%), мужчин 22 (21,4%). Возраст пациентов от 19 до 80 лет.

Оценка повреждений проводилась по классификации Э.И. Гальперина (2009). Краевое повреждение желчных протоков выявлено у 11 больных, клипирование или лигирование протока без ее пересечения выявлено у 14 больных, полное пересечение и иссечение желчного протока у 47, иссечение и лигирование у 31. У 24 повреждения выявлено на уровне «+2», у 38 - «+1», «0» - 18, «-1» - 13, «-2» - 10. У 22 больных поступивших из других стационаров характер и уровень повреждения был выявлен только после лапаротомии, поскольку медицинская документация не содержала необходимую информацию. В раннем послеоперационном периоде повреждения МЖП у 34 больных проявилось клиникой нарастающей механической желтухи, у 20 желчным перитонитом, у 10 отмечено обильное желчеистечение по дренажу из брюшной полости и у 11 больных двумя и более осложнениями.

Всем больным выполнены различные оперативные вмешательства направленные на восстановление анатомии желчевыводящих путей. Операцией выбора при полном пересечении и иссечении МЖП является гепатикоюноанастомоз (ГепЕА) по Ру, что выполнена всего у 64 больных с хорошим отдаленным результатом в 95,3%. ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращало сроки лечения больных, однако эту методику (Нерр – Couinaud) удалось выполнить только у 11 пациентов этой группы. Восстановительная операция показана только при краевом повреждении протока. У 11 пациентов данной группы ушивание дефекта протока на дренаже Кера дало удовлетворительный результат. Формирование билиобилиарного анастомоза (БА) при пересечении и иссечении протока во всех 19 наблюдениях завершилась формированием рубцовой стриктуры. Выполнение операций при которых формировалось соустье поврежденного протока с двенадцатиперстной кишкой отрицательно сказывалось на результатах лечения. Лучшие результаты получены в группе больных, где операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм МЖП. Из 28 больных этой группы хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения получены у 84,3% пациентов. Однако повреждения МЖП по нашим данным выявлены интраоперационно только у 27,2% больных. Всего осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 20 (19,6%) больных. В отдаленном периоде неудовлетворительный результат наблюдали у 37 (35,9%), причем стеноз ГепЕА - у 3 (4,7%) больных, стеноз гепатикодуоденоанастомоза у 12 (85,7%), стеноз БА у 17 (89,5%). Повторные оперативные вмешательства потребовались 33 (32,03%) больным. Летальность составила 5,8%.

При выявлении повреждения МЖП в ближайшем послеоперационном периоде на фоне перитонита, подпеченочного абсцесса, желчеистечения первым этапом целесообразно ограничиться наружным дренированием желчных путей. Реконструктивную операцию желательнее выполнить после стихания воспалительно – инфильтративного процесса вторым этапом лечения. Эта тактика оправдала себя у 30 (73,1%) больных этой группы.

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

Нуриллаев Х.Ж., Курбаниязов Б.З., Аскарров П.А., Курбаниязов З.Б., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Известны сотни различных способов хирургического лечения паховых грыж. Применяемые сегодня современные методы не натяжной герниопластики отличаются друг от друга техникой восстановления пахового канала. Некоторые виды операций имеют своей целью механическое укрепление пахового канала, другие – восстановление его функции. Имеется много сравнений в исследованиях, открытых и лапароскопических методов в хирургии ПГ. Однако очень мало исследований относительно прямого сравнения методов TAPP и TEP. Хотя в некоторых публикациях сообщается, что операция TEP проводилась чаще при лапароскопической хирургии ПГ, а в некоторых исследованиях сообщили о разноречивости в взглядах.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж путем применения лапароскопических герниопластик.

Материал и методы. Исследование основано на результатах обследования и лечения больных с паховыми грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2014 по 2023 г. Для проспективного динамического активного исследования было отобрано 268 случаев, пациенты мужского пола с паховыми грыжами различного типа. Все пациенты были оперированы в плановом порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на три группы: – группы сравнения составили 96 (35,8%) больных с паховыми грыжами, которым осуществлялась герниоаутопластика традиционными способами, а также 138 (51,5%) больных, которым выполнена «ненатяжная» паховая герниоаллопластика по способу Lichtenstein. В основной группе в 34 (12,6%) случаях, проводилась трансабдоминальная лапароскопическая герниоаллопластика.

103 (74,6%) больным использовали стандартные монофиламентные полипропиленовые сетчатые протезы Эсфил фирмы «Линтекс» и 35 (25,4%) больным использовали композитные сетчатые имплантаты «Physiomesh» или «Prosid» (Ethicon). 96 больным для пластики пахового канала при грыжесечении использовалась традиционная мышечно-апоневротическая «натяжная» пластика по способам Жирар-Спасокукоцкому-Кимбаровскому (n=27 (28,1%)) и Постемпскому (n=69 (71,9%)).

Результаты и обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения возникли в 7,9% случаев после герниоаллопластики по Lichtenstein и в 13,5% - после герниоаутопластики в группе сравнения. В послеоперационном периоде после трансабдоминальной лапароскопической герниоаллопластики, осложнения имели место в 5,9% наблюдениях.

Средняя продолжительность стационарного лечения в сравниваемых группах не имело достоверной разницы и составило $6,3 \pm 0,04$ и $6,8 \pm 0,03$ суток ($p > 0,05$), что укладывается в рамки сроков, указанных в классификации медицинских услуг стационарной помощи.

Из 201 больного, обследованных в отдаленные сроки, рецидив паховой грыжи отмечен у 9 (4,5%), при этом в группе сравнения этот показатель составил 8,5%, а в основной группе – 2,7%.

Выводы:

1. Приоритетное использование ненатяжных методов герниоаллопластики – операция Lichtenstein и трансабдоминальной лапароскопической герниоаллопластики позволило сократить частоту специфических осложнений в раннем послеоперационном периоде с 13,5% до 7,9% и 5,9% соответственно, а также частоту рецидива грыжи с 8,5% в группе сравнения до 2,7% в основной группе.

2. Полная реабилитация больных, оперированных лапароскопически была меньше ($3,8 \pm 0,1$ недели), по сравнению с больными оперированными традиционным доступом ($7,7 \pm 0,1$ недель). Немаловажным критерием также является разрез, которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Так, лапароскопическая герниоаллопластика проводилась посредством 3-4 проколов 5,0 мм и 10,0 мм троакарами, а традиционная герниопластика – разрезами 10 и более см.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Раджабов Ж.П., Рахманов К.Э., Рахманова Ф.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность темы. В свете изложенного актуальным представляется уточнение вопросов, касающихся морфологических модификаций эхинококкоза. Какая форма существования паразита наиболее агрессивна и приводит к множественным формам поражения органов? При какой морфологической модификации следует более всего опасаться рецидива заболевания? Влияют ли эти морфологические формы на хирургическую тактику? Эти вопросы послужили поводом для нашей исследовательской работы.

Цель работы: поиск путей оптимизации диагностических и лечебных мероприятий у больных с эхинококкозом печени с учётом морфологических форм паразитарных кист.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на изучении результатов применения различных вариантов оперативных вмешательств при лечении 305 больных с эхинококкозом печени. Все пациенты за последние 10 лет (2013-2023) прошли лечение в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета. Проведено морфологическое исследование хитиновых оболочек эхинококковых кист печени, удаленных во время оперативного вмешательства, для изучения их структуры в зависимости от стадии жизнедеятельности паразита. Нами установлено, что *echinococcus veterenorum* имелся у 150 (49,2%) больных, *echinococcus hominis* у 109 (35,7%) больных, *echinococcus acephalocysticus* у 35 (11,5%) больных и ассоциация *echinococcus hominis* + *echinococcus veterenorum* было отмечено у 11 (3,6%) пациентов. Для определения морфологических модификаций эхинококкоза нами проведен анализ результатов инструментальных методов исследования (УЗИ КТ) и изучен операционный материал. Каждая из указанных морфологических модификаций эхинококкоза печени характеризуется специфичностью развития, инвазивностью, а также различным прогнозом результатов хирургического лечения и реабилитации. Знание особенностей и дооперационная диагностика морфологических модификаций эхинококкоза печени дает клиницисту информацию, которая оказывает существенное значение при планировании оперативного вмешательства и дальнейшей реабилитации пациентов.

Результаты исследования. При изучении отдаленных результатов спустя 3, 6 месяцев и 1 год после радикального оперативного вмешательства, основное внимание было сосредоточено на тех сведениях, которые позволяют оценить тактику хирургического лечения рецидивного эхинококкоза легких. Неудовлетворительные результаты имели место у 17 из 236 наблюдавшихся больных в отдаленном периоде (7,4%). У 7 больных рецидив эхинококкоза в легких и эхинококкоз печени в отдаленном послеоперационном периоде было обусловлено диссеминацией эхинококкового процесса, у больных оперированных по поводу осложненного эхинококкоза прорыва в брюшную полость и желчные протоки. У 10 больных рецидив эхинококкоза наблюдали у больных отказавшихся от химиоте-

рапии в послеоперационном периоде. Таким образом в профилактике рецидива эхинококкоза, важен правильный выбор способа операции в зависимости от характера осложнения и вида поражения органов паразитарным процессом.

Выводы: 1. Результаты хирургического лечения эхинококковых кист печени во многом зависят от дифференцированного подхода к выбору адекватного способа оперативного лечения, учета морфологической формы эхинококковой кисты и соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности. 2. В отдаленном периоде рецидив эхинококкоза наблюдали у 2,9% больных оперированных по поводу осложненного эхинококкоза, а также у 4,2% больных отказавшихся от химиотерапии в послеоперационном периоде.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АВТОНОМНЫХ РУКАВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Рахронов Д.А., Бокиев Ф.Б., Хакимзода Б.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Душанбе, Республика Таджикистан

Цель. Анализ собственного опыта проведения лапароскопических автономных резекции желудка у пациентов с ожирением.

Материал и методы. Работа основано на данных 35 пациентов с ожирением которым было выполнено лапароскопическая автономная рукавная резекция желудка в условиях нашего центра. Среди пациентов преобладали лица женского пола 31 (88,6%). Средний возраст пациентов $48 \pm 5,6$ лет. Максимальный вес 139 кг, максимальный индекс массы тело составило $45,8 \text{ кг/м}^2$. При обследовании пациентов кроме общеклинических методов исследования также акцентировалось внимание на гормональный статус (инсулин, Т3, Т4, паратгормон), электролитный состав крови, уровень витаминов (В9, В12, D) и липидный спектр. Также проводили эхокардиографию и эндоскопическое исследование верхнего этажа желудочно-кишечного тракта. Среди сопутствующих заболеваний преобладали артериальная гипертензия (13), сахарный диабет II типа (9), и (6) пациентов имелось желчно-каменная болезнь. Операции проводились под общим обезболиванием. Доступ стандартный из 5 точек (2 троакара по 5 мл и 3 по 12 мм), тракцию левой доли печени осуществляли ретрактором Натансона. Мобилизация большой кривизны желудка и диссекцию большого сальника проводили в верху до полного освобождения дна, в низу отступая от привратника на 6-8 см. Резекцию желудка проводили по заранее вставленному зонда 38 fr, гемостаз линии степлерного шва достигалось клипированием кровоточивших сосудов, после к линии подшивали мобилизованный сальник или укрывали гемостатическим материалом. Завершали операции дренированием брюшной полости. Следует отметить, что 6 пациентам с желчно каменной болезнью также выполняли холецистэктомиию.

Результаты. Все операции завершены лапароскопическим методом, интраоперационных осложнений не било. Длительность операции $75 \pm 10,6$ минут, период наблюдения пациентов в палатах интенсивной терапии $18 \pm 9,6$ часов, после операционное перебивание пациентов в стационаре $1,5 \pm 1$, общий койко- день $3 \pm 1,5$. В ближайшем послеоперационном периоде отметили следующие осложнения, кровотечение из троакарной раны (1), нагноение троакарной раны (1) и легкие симптомы дисфагии (1), что составило 8,57 %. Средний показатель потери веса за месяц $5 \pm 2,6$ кг.

Заключение. Таким образом, не оспоримые преимущество лапароскопической автономной резекции желудка как малая травматичность, короткие периоды стационарного лечения и послеоперационной реабилитации, а также стабильное избавлении от лишнего веса и невысокие показатели осложнений позволяют широко применять метод у пациентов с ожирением.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО И МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Рахронов К.Э., Хамдамов О.Д., Рахронова Ф.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Цель нашего исследования состояла в разработке рациональной тактики хирургического лечения больных сочетанным и множественным эхинококкозом легких и печени и в изучении возможностей проведения и эффективности выполнения эхинококкэктомии из этих органов через миниинвазивные доступы.

Материал и методы: Настоящая работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 54 больных в возрасте 17—74 лет с сочетанным и множественным эхинококкозом легких и печени, которые оперированы в период с 2013-2023 г.г. в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета. Сочетание эхинококкоза правого легкого и печени наблюдалось у 25 больных, эхинококкоз левого легкого и печени у 19 больных, и у 10 пациентов наблюдался эхинококкоз обеих легких и печени.

У всех больных с сочетанным и множественным эхинококкозом легких и печени на отдельных или всех этапах лечения при удалении эхинококковых кист использованы малоинвазивные доступы с видеоассистированием.

При сочетанном эхинококкозе правого легкого и печени у 4 больных произведено поэтапное удаление эхинококковых кист из легкого и печени через минидоступы с использованием видеохирургической технологии. У 16 кисты из легкого удалены через миниторакотомный доступ, у 5 больных эхинококкэктомия из печени произведена через минилапаротомый доступ.

При сочетанном эхинококкозе левого легкого и печени у 3 больных оба этапа операции проведены через минидоступы, в 13 наблюдениях кисты из легкого удалены из миниторакотомного доступа, у 3 больных эхинококковая киста из печени удалена через минилапаротомию.

При сочетанном эхинококкозе обоих легких и печени у 3 больных все три этапа операции проведены через минидоступы, в 4 наблюдениях кисты из обоих легких удалены посредством миниторакотомии, в 3 наблюдениях кисты печени удалены из минилапаротомии.

Выводы: Внедрение эндовидеохирургии позволяет проводить эхинококкэктомию из легких и печени через малоинвазивные доступы - миниторакотомию и минилапаротомию. Поэтапное удаление кист из легкого и печени при их сочетанном и множественном поражении с использованием малоинвазивных технологий позволяет улучшить результаты хирургического лечения. Миниинвазивные доступы положительно зарекомендовали себя на этапе реабилитации в раннем послеоперационном периоде.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Рахманов К.Э., Хамдамов О.Д., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальностью данной проблемы является то, что заболевание часто приобретает осложненное течение. Частым осложнением эхинококкоза легких является прорыв кисты в бронхи, которая обусловлена отсутствием специфических признаков при эхинококкозе легких, поздняя обращаемость пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза легких.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 207 больных эхинококкозом легких, поступивших в хирургическое отделение многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2023 год. Больные были распределены на две группы. В группу сравнения вошли 98 больных, оперированных с 2010 по 2016 г.г., которым оперативные вмешательства произведены традиционными методами после стандартной диагностики. С 2017 года оперативные вмешательства при эхинококкозе легких были совершенствованы с использованием современных технологий. С 2017 по 2023 г.г. оперированы 109 больных, которые вошли в основную группу.

У больных группы сравнения после обычного ушивания остаточной полости мы нередко наблюдали неадекватную герметизацию остаточной полости, в связи, с чем нами разработан модифицированный метод капитонажа остаточной полости.

Способ осуществляли следующим образом, после обработки остаточной полости, ликвидировали её вворачивающими швами. Далее выкраивали лоскут на ножке от париетальной плевры и в шахматном порядке фиксировали её на линию шва ликвидированной остаточной полости, тем и добивались адекватной герметизации и предотвращали бронхоплеврального сообщения.

Результаты исследования. Благодаря внедрению в практику выше указанных новшеств в хирургии эхинококкоза легких в основной группе больных удалось сократить нахождения пациентов в стационаре, в послеоперационном периоде раньше нормализовалась температура тела у больных с осложненными формами эхинококкоза. В связи с сокращением показаний к полузакрытым способам капитонажа остаточной полости сократилось число больных выписываемых на амбулаторное лечение с дренажами от 28,8% до 4,7%.

Из 144 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 8 (5,5%) больных, из них 7 (9,3%) случай в группе сравнения и всего 1 (1,4%) случай в основной группе.

Выводы. Применение ультразвукового диссектора аспиратора SONOCA 300 даёт возможность шире использовать радикальные современные методы хирургических вмешательств при эхинококкозе, выполнять их бескровно, с хорошим окончательным аэро- и гемо- при минимальном травмировании тканей в зоне воздействия с разрушением и аспирацией перикистозной паренхимы, что сводит к нулю вероятность оставления в этой зоне зародышевых элементов эхинококковой кисты.

Внедрение в хирургическую практику эхинококкоза легких современных технологий и ликвидации остаточной полости модифицированным способом позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,5% до 2,4% ($p=0,027$ по критерию χ^2) и рецидива заболевания с 9,3% до 1,4% ($p=0,031$ по критерию χ^2).

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Рахманова Ф.Э., Анарбоев С.А.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Введение. Эхинококкоз является наиболее частой причиной паразитарных кист печени во всем мире. Заболевание более распространено в сельской местности, где в непосредственной близости живут люди, собаки и крупный рогатый скот. Более чем в 70% случаев наблюдается объемное образование в брюшной полости. Боль в правом подреберье является наиболее распространенной жалобой у пациентов с симптомами. Острая, сильная боль в животе указывает на разрыв, билиарные осложнения или вторичную бактериальную инфекцию. Ультразвуковое исследование является лучшим диагностическим инструментом, поскольку с его помощью можно обнаружить кисты размером до 1 см в диаметре.

Цель: определить влияние альбендазола на жизнеспособность протосколексов и частоту рецидивов эхинококкового поражения печени.

Методы: Исследование проводилось в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета, в течение 4 лет с 2020 г. по 2023 г., с дальнейшим наблюдением в течение 5 лет. В исследование включено 86 случая в возрастной группе 17-66 лет. Пациенты были разделены на две группы по 43 человек в каждой. В группе сравнения больные были непосредственно оперированы, в то время как в основной группе больным назначали альбендазол в течение 12 недель до операции, с последующим послеоперационным курсом в течение 12 недель.

Полученные результаты: Среди пациентов, получавших терапию альбендазолом, ни у одного пациента не было жизнеспособных кист во время операции по сравнению с 93,1% пациентов, которые не получали альбендазол до операции ($P<0,01$). У пациентов, не получавших терапию альбендазолом, частота рецидивов составила 18,6%, в то время как у пациентов, получавших терапию альбендазолом, рецидивов не наблюдалось ($P\leq 0,05$).

Выводы: Предоперационное и послеоперационное применение альбендазола снижает жизнеспособность кист во время операции и значительно снижает вероятность рецидива кисты. Таким образом, мы делаем вывод, что альбендазол является эффективной вспомогательной терапией при эхинококковой кисте печени.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ РЕЦИДИВНОМ И УЗЛОВОМ ЗОБЕ IV – V СТЕПЕНИ

Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Рахманов К.Э., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В связи с увеличением количества радикальных операций на щитовидной железе таких как тиреоидэктомия и субтотальная резекция щитовидной железы по Драчинскому наблюдали увеличения частоты осложнений интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде. Интраоперационно наблюдалось повреждение трахеи и кровотечение из крупных сосудов, а в раннем послеоперационном периоде наблюдали транзиторный и стойкий гипопаратиреоз, а также повреждение возвратного гортанного нерва.

При рецидивном зобе, при увеличении щитовидной IV – V степени, а также диффузном токсическом зобе сопутствующим аутоиммунным тиреоидитом в патологический процесс вовлекаются и ткани расположенные вокруг щитовидной железы формируется единый конгломерат. Образуются спайки между железой, паращитовидной железой и нервов. Выделение паращитовидной железы от самой железы и визуализация возвратного гортанного нерва становится сложной задачей, а дополнительное интраоперационное кровотечение усложняет данную проблему еще больше. Для решения данной проблемы возникшие интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде с 2020 года нами была применена кавитационный ультразвуковой хирургический аспиратор (CUSA – cavitation ultrasound surgical aspirator) Sonoca 300 фирмы Soring (Германия).

Материалы и методы исследования. В основу работы ультразвукового диссектора-аспиратора положен принцип селективности ультразвука по отношению к паренхиматозной ткани. Под ультразвуковой диссекцией – аспирацией понимают разрушение ткани богатой жидкостью (паренхиматозная ткань) и ее удаление при помощи отсоса. Разрушение происходящее под действием кавитации подача жидкости и аспирация ткани происходят одно-

моментно, благодаря конструктивной особенности наконечника и аппарата. Ткани обедненные жидкостями (сосуды и нервы) не разрушаются под действием ультразвука.

Управляемый микропроцессором ультразвуковой генератор позволяет создать ультразвуковой сигнал частотой 25, 35 или 55 кГц, который преобразуется (пьезостриктивный принцип) в инструменте в механические колебания. Необходимое значение мощности ультразвука нужно устанавливать на фронтальной панели аппарата.

Результаты исследования. Благодаря ультразвуковому диссекции щитовидной железы операции проводятся с минимальной потерей крови за счет щадящего выделения N. laryngeus recurrens и сосудов, а также с минимальным повреждением здоровой ткани органа, сохранением функционально важных частей паращитовидной железы, все это способствует уменьшению длительности операции.

Заключение. Применение ультразвукового диссектора – аспиратора у больных с рецидивным и узловым зобе IV – V степени нивелировал риск развития интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений. У больных данной группы не было таких осложнений как кровотечение, повреждение трахеи, развитие гематом, стойкий паралич возвратного гортанного нерва а также стойкого гипопаратиреоза. А такие осложнения как транзиторного пареза гортанного нерва, транзиторного гипопаратиреоза и раневых осложнений удалось свести к минимуму.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А., Рахманов К.Э., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

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.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Ризаев Ж.А.¹, Курбаниязов З.Б.¹, Саидов З.Б.²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;

2 – Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Варикоцеле или варикозное расширение вен гроздевидного сплетения является довольно распространенным заболеванием, которое может приводить к морфофункциональным нарушениям тестикулярной ткани. По данным ВОЗ (1992), заболевание встречается в 36% мужской популяции. Частота варикоцеле у мальчиков в возрасте до 10 лет составляет 1%, в возрасте от 10 до 25 лет варьирует от 9 до 25,8%, средняя составляет 16,3%. В возрасте 50-80 лет частота возникновения варикоцеле увеличивается до 75-77,3%, таким образом, прибавляя в среднем по 10% каждые 10 лет жизни.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения варикоцеле путем совершенствования хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 376 больных с левосторонней варикоцеле, поступивших в хирургическое отделение многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета.

В зависимости от способа оперативного вмешательства были выделены 2 группы больных. В 2011-2016 гг. 181 (48,1%) больному произведены общепринятые оперативные вмешательства (операции Иванисевича или Поломо), которые составили группу сравнения.

С 2017 по 2024 гг. 195 (51,9%) больным произведены субингинальные селективные операции (антеградной эндоваскулярной склеротерапии ЛЯВ и операция Мармара), которые вошли в основную группу.

Для определения направления патологического кровотока, т.е. патологического рефлюкса крови проводили УЗИПГ с использованием пробы Тромбетта.

При выполнении варикоцелэктомии до 2016 г. пользовались исключительно традиционными общепринятыми способами, которые имеют ряд серьезных и общеизвестных недостатков – высокая травматичность вмешательства, повышенный риск послеоперационных раневых осложнений, неудовлетворительные косметические результаты, длительный период ранней реабилитации и высокая частота рецидива заболевания. Указанные обстоятельства побудили нас к поиску более щадящих, менее травматичных и в то же время удобных для оператора ангиохирургических вмешательств.

С 2017 года при хирургическом лечении варикоцеле в зависимости от клинического течения заболевания и гемодинамического типа каждому больному выбираем индивидуальный, дифференцированный подход. Так при реносперматическом I типе (120 – 61,5%) и смешанном типе с превалированием реносперматического рефлюкса (III A тип 19 – 9,7%) применяли антеградную ангиосклеротерапию левой тестикулярной вены (ЛТВ), при илеосперматическом II типе (42 – 21,5%) и смешанном типе с превалированием илеосперматического рефлюкса (III B тип 14 – 7,2%) варикоцелэктомия выполнено по Мармару.

Антеградная ангиосклеротерапия ЛТВ является малоинвазивным способом лечения варикоцеле, позволяющего значительно снизить вероятность возникновения послеоперационных осложнений и рецидива заболевания за счет патогенетически обоснованного полного прерывания патологического кровотока.

При этом для надежного предупреждения затекания склерозирующего вещества в почечную вену и его рефлюкса в вены гроздевидного сплетения в яичковую вену перед и после введения склерозирующего препарат вводится воздух.

Воздух введенный перед и после введения склерозирующего препарата закупоривая яичковую вену препятствует рефлюксу и затеканию склерозанта в вены гроздевидного сплетения и почечную вену.

Результаты исследования. Совершенствование выбора тактики хирургического лечения варикоцеле, техники выполнения хирургического вмешательства, снижение травматичности оперативного вмешательства и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 2011-2016 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 12,7 до 2,6%, т.е. почти в 5 раз.

Проанализированы отдаленные результаты у 229 (60,9%) из 376 оперированных больных по поводу варикоцеле. Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию. Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 12 лет.

Одним из главных показателей, характеризующих эффективность оперативного вмешательства при варикоцеле, является частота рецидивов заболевания. При изучении характера рецидива сопоставляли гемодинамический тип варикоцеле.

Из 229 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив варикоцеле отмечен у 20 (8,7%) больных, при этом в группе пациентов, оперированных в 2011-2016 гг., этот показатель достигал 17,1%. В последующем благодаря применению вышеперечисленных инноваций и мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось снизить в основной группе больных до 1,6%.

При ретроспективном анализе отдаленных результатов подавляющее большинство количество больных с рецидивами были II и III типа (7,4%).

Выводы. 1. Причиной рецидивов варикоцеле явились неучтенные во время первичной операции различные гемодинамические типы венозного оттока по внутренней семенной вене. Перспективой улучшения результатов хирургического лечения варикозного расширения вен семенного канатика является индивидуализация метода операции с учетом типа патологического рефлюкса;

2. Антеградная ангиосклеротерапия ЛТВ легче переносится больными по сравнению с традиционными выполняемыми операциями. Внедрение разработанного нами способа и алгоритма хирургического лечения варикоцеле демонстрирует меньшую частоту осложнений (2,6%) и рецидивов (1,6%) по сравнению с общепринятыми традиционными методами операций (осложнения – 12,7%, рецидив – 17,1%).

3. Антеградная ангиосклеротерапия ЛТВ – одна из наиболее простых и малотравматичных методов ликвидации варикоцеле. Данная операция является экономически выгодной, сокращает продолжительность пребывания больных в стационаре по сравнению с другими оперативными вмешательствами.

МЕЪДА ЎСМАЛАРИ БИЛАН ҚОН КЕТИШЛАРДА ГАСТРЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Рузибоев С.А., Ачилов М.Т., Элмурадов А.Н.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш. Ўзбекистон

Муаммонинг долзаблиги. Шунинг таъкидлаш керакки, шошилич хирургияда гастрэктомия тезликда ва айна пайтда мажбурий хирургик ёндашув бўлиб, тайёргарлик кўрилмаган беморларда асоратлар хавфи жуда юқорилиги тўғрисида, кўпчилик хирурглар жуда эҳтиёткор бўлишади. Ҳозирги вақтгача қизилўнғач-ичак ўртасида анастомоз қўйишнинг оптимал варианты ҳал этилмаган савол бўлиб қолмоқда. Мунозара моҳияти шундаки, ҚИА-ни герметиклигини янада ишончли усулларини излаб топиш бўлиб, бу нафақат қониқарли бўлиб қолмай, балки узоқ муддатли натижаларни ҳам бериши керак.

Тадқиқот мақсади – ошқозон саратонида ошқозондан актив қон кетиши бўлган беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва усуллар. Кейинги 10 йил Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали хирургия бўлимларида ва субфилиалларида 31 нафар беморларга ошқозондан актив қон кетиш ташхиси билан шошилич гастрэктомия операцияси ўтказилди. Уларнинг 15 нафари (48,4 фоизи) эркак ва 16 нафарини (51,6 фоизи) аёллар ташкил қилди. Беморларнинг ёши 39 ёшдан 67 ёшгача ташкил этди. Ошқозон яраларини аниқлаш учун биз Jopson таснифидан фойдаландик. Ошқозондан актив қон кетишига, 6 ҳолатда ошқозон субкардиал соҳасининг йирик каллэз яраси, 7 ҳолатда ошқозон танаси катта эгрилиги, 12 ҳолатда ошқозон пилороантрал соҳаси ярали-инфилтратив шаклдаги саратони, 6 ҳолатда кўндаланг чамбар ичак тутқичига ўсиб ўтган ошқозоннинг ярали-инфилтратив шаклдаги саратони сабаб бўлган. Қон кетиш ҳолатини эндоскопик Forest таснифи бўйича баҳолади, беморларнинг 15 (48,4%) тасида артериал қон кетиш (F1a) ва бир беморда иккита бир-бирига қараган гигант малигнизацияга учраган ошқозон ярасидан веноз қон кетиш (F1b) борлиги, 9 (29,1%) беморда (F1a), ва 6 (19,4%) беморда эса (F1b) аниқланди.

Натижалар ва унинг муҳокамаси. Ошқозондан кўп миқдорда актив қон кетган вақтда, 31 та бемордан 15 тасида шошилич операция ўтказилди. Барча беморларга комбинациялашган гастрэктомия ва лимфодиссекция Д2, операцияси бажарилиб, қизилўнғач – оч ичак анастомози М.И.Давыдов бўйича оч ичакдан сунъий резервуар шакллантирилиб икки хил модификацияда шакллантирилди. Қайд этиш жоизки, аденокарцинома ташхиси аниқланган ва онкология марказига ўтказишдан бош тортган 2 нафар беморларда кечиктирилган операция ўтказилган. Икки ҳолатда ошқозон саратонининг бошқа аъзога ўсиб ўтиши билан комбинациялашган гастрэктомия, кўндаланг чамбар ичак ва тутқичи билан резекцияси амалга оширилди. Операциядан кейинги даврда барча беморлар стандарт даволаш ўтказилди: сув-электролитлар ва кислота-ишқор мувозанатини тартибга солиш, донор қон компонентларини томир ичига юбориш, кенг қамровли антибактериал даволаш, шунингдек, бирга келадиган касалликларни коррекцияси ўтказилди. Назоеюнал зонд операциядан кейинги 8-9 кунлари олинди. Оғиз орқали овқатланиш (суюқликлар ичиш, озиқлантирувчи аралашмалар ва б.қ.) 9-10 кунларида рухсат этилди. Операциядан кейинги даврда 1 (3,2%) беморда қизилўнғач – оч ичак анастомози етишмовчилиги асорати кузатилиб, летал оқибат билан тугади. Шундай қилиб, ўсмалар ва яралар малигнизацияси натижасида ошқозондан актив қон кетиш асорати кузатилганда, кўрсатмага асосан шошилич равишда гастрэктомия операцияси бажарилиши мумкин.

Хулоса: Ошқозон саратонидан қон кетганда оператив тактика, ҳатто ўсимта қўшни органларга ўсиб ўтган бўлса ҳам, унинг манбасини радикал ёки паллиатив йўқ қилишга қаратилган бўлиши керак. Ошқозон саратонидан қон кетишида гастрэктомия барча замонавий онкологик тамойилларга, шу жумладан такомиллаштирилган техникага мувофиқ амалга оширилиши лозим.

ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА АЛЛОПЛАСТИКА УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Рузибоев С.А.¹, Садыков Р.А.², Аплабердиев Н.А.¹

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон;

2 - Акад.В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий амалий тиббиёт маркази ДМ, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади. Чов чурраси бор беморларда протез пластика усулининг тактик-техник жихатларини такомиллаштириш йўли билан хирургик даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва методлар. Тадқиқотнинг клиник қисмида чов чурраларида (ЧЧ) Лихтенштейн усулида пластика қилишнинг айрим тактик-техник жихатларини такомиллаштириш бўйича таклиф этилаётган усулнинг

бажарилишининг узига хос хусусиятлари тўлиқ ёритилган, ҳамда унинг самарадорлиги таҳлил қилинган. Тадқиқотда 151 нафар беморда чов чурраси пластикасининг натижалари баҳоланган. Барча беморлар эркак жинсига мансуб. Таққослаш учун 2 клиник гуруҳ шакллантирилган. Асосий гуруҳга 2023 йилдан 2024 йил апрель ойигача бўлган даврда юқорида тақлиф қилинган усулда герниопластика қилинган 73 нафар бемор киритилган, таққослаш гуруҳига 2021-2022 йилларда чов чурраси билан герниоластика қилинган, асосий гуруҳдаги беморлар билан асосий клиник мезонлар бўйича солиштирса бўладиган 78 нафар бемор киритилган, барча беморларда Лихтенштейн операцияси бажарилган. Чов чуррасини пластика қилишда иккала гуруҳ беморларда анъанавий протез сеткалар қўлланилган (Эсфил, Пролен). Иккала гуруҳда ҳам ёш жихатидан 60% дан кўп қисмини 50 ёшдан ошган эркаклар ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари: Асосий гуруҳдаги беморларга такомиллаштирилган Лихтенштейн усулида операция бажарилган бўлиб унинг фарқ қилувчи жиҳатлари: чурра халтаси очилиб бўшлиғидаги аъзо қорин бўшлиғига тўрилангандан кейин чурра дарвозаси соҳасидан чурра халтаси сақланган ҳолда ички томонидан кесилган чиқарилади, чурра халтаси билан уруғ тизимчаси «ўралиб» сетка протез (СП)да кесилиб ясалган тешик орқали чиқарилади ва тешикгача бўлган жой пролен 3/0 ипи билан тугунли чок билан тикилади, чурра халтаси қорин пардаси эркин қисми тешикдан 1,0-1,5 см масофада кесиб олинади, уруғ тизимчаси атрофида қолган қисми тешик атрофида периметр бўйлаб СП га манжетка кўринишида тикиб фиксация қилинади, СПни стандарт нуқталар бўйича фиксация қилингандан кейин устидан уруғ тизимчаси қўйилади, қорин ташқи қийшик мушаги апоневрози қирғоқларини тикиш ва уруғ тизимчаси учун чов канали ташқи тешигини шакллантиришдан олдин операцион жароҳат соҳаси 337 нм диапазонда доғ диаметри 3-5 мм 2 мВт кучанишдаги Матрикс 2 лазери билан 2-3 дақиқа мобайнида сканирловчи режимда нурланди.

Протез атрофида суюқлик тўпланиши аллопластикадан кейин кўп учрайдиган асорат ҳисобланади. Серома аниқланиш частотаси объектив текшириш усулларида (УТТ, КТ) 100% га етади. Кўпчилик ҳолларда серома ўзи сўрилиб кетади, баъзан қайта пункцияларни талаб қилади, инфицирланади ва беморнинг стационардаги муддати чўзилишига сабаб бўлади. Беморларда операциядан кейинги даврда невралгия умуман кузатилмади. Деярли барча беморлар 1-2 суткада фаоллаштирилди. Биз операция қилган беморларда операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Беморларга булимда мос антибактериал терапия қилинди. Жароҳатлар бирламчи битди. Операциядан кейинги даврда барча беморларга чандиққа қарши комплекс физиотерапия чора тадбирлари ўтказилди, комплексга қиради: эрта фаоллашатириш (операциядан кейинги 1-суткада), тўлқин узунлиги 998 нм, частотаси 80Гц, кучланиши 7Вт. булган Согдиана лазери билан импульсли режимда, 3 минут давомида 3-7 сутка нурланади. Беморлар қониқарли ахволда 3-4 суткада уйига жавоб берилди.

Хулоса: Шундай қилиб, чов чурраларида ишлаб чиқилган аллопластика усули уруғ тизимчаси ва сетка протез ўртасидаги контактни изоляция қилувчи, локал чандиқли ёпишиш шаклланишини олдини олувчи ва уруғ тизимчаси харакатчанлигини таъминловчи, шунингдек пластика вақтида ультрабинафша спектрли ва операциядан кейинги эрта даврда инфрақизил режимда жароҳат инфилтрациясини камайтирувчи, сўрилишини тезлаштирувчи, яллиғланишга қарши ва ярани битишини тезлаштирувчи фаолликка эга лазерли нурлаш қўлланилишини назарда тутди.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РАННИХ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Саидмуродов К.Б., Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А., Курбаниязов Б.З., Равшанов М.И., Мухиддинов Т.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Желчеистечение - одно из наиболее серьезных осложнений, возникающих после удаления желчного пузыря. Это осложнение следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно может быть следствием ятрогенного повреждения магистральных желчных протоков и быть опасным для жизни.

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения больных с желчеистечением в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 2432 больных, перенесших холецистэктомия в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета в период 2014 - 2023 г. В зависимости от способа оперативного вмешательства пациентов разделили на 3 группы. В 1 группу включили 943 больных, перенесших ЛХЭ; мужчин было 187 (19,8%), женщин 756 (80,2%). Во 2-ю группу вошло 1277 пациентов, перенесших МХЭ; мужчин было 204 (15,9%), женщин 1073 (84,1%). В 3-ю группу были включены 212 больных, перенесших ХЭ из широкого доступа; мужчин было 25 (11,8%), женщин 187 (88,2%). Средний возраст пациентов в группах составил 57,8± 12,2 года, соотношение мужчин и женщин – 1:8. Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечались у 52 (2,13%) больных.

Результаты и их обсуждение. В исследуемых группах были изучены частота и источники послеоперационного желчеистечения, а также характер и локализация повреждений МЖП. Для оценки послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006), для определения повреждений МЖП пользовались классификацией Э.И. Гальперина (2002). Учитывали не только суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, но и объем скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ. В 1 группе желчеистечение диагностировано у 22 (2,1%) больных, во второй группе у 18 (2,0%), в 3-й – у 12 (3,9%) пациентов. У 34 (65%) пациентов желчеистечение отмечалось после экстренных операций, у 18 (35%) – после плановых операций. Желчеистечение 1 степени (до 100мл/сут по дренажу брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря в периметре до 5 см при УЗИ) выявлено у 21 (33,68%) больных, 2 степени (100-500 мл/сут по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ) – у 19 (50,52%) пациентов, 3 степени (более 500 мл/сут по дренажу и свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости) – у 12 (15,78%) больных. Желчеистечение 1 степени в 5 (23,8%) случаях было обусловлено добавочным протоком ложа желчного пузыря, в 2 наблюдениях (9,52%) несостоятельностью культи пузырного протока, в 14 (66,6%) - источник желчеистечения не установлен. Источниками желчеистечения 2 степени в 10 (52,6%) случаях были дополнительные протоки ложа желчного пузыря, в 2 (10,5%) - ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение), в 3 (14,3%) - несостоятельность культи пузырного протока, в 2-х случаях выпал дренаж из культи пузырного протока. В 12 случаях желчеистечения 3 степени было обусловлено повреждением магистральных желчных протоков. При *истечении желчи 1 степени* по дренажу или отграниченных скоплениях жидкости в проекции ложа желчного пузыря не более 5 см по данным УЗИ, а также при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии симптомов раздражения брюшины и изменений в анализе крови у 16 больных придерживались тактики активного динамического наблюдения с обязательным ультразвуковым контролем. При *истечении желчи по дренажу 2 степени*, появление боли в животе, симптомов интоксикации и раздражения брюшины выполняли лапароскопию, при которой у 10 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. Во всех наблюдениях клипировали добавочные протоки 1-2 клипсами, санировали брюшную полость, к ложу пузыря устанавливали дренаж.

Заключение. Частота желчеистечения после холецистэктомии составляет 0,74% (после ТХЭ – 2,44%, после ЛХЭ – 1,08%, после МХЭ – 2,47%). Источниками послеоперационного желчеистечения в 54,72% наблюдений были «малые» повреждения желчных протоков и 25,26% случаях – повреждение магистральных желчных протоков. В 20,02% случаях источник не установлен. УЗИ является начальным методом диагностики послеоперационного желчеистечения. При желчеистечении 1 степени, отсутствии признаков раздражения брюшины и симптомов интоксикации необходимо придерживаться тактики активного динамического наблюдения. При желчеистечении 2-3 степени показано повторное вмешательство – лапароскопия, лапаротомия.

АНАЛИЗ КЛИНИКО - ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Саидов З.Б.¹, Ризаев Ж.А.², Курбаниязов З.Б.²

1 - Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

2 – Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В настоящий период лечебно-диагностическая тактика при варикоцеле относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современного здравоохранения. В этой связи возникает необходимость пересмотра критериев радикальности оперативного вмешательства при варикоцеле в зависимости от информативности неинвазивных методов медицинской визуализации, позволяющих на предоперационном этапе оценить особенности гемодинамические типы патологического венозного рефлюкса и выявить признаки агрессии заболевания, в связи с чем, особенно актуальной становится оптимизация алгоритма диагностики с целью выбора наиболее радикальной тактики хирургического лечения в каждом конкретном случае.

Материалы и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 188 больных с левосторонней варикоцеле, поступивших в хирургическое отделение Ташкентской городской клинической больницы №1 им. Ибн Сино. В зависимости от способа оперативного вмешательства были выделены 2 группы больных. В 2016-2018 гг. 91 (48,4%) больному произведены общепринятые оперативные вмешательства (операции Иванисевича или Паломо), которые составили группу сравнения. С 2019 по 2022 гг. 97 (51,6%) больным произведены субингвинальные селективные операции (антеградной эндоваскулярной склеротерапии левосторонней тестекулярной вены (ЛТВ) и операция Мармара), которые вошли в основную группу.

Результаты исследования. Для сравнения результатов хирургического лечения в исследуемых группах были рассчитаны все медицинские расходы, такие как: затраты на лабораторные исследования; затраты на методы лучевой и функциональной диагностики; пребывание в больнице (койко-день); стоимость лекарств; обеспечение

анестезии; операционные расходы; расходы на медикаменты и лечение осложнений в послеоперационном периоде.

Расширение показаний к эндоваскулярной склеротерапии ЛТВ и микрохирургическим операциям, отрицательно не сказались на продолжительности хирургического вмешательства. Напротив, этот показатель уменьшился. В 4 раза по сравнению с группой сравнения сократилась длительность стационарного лечения после операции – с $7,2 \pm 0,6$ до $1,9 \pm 0,3$ дня.

Выводы: Сравнительный анализ результатов различных способов хирургического лечения варикоцеле указывает на то, что при выборе операции необходимо учитывать гемодинамический тип рефлюкса.

Разработанный способ хирургического лечения варикоцеле АЭС ЛТВ – является экономически выгодной (медицинские расходы на 50,8% меньше, чем при использовании операции Иванисевича и на 50,0% меньше, чем при использовании операции Паломо), сокращает продолжительность пребывания больных в стационаре с $7,2 \pm 0,9$ до $2,1 \pm 0,4$ ($p < 0,001$).

Разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения варикоцеле, с учетом гемодинамического типа рефлюкса, а также инновационного способа операции позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,6% до 0,8% и рецидив заболевания 17,1% до 1,5%.

ЖИГАРНИНГ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИДА ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯНАДА ЯХШИЛАШ

Саидов И.К., Ўроков Ш.Т., Саидов Ш.И.

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти;

2 - Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро ш. Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Ҳозирги вақтда ўт тош касаллиги ва унинг асорати холедохолитиаз гепатобилиар тизим касалликлари таркибида етакчи ўринни эгаллайди. Ўт тош касаллиги ир холецистит ва ўт тошлари билан боғлиқ баъзи муаммоли ҳолатлар, масалан, умумий ўт йўлларига тегилиб қолган тошлари, холангит ва ўт тош касаллиги ир панкреатит, кундалик амалиётда кенг тарқалган касалликлардир. Сурункали жигар диффуз касалликлари ҳозирга вақтда кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, нафақат сурункали жигар дисфункциясининг ҳолатини, балки беморларда тизимли таъсирга ҳам эга. Сурункали жигар диффуз касалликлари билан касалланган одамларда бир нечта моиллик туғдирувчи омиллар, шу жумладан ўт суюқлиги таркибидаги ўт кислоталари ўзгаришлар, ўт суюқлиги нуклеациясининг ошиши, ўт пуфагининг ҳаракатчанлигини пасайиши, ўт тошларининг шаклланишига ва симптоматик холелитиазнинг пайдо бўлишига ёрдам беради. Бу эса уз навбатида жарроҳлик усулида даволашга учун кўрсатмалар сонини оширади. Ўт тош касаллиги учун ушбу мойиллик қилувчи омилларга қўшимча равишда, Сурункали жигар диффуз касалликлари билан боғлиқ тизимли ўзгаришлар ва маҳаллий анатомик оқибатлар, хусусан жигар циррози (ЖЦ) бўлган беморларда анестезиологик хавф, операция вақтининг чўзилиши, операциядан кейинги асоратларни келтириб чиқаради. Шунинг учун ЖЦ фонида, ўт тош касаллиги уткир тошли холецистит билан касалланган беморларда даволаш мураккаб вазифага айланди

Текшириш мақсади: Сурункали жигар диффуз касалликлари фонида ривожланган ўт тош касаллиги ир холециститнинг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: 2019-2022 йиллар давомида қабул қилинган 1180 бемор ўт тош касаллиги билан ёткизилган ва оператив даво ўт тош касаллиги азилган, шулардан 95(8%) беморларда ўт тош касаллиги нинг сурункали жигар диффуз касалликлари фонида ривожланган беморларда даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида режалаштирилган текшириш ва даволаш (консерватив ва хирургик) усуллари ишлатилди ва асосий гуруҳ сифатида қабул қилинди. I-назорат гуруҳига сурункали жигар диффуз касалликлари фонида ривожланган ўт тош касаллиги булган 82 та беморнинг жарроҳлик йўли билан даволанган касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил қилинди. Бунда сурункали жигар диффуз касалликлари фонида ривожланган интра ва операциядан кейинги асоратлар таҳлил қилинди. Ушбу гуруҳдаги беморлар стандарт консерватив терапия ва оператив традицион холецистэктомия ва лапараскопик холецистэктомия операциялари бажарилган. II-асосий гуруҳга 95 та беморларда юқорида кўрсатилган стандарт текшириш ва даво муолажаларига қўшимча равишда, кўрсатмаларга асосан МРПХГ, интраоперацион асоратлар олдини олиш мақсадида гепатопротекторлар ишлатилди, беморларнинг оғирлик даражасига қараб миниинвазив даволаш усуллари ва замонавий ультратовушли гармоник диссекторларидан фойдаланилди. Уларнинг натижалари ва кўрсатмалари қуйидаги кўрсатиб ўтилган.

Натижалар: Назорат гуруҳида деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит белгилари бўлган 6 бемор операциядан олдинги стандарт тайёргарликдан сўнг жарроҳлик муолажадан ўтди. Шуна 6 бемордан 4 та ҳолатда ЛХЭК, 2 та ҳолатда эса ТХЭК операциялари ўт тош касаллиги азилди. Перитонит ташхиси интраоперацион

тасдиқланди, бунда ўт пуфагида яллиғланиш белгиларининг яққол ривожланганлиги ва гепатодуоденал бойламдаги шишлар аниқланди. Операция протоколларига кўра, жигар паренхимасида макронодуляр ўзгаришлар (тугунлар 3 см дан ортиқ) ва портал гипертензия белгилари қайд этилган. Ўт тош касаллиги асоратларсиз ЖЦ фонида кечган, ривожланган 24(48%) бемор операция қилинди, шу жумладан ЛХЭК билан 18 (75%) бемор ва ТХЭК билан 6 (25%) бемор оператив аралашувлар бажарилган. Шунингдек, терининг сариқлиги бўлган 15 беморда ултратовуш текшируви холедохнинг кенгайганлигини ва унда ўт тошлари борлигини аниқлади, 5 та беморда холедох кенгайган булсада, жигар ичидаги ўт йўллари кенгаймаганлиги аниқланган. Беморларнинг ушбу гуруҳига ўт тош касаллиги, холедохолитиаз ва МС ташхиси қўйилган. Ушбу 15 беморнинг атиги 9(60%) ҳолатида операциядан олдин ЖЦ ташхиси қўйилган ва 6(40%) ҳолатда интраоператив ташхис қўйилган. Бу 15 беморларнинг, операциядан олдин фақат 5 ҳолатлар ўт тошлари ЭРПХГ, ЭПСТ ва ЛЭ амалга оширилди. Шу беморларда иккинчи босқич операцияси сифатида 10(66,6%) тасида ЛХЭК ва 5(33,4%) беморда шошилич ва кечиктирилган ТХЭК операциялари бажарилди. Иккала жарроҳлик усулида ҳам асоратлар кузатилган, булар ЎП тўшагидан ва гепатодуоденал соҳадан интраоперацион қон кетиш, операциядан кейинги яранинг йиринглаши, эвентерация, холемик қон кетишлар ва операциядан кейинги жигар етишмовчиликнинг ривожланиши шаклида қайд этилди.

Хулоса: Сурункали жигар диффуз касалликлари фонида ўт тош касаллиги ва унинг асоратлари (МС, чегараланган перитонит) ривожланган беморларда, операциядан олдинги комплекс тайёргарлик билан бир қаторда, ултратовуш назорати остида декомпрессия аралашувлари ёрдамида икки босқичли даволаш тактикасини кенг қўллаш зарур ва бу беморларга кечиктирилган тартибда операция қилиш имконини беради.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Саломова И.С., Каримова Н.Н., Каримов Д.Н.

Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан

Введение. Миома матки наиболее распространенное доброкачественное новообразование матки и встречается у 20-40% женщин репродуктивного возраста, при этом существенно снижает репродуктивную функцию женщин. Миома матки до сих пор лечится в основном хирургическим путем и является наиболее частой причиной гистерэктомии. Эмболизация маточной артерии - современной способ лечение миомы матки без хирургической операции. Эффект достигается за счет перекрытия кровотока в узлах миом с помощью специальных эмболов, которой вводится в артерии матки по тонкой трубочке (катетеру) через бедро.Препарат содержит мелкие шарики (эмболы) который прикрывает артерии миомы после чего она погибает в течение нескольких часов.При миоме ЭМА вызывает прекращение кровотока по ветвям маточных артерии кровоснабжающую миому. После прекращения кровоснабжения мышечные клетки формирующую миому гибнут. В течение нескольких недель происходит их замещение соединительной тканью. Затем в процессе рассасывания этой ткани происходит значительное уменьшение или исчезновение узлов.

Методы. В исследование включены 23 пациенток 29-45 лет с симптомом миомы матки, планирующие беременность и получавшие консервативное лечение и которым планировалось хирургическое лечение.

Результаты. По результатам исследования выявлено у 14 (60%) женщины в течение 7-9 дней наступила аменорея. После лечение отчетливо уменьшение анемии (легкой степени у 98 (46%) женщин, нормальный уровень гемоглобина у 106 (53%)). Среднее значение уменьшения размеров матки составило 30,7% (минимальное -8%, с 415 до 380 см³, максимальное -70%, с 1180 до 270 см³), ММ- на 25.8% (минимальное 12%, с 285 до 251 см³, максимальное 45%, с 849 до 327 см³) У 50% (23,1%) женщин размеры матки и миоматозных узлов не изменилось. 20 (92,3%) пациенткам была успешно произведена ЭМА, которым не пришлось удалить репродуктивный орган.

Заключение. Достижение аменореи у большинства пациенток можно считать важным терапевтическим эффектом для больных, страдающих аномальными маточными кровотечениями на фоне миомы матки и нуждающихся в отсроченном хирургическом лечении. Для оценки возможности назначения ЭМА с целью избежать хирургического лечения необходимо оценить долгосрочные результаты после проведения нескольких курсов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Салохиддинов Ж.С., Курбаниязов Б.З., Рахманов К.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Введение. В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения больных узловым зобом. Так, одни авторы утверждают, что определяющими в прогнозе возникновения рецидива узлового зоба являются гистологические изменения в щитовидной железе, другие считают основ-

ными факторами объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреодной терапии. Поэтому, представляет большой интерес определение влияния различных факторов на частоту возникновения рецидива узлового зоба на основании анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных узловым зобом и разработка алгоритма индивидуального прогноза для выявления возможного рецидива в отдаленном периоде.

Материал и методы. В исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета для оперативного лечения с 2016 по 2023 год. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы. Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации Николаева О.В. на основании УЗИ и пальпации щитовидной железы. У 71 больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 больных, узловой зоб – у 192, смешанный зоб – у 45. Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 больным с эу- и гипотиреодным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу. Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли щитовидной железы, их составило 190 пациентов.

Результаты и их обсуждения. В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет. После вызова больных мы провели полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреодного статуса с помощью ТТГ, тиреодных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных, легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6, средней степени тяжести гипотиреоз у 8, гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3). Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреодных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 больных. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных в течении от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом узлового зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не принимали тиреодные гормоны после операции.

Выводы. Морфологическая структура щитовидной железы также влияет на частоту развития рецидива токсического зоба. Наибольшая частота рецидива определено при фолликулярном коллоидном зобе с признаками гиперфункции - 24,2%. Рецидив заболевания зависел и от объема оперативного вмешательства. У больных, оперированных в объеме тиреоидэктомии рецидив заболевания отсутствовал.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИФFUЗНО – ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Салохиддинов Ж.С., Зайниев А.Ф., Рахманов К.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Введение. Одной из актуальных проблем современной эндокринной хирургии, является проблема подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом. Актуальность данной проблемы связана с множеством вопросов затрагивающих как выбор оперативного вмешательства, так и способы уменьшения послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. На современном этапе существуют две школы, придерживающиеся различных мнений в вопросе способа хирургического подхода к лечению данного контингента больных основывающегося на возможности оставления паренхимы щитовидной железы, либо ее полного удаления. Одна из школ предпочитает производство тотальной тиреоидэктомии у больных диффузно-токсическим зобом, другая же придерживается субтотальной тиреоидэктомии. Для выработки индивидуального подхода к хирургическому лечению больных диффузно-токсическим зобом мы решили условно разделить данный контингент больных на две группы и подвергнуть анализу две методики оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Нами в клинике СамМИ было прооперировано 37 больных диффузно-токсическим зобом. Первая группа включала 18 больных, которым была произведена субтотальная тиреоидэктомия. Вторую группу составляли 19 больных, которым была произведена тотальная тиреоидэктомия.

Подготовка больных к операции в обеих группах производилась по стандартной методике, включающей применение тиреостатиков, седативных препаратов, β -адреноблокаторов и за 2 недели до предполагаемого оперативного вмешательства производство дубления щитовидной железы путем дачи препаратов йода. Все больные шли на операцию в состоянии гипотиреоза.

Результаты и их обсуждения. Обе оперируемые группы были идентичны в отношении степени увеличения щитовидной железы и пола пациентов.

Методика субтотальной тиреоидэктомии не отличалась от общепринятой. Оперативное вмешательство заканчивалось сохранением около 8 граммов паренхимы щитовидной железы в области верхнего полюса левой доли железы. Проведенный как ближайшего, так и отдаленного анализа послеоперационных осложнений, у данной группы больных, показал, что рецидив диффузно-токсического зоба наблюдался в 2 (11,1%) случаях, гипотиреоз был зафиксирован также в 2 (11,1%) случаях. Транзиторный гипопаратиреоз наблюдался в одном случае.

Во второй группе больных при проведении тотальной тиреоидэктомии, при всей тщательности выполнения операции, все-таки оставалось от 2 до 3 граммов паренхимы щитовидной железы примыкающей к трахее. Анализ результатов показал, полное отсутствие рецидива диффузно-токсического зоба у данной группы больных, что касается гипотиреоза, то он был зафиксирован в 3 (15,7%) случаях. В 1 случае гипотиреоз был тяжелой степени и в 2 - средней тяжести. Кроме этого в 2 случаях в данной группе больных наблюдался транзиторный гипопаратиреоз. Данным больным была произведена медикаментозная коррекция гипотиреоза в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, мы пришли к заключению, что оставление 2-3 граммов паренхимы щитовидной железы, как в области трахеи, так и в других отделах ложа щитовидной железы в большинстве случаев замещает функцию всей щитовидной железы. Также нет большой необходимости при проведении тотальной тиреоидэктомии добиваться полного удаления всей паренхимы щитовидной железы, и существует возможность оставление от 2 до 3 граммов без опасения возникновения рецидива заболевания.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Сатторов Ж.Э.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на успехи в лечении больных с ишемией нижних конечностей (ИНК), эта проблема остается актуальной (3,16). У больных страдающих сахарным диабетом (СД), ИНК встречается примерно в пять раз чаще, а синдром диабетической стопы развивается у более 10% пациентов.

Цель исследования: усовершенствование 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, пролеченных в отделении гнойной хирургии Бухарского многопрофильного медицинского центра за период с 2017 по 2022 годы. Нами использовался метод стратифицированной рандомизации пациентов. В соответствии с задачами исследования, все больные условно разделены на 3 группы: (I – контрольная и II а, II б-основная). Среди больных отмечено преобладание мужчин (69,5%). Большинство больных находилось в возрасте от 38 до 83 лет. 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 (антибактериальная, терапия, антикоагулянты, местное лечение (мази на водорастворимой ПЭГ основе - офломелид), 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 (антибактериальная, терапия, антикоагулянты, местное лечение (мази на водорастворимой ПЭГ основе - офломелид), проводилась катетеризация бедренной артерии для длительных внутриаартериальных вливаний L-аргинина в течении 24-48 часов с помощью дозатора.

Результаты и их обсуждение: 91 пациентам, входящим в I контрольную группу, после выполнения основных принципов хирургического лечения и антибиотикотерапии с учетом чувствительности флоры, проводилось местное наложение повязок водорастворимой мазью на полиэтиленгликолевой основе (ПЭГ) (офломелид). Общее

состояние больных в большинстве случаев при поступлении было средней тяжести или тяжелым. Все они жаловались на общую слабость, недомогание, боли в области патологического процесса нижних конечностей, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$ – $40,2^{\circ}\text{C}$, сухость во рту, нарушение сна и отсутствие аппетита. Из местных симптомов отмечались умеренная или выраженная гиперемия кожи вокруг патологического процесса на стопе и отечность тканей. Пальпаторно определялась болезненная инфильтрация, стопа на ощупь во всех без исключения случаев была гипотермичной, пульсация на артериях стопы была резко ослабленной или вовсе не определялась. Большинство больных поступили к нам в сроки от 3 до 21 суток после начала заболевания и I фазе раневого течения. Применение внутриартериальных вливаний L-аргинина в комплексном лечении больных гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета и ИНК способствовало полному очищению раны от инфекции уже на 4-5 сутки лечения. К этим срокам наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг раны, грануляции начали появляться к 7-8 м суткам лечения, а эпителизация началась к 10-11 м суткам. Исследования выявили достоверное опережение этих показателей во IIб группе на 4-5 суток, по сравнению с I и IIа группей. При этом средняя продолжительность лечения уменьшилась с $21,5\pm 2,5$ до $11,5\pm 1,5$ койко-дней. Применении в комплексном лечении внутриартериальных вливаний L-аргинина у больных основной IIб группы привело к резкому уменьшению количества случаев прогрессирования патологического процесса и ишемии, что наблюдалось лишь у 9 (10,2%) пациентов в то время когда в контрольной I группе и IIа группе они были на порядок выше и составляли 28 (30,7%), 16 (17,2%) соответственно, при котором была выполнена высокая ампутация нижней конечности на уровне верхней трети голени и бедра. Несмотря на проведение комплекса лечебных мероприятий летальность у больных контрольной группы составила 13,18%, у IIа группе 9 (9,67%), в то время когда у больных основной группы отмечалось резкое снижение количества летальности что составило 4 (4,54%) от общего количества пролеченных пациентов.

Выводы. 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

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Сафаров С.С., Хамдамов Б.З.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени путем определения роли и места иммунопатогенетических аспектов в прогнозировании и профилактике гнойно-септических осложнений при данном заболевании.

Материал и методы. Работа состоит из клинической и экспериментальной части. Клинический материал состоит из 594 больных с гидатидозным эхинококкозом печени (контрольная – 298 больных и основная – 296 больных), находившихся на лечении и обследовании в Бухарской областной многопрофильной клинике с 2010 по 2023 годы. Экспериментальные исследования проведены на беспородистых кроликах, находившиеся в условиях вивария центральной научно-исследовательской лаборатории Бухарского государственного медицинского института. Всего было использовано 45 животных весом 1,5-2,0 килограмма, обоего пола, без внешних признаков заболевания.

В исследование были включены больные, отвечающие следующим критериям: Письменное согласие пациента на проведение исследования, возраст пациента должен быть не младше 18 лет и не старше 75 лет, из исследования были исключены больные, которые соответствовали следующим критериям: наличие у больного тяжелого сопутствующего (соматического) заболевания в острой фазе его развития, возраст пациента младше 18 лет или старше 75 лет.

В работе использованы клинические, иммунологические, биохимические, морфологические, ультразвуковые, рентгенологические, аналитические и статические методы исследования.

Результаты исследования. Анализ результатов исследований показал, что несмотря на применение современных методов диагностики и лечения гидатидозного эхинококкоза печени, проведенный ретроспективный анализ непосредственных результатов лечения больных контрольной группы показал сохраняющиеся, к сожалению, высокие значения неудовлетворительных результатов и летальности (14,8% и 1% соответственно). В отдаленный период у 10,4% больных был выявлен рецидив заболевания, а у 7,4% - наличие резидуальных кист. В отдаленный период после операции умерло еще 6 больных в результате развития послеоперационных осложнений. Анализ изменения клинико-лабораторных, биохимических и первичных иммунологических показателей крови у больных с эхинококкозом печени позволяет сделать заключение об активации гомеостатических процессов, не последнюю роль при которых, отводится и к первичным иммунологическим показателям. Однако эти данные не могут

отразить всей полноты механизма преобразования иммунологической ответной реакции, в связи с чем в повседневной клинической практике они выпадают из поля зрения клиницистов. Требуется целевое исследование соотносительности Т-лимфоцитов, цитокинов и хемокинов, которые в совокупности могут отразить этапность происходящих сложных иммунологических реакций организма в ответ как на инвазию паразита, так и развитию его гнойно-септических осложнений.

Воспроизведение экспериментальной модели гидатидозного эхинококкоза печени приводит к дифференцированной экспрессии субпопуляций Т-лимфоцитов, преобразуя защитную реакцию организма в своеобразный иммунный ответ, который характеризовался активностью Т-клеток для организации процесса и формирования защитного слоя. Однако данная ответная реакция организма под действием вторичной, неспецифической бактериальной инфекции изменяла свой характер иммунного следа. Показатели гуморального иммунитета в большей степени характеризовались низкой корреляционной связью в динамике усугубления патологического процесса, что было отражено в большей степени по отношению к хемокинам CCL17 и CCL18, а также CCL13 и CCL17. Основную определяющую роль ответной реакции организма, в данном случае, берут на себя цитокины.

Применение разработанных методов прогнозирования и профилактики гнойно-септических осложнений гидатидозного эхинококкоза печени, основанный на выявлении степени иммунологической супрессивности и применение таргетных способов ее коррекции, позволило существенно улучшить результаты лечения в отдаленном периоде в 2,1 раза и повысить качество жизни пациентов с достижением хороших результатов к концу проводимого исследования до 99,7%.

Выводы:

1. Соотносительность показателей клеточного и гуморального иммунитета позволяет выделить 3 фазы развития иммунологической супрессивности при гидатидозном эхинококкозе печени (не компетентностный иммунный ответ организма). Первая фаза характеризуется (компенсированная) характеризуется достоверными изменениями цитокинов IFN- γ и IL-9, которые служат маркерами иммуносупрессивного состояния, создающие условия для инвазии и роста паразита в печени. Вторая фаза (субкомпенсированная) характеризуется снижением корреляционных значений цитокинов IL-8 и IL-10, а также активности Т-клеток, что свидетельствует о прогрессировании заболевания. Третья фаза (декомпенсированная) характеризуется преобладанием роста активности Т-клеток, усиливающих продукцию цитокинов за счет лимфоцитов и других клеток, играющие ключевую роль при гнойно-септическом процессе.

2. Перевод иммунологической реакции организма на Th1 клеточный тип ответной реакции должен лежать в приоритете коррекции происходящих нарушений. При этом ключевая роль в развитии этой реакции играет степень выработки иммуноглобулина G, которые воздействия с антигенами мембраны эхинококкоза, запускают ответную реакцию организма по определенному типу клеточно-гуморального механизма. В то же время, при наличии гнойно-септических осложнений, в условиях, когда очаг деструкции сохраняется, все проводимы мероприятия, направленные на детоксикацию и коррекцию выявленных иммунных нарушений можно считать сведенными на нет в связи с их низкой эффективностью.

3. Применение разработанных клинико-иммунологических методов прогнозирования и профилактики гнойно-септических осложнений эхинококкоза печени, позволило сократить их частоту возникновения с 28,2% до 10,1%. По сравнению с контрольной группой больных, было достигнуто увеличение количества больных с хорошими и удовлетворительными результатами лечения в целом на 7,2%, а количество больных с неудовлетворительными результатами лечения и летальностью было уменьшено в 1,8 и в 3 раза соответственно.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сигуа Б.В., Клеймюк С.В., Бакалкина Е.М.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: сегодня термин «искусственный интеллект» (ИИ) прочно вошел в наш обиход. Суть его заключается в том, что ИИ - это машины, функционирующие «определенным образом», с возможностью «предвидения». На примерах использования ИИ в медицине и в хирургии, в частности, мы хотели бы подчеркнуть важность дальнейшего развития подобных технологий.

Методы: систематический поиск литературы проведен по базам данных журналов «PubMed», «eLibrary», «Artificial Intelligence Surgery» по ключевым словам: «искусственный интеллект», «хирургия», «хирургические роботы». Интервал поиска - 2015–2023 г. Результаты: благодаря методике компьютерного зрения, с высокой точностью можно дифференцировать ткани цитовидной и паразитовидных желез во время тиреоидэктомии, прогнозировать оставшееся время операции, используя записи лапароскопической резекции желудка в бариатрической хирургии. Уже сегодня технологии дополненной реальности позволяют моделировать операций в режиме онлайн с помощью очков или шлемов, например, навигационная система VOKA.io. Нейронные сети являются помощником в диагностической практике, показывая высокие результаты в быстрой и верной оценке

патологических изменений поджелудочной железы по результатам изображений КТ. Но, безусловно, главное в лечении хирургического больного – это оперативное лечение. Олицетворение ИИ в хирургической практике – это хирургические роботы, начиная от пассивных роботов, управляющихся вручную (стереотаксическая навигационная система в нейрохирургии RONNA (Robotic Neuronavigation) до активных роботов, обладающих полной автономией (ROBODOC - система для проведения операций на суставе или CyberKnife - единственное полностью роботизированное устройство для лучевой терапии), а также роботы для обучения специалистов, улучшения хирургических навыков (тренажер виртуальной реальности - симулятор at dV-Trainer).

Выводы: но при этом все же хотелось бы отметить, что искусственный интеллект - это всего лишь инструмент, хоть и высокоточный, и конечное решение должно все же оставаться за человеком. Его цель состоит не в том, чтобы заменить врача, а служить ему помощником.

ПОИСК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПУТЕЙ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ХОЛЕДОХА

Сигуа Б.В.¹, Тимофеева Е.Г.¹, Малашичева А.Б.²

1 - Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

2 - Институт цитологии Российской академии наук, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. Повреждения общего желчного протока при холецистэктомии наблюдаются в 0,1-3% случаях. Отсутствие единой хирургической тактики лечения таких пациентов, снижение качества жизни после реконструкции создают предпосылки для поиска альтернативных вариантов лечения, а именно технологий с использованием тканеинженерных конструкций.

Цель. Формирование направлений создания экспериментальной модели искусственного холедоха.

Материалы и методы. Одним из перспективных направлений реконструктивной и восстановительной хирургии жёлчевыводящей системы является создание искусственного холедоха с помощью тканеинженерных технологий. В основе искусственного холедоха лежит структура, состоящая из двух слоев: эпителий и твёрдый матрикс, выполняющий каркасную и питательную функции. В качестве источников холангиоцитов рассматривают эмбриональные и индуцированные плюрипотентные стволовые клетки. Наиболее перспективное направление - тканеспецифичные клетки-предшественники для создания искусственных органоидов. В структуре органоида клетки-предшественники способны дифференцироваться в холангиоциты и поддерживать специфический фенотип *in vitro*. Полученные клетки несут маркеры холангиоцитов (KRT-7/19, EPCAM, SOX-9, LGR-5) и способны к активной пролиферации. Еще одним источником материала внутренней выстилки могут служить эпителиальные клетки двенадцатиперстной кишки, которые соответствуют физико-химическим свойствам желчи и могут обеспечить физиологичный пассаж. В основу внешнего слоя «искусственного» холедоха, выполняющего каркасную и питательную функции, перспективно рассматривать биodeградируемые материалы с наиболее индифферентным составом. Таким материалом может служить полилактид, поли-L-лактид, полигликолид, поликапролактон, полидиоксанон, полигидроксibuтират, коллаген, недецеллюляризованный амнион, денатурированный холедох или вена. Сроки биodeградации и замещения нативными тканями варьируют от 3 до 6 месяцев.

Заключение. Достижения тканеинженерного направления исследований могут стать основой реконструктивной и восстановительной хирургии желчевыводящей системы, при этом сформировав наиболее физиологичные протезирующие технологии.

ПОЛНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ. ОПЕРИРОВАТЬ ИЛИ НЕТ?

Сигуа Б.В., Цельковская О.Б., Арутюнян К.В.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Рак пищевода является одним из злокачественных заболеваний с высокой агрессивностью и смертностью ввиду раннего метастазирования, быстрого распространения опухоли на окружающие ткани, обеспечивающееся во многом за счет анатомических особенностей, а также поздней диагностики. Мировым стандартом лечения местно-распространенных форм является сочетание химиолучевой терапии и хирургического вмешательства, при этом консервативные методы позволяют добиться почти в трети случаях полного патоморфоза опухоли, что делает вопрос о дальнейшем оперативном лечении дискуссионным.

Методы. Нами были изучены и проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы по темам «рак пищевода», «хирургия пищевода», «химиолучевая терапия».

Результаты. Лечение рака пищевода, несмотря на общемировой прогресс в лечении онкологических заболеваний, остается спорным и по сей день. Наиболее спорным является лечение местно-распространенных форм рака пищевода. И если еще много лет назад хирургическое лечение стояло на первом месте, то с течением времени при достижении накопленного опыта и проведенных клинических исследований сформировался иной подход к злокачественным опухолям пищевода. Особенно актуальным стало по отношению к опухолям, которые в полном объеме реагируют на проведение химиолучевой терапии. Так, во многих исследованиях утверждается, что при достижении клинического патоморфоза радикальная операция не требуется. Тем не менее, другие исследования говорят о том, что отсутствие хирургического лечения не позволяет добиться адекватного местного контроля опухоли, так как вероятность локорегиональных рецидивов при применении только химиолучевой терапии не в полной мере удовлетворяет онкологическим результатам.

Заключение. Предоперационная химиолучевая терапия позволила добиться не только увеличения количества радикально выполненных операций, но и в некоторых случаях достичь полного патоморфологического ответа, что в свою очередь улучшило прогноз у онкологических больных. Однако, лечение местно-распространенных форм рака пищевода, в том числе и при достижении патоморфоза, не может не включать в себя хирургический этап, так как он позволяет достичь лучший контроль над местным рецидивом опухоли и, тем самым, улучшить онкологические результаты.

ОСТРАЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ТОНКОЙ КИШКИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРУЮ ПРОБЛЕМУ

Сингаевский А.Б.¹, Азаян А.А.², Мосийчук О.М.¹, Несвит Е.М.³

1 - СПб ГБУЗ «Городская больница №15»;

2 - ГБУЗ ЛО «Токсовская МБ»;

3 - СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность темы: в настоящее время отсутствуют общепринятые клинические рекомендации по ведению пациентов с острыми послеоперационными перфоративными язвами тонкой кишки (ОППЯТК), диагностике на фоне общего тяжелого состояния больного, медикаментозному сопровождению, выбору оптимального объема оперативного вмешательства, а также нет четкого понимания механизмов возникновения и методов профилактики ОППЯТК. За последние десятилетия отмечается значительный рост количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Вместе с этим возросло и число послеоперационных осложнений, одним из которых является развитие ОППЯТК. Данное осложнение встречается относительно редко, но сопровождается высокой летальностью.

Материалы и методы: Проведен анализ хирургической тактики и исходов лечения 82 пациентов возрастом от 34 до 90 лет с развитием ОППЯТК после планового и экстренного оперативного вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Больные проходили лечение в хирургических отделениях больницы им. Петра Великого ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» и ГБУЗ ЛО «Токсовская МБ» в период с 2012 по 2023 г.

Полученные результаты: Анализ результатов показал достоверное увеличение частоты возникновения ОППЯТК с 0,08% до 0,6%. В исследуемой группе преобладали женщины (61,2%). В 70,2% случаев госпитализация имела неотложный характер. У мужчин выявлена прямая связь увеличения частоты развития данного осложнения с увеличением возраста. При этом у женщин данная связь обратная. Во всех случаях перфоративная язва располагалась по противобрыжечному краю. Наиболее частой локализацией перфорации (48,4%) был участок от 10 см до 150 см от связки Трейца. В 54,8% случаев ОППЯТК возникали не как первое осложнение послеоперационного периода, а были выявлены как находка при повторной релапаротомии, при том что первая была выполнена по поводу другого осложнения. Типичным для ОППЯТК является развитие множественных (до 6 одновременно) и повторных перфораций, что требует многократных релапаротомий (до 13 у одного больного).

Обсуждение: проведенный анализ показал высокую летальность при развитии ОППЯТК (42,9%-100%) у разных групп пациентов, в том числе оперированных и в плановом порядке (72,7%). Исход госпитализации закономерно зависит от неотложного характера госпитализации, количества релапаротомий, возраста пациента и сопутствующей патологии.

Выводы и рекомендации: ОППЯТК являются редким, но опасным осложнением. В послеоперационном периоде нужно проводить полный комплекс диагностических и лабораторных мероприятий. КТ ОБП на данном этапе является наиболее информативным диагностическим методом. Следует учитывать, что такие признаки, как наличие свободного газа по данным рентгенологических методов исследования, поступление кишечного содержимого по дренажам и через рану, развитие перитонеальной симптоматики возникают не во всех случаях, что в значительной мере осложняет дифференциальную диагностику. Окончательным методом диагностики является релапарото-

мия. Хирургической тактикой выбора при развитии ОППЯТК стоит считать ушивание язвы двухрядным швом, а при рецидиве – резекция.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Соловьев И.А., Оглоблин А.Л., Лучинина Д.В.

ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Острая мезентериальная ишемия - группа заболеваний, характеризующихся острым нарушением артериального и венозного кровоснабжения кишечника. Несвоевременная диагностика и тактика лечения приводят к высокой летальности 70-90% случаев, что делает работу актуальной.

Материалы. Ретроспективно проведен анализ лечения 167 больных за 2018-2023 гг.: мужчин-64, женщин-103, среднего возраста $76,2 \pm 8,9$ лет. Алгоритм диагностики включал: лабораторную диагностику, обзорную рентгенограмму и УЗИ живота, КТ, диагностическую/лечебную прямую аортomezентерикоангиографию, диагностическую лапароскопию. Оклюзия верхней брыжеечной артерии диагностирована в 85 (51%), нижней брыжеечной артерии в 30 (18%), в двух бассейнах в 35 (21%) случаях; у 17 (10%) пациентов - венозный тромбоз; 46 (28%) больным определена стадия ишемии кишки, 37 (22%) - стадия инфаркта кишки, 84 (50%) - перитонит. Хирургическое лечение выполнено 127 (76%) из 167 больных: открытая операция произведена 98 (77%) пациентам, рентгенэндоваскулярное лечение – 14 (11%), 15 (12%) - эксплоративная лапароскопия. Инкурабельными больными признаны 70 (42%) человек, из них у 35 (21%) была проведена эксплоративная операция. Сугубо консервативное лечение, получили 5 больных с венозным тромбозом.

Результат. Внедренное в практику диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных методик с лапароскопической оценкой жизнеспособности кишки позволило своевременно восстановить кровообращение в кишке, снизить процент открытых операций и летальность (всего в 5 случаях потребовалась открытая операция). При некрозе кишки хирургическая техника обструктивной резекции пораженного участка в комбинации с методикой «second look operation» в сравнении с пациентами, которым был сформирован первичный анастомоз, позволила снизить несостоятельность анастомозов с 22 до 4% (способ применялся до 2021 г). С выздоровлением выписано 45 (27%) пациентов, летальность составила 122 (73%) человека.

Заключение. Последовательное выполнение диагностического алгоритма, уменьшило время с момента госпитализации до проведения инвазивного лечения (среднее время 1 ± 8 часа). Эндоваскулярные методики (в срок 6-12 часов от начала заболевания) снизили количество открытых операций и объем проводимой резекции кишки. Диагностическая лапароскопия позволила сократить количество лапаротомий и дифференцировать ишемию от инфаркта кишки как при артериальном, так и при венозном нарушении кровообращения.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ БИПОЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОЭНУКЛЕАЦИЯ ДГПЖ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТУР

Степаненко Г.А.

НАО «МУК», г. Караганда, Казахстан

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретральной железистой зоны предстательной железы, приводящего к обструкции нижних мочевыводящих путей и нарушению качества мочеиспускания. ДГПЖ – состояние, неразрывно связанное со старением, оно часто встречается у пожилых мужчин и может проявляться в возрасте уже после 40 лет. При аутопсиях у мужчин моложе 40 лет ДГПЖ встречается крайне редко, достигая 88% после 80 лет. Пальпируемое увеличение ПЖ выявляют у 20% мужчин 60-70 лет и у 43% в возрасте 80-90 лет. В настоящее время виды операций при ДГПЖ разделены на пять частей: 1) резекция; 2) энуклеация; 3) вапоризация; 4) альтернативные методы абляции; 5) неаблативные методики.

Цель исследования. оценить безопасность и эффективность трансуретральной биполярной электроэнуклеации ДГПЖ.

Материалы и методы. С 2019 по 2023 год на базе многопрофильной больницы №1 города Караганды проведено 127 операций по поводу ДГПЖ методом биполярной электроэнуклеации. Объем предстательной железы составлял от 60 до 220 см³. Всем больным операция проводилась под спинномозговой анестезией. Средняя продолжительность операции 90 мин. Операция заканчивалась установкой в мочевого пузырь 3-х ходового уретрального катетера Фолея на срок от 1 суток до 3-х дней, система орошения прекращалась не следующий день после оперативного вмешательства, после чего пациент активизировался.

Результаты. Все больные операцию перенесли удовлетворительно. В послеоперационном периоде больные получали обезболивающую и антибактериальную терапии. Среднее время пребывания в стационаре составило 5,5 суток. Ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. В позднем послеоперационном периоде (через 1 месяц после операции) у двух пациентов развилось внутривульварное кровотечение, у одного – острый орхоэпидидимит, через 6 месяцев у одного пациента сформировался склероз шейки мочевого пузыря.

Заключение: Трансуретральная биполярная электроэнуклеация ДГПЖ наиболее радикальный и «анатомический» метод удаления гиперплазированной ткани предстательной железы в сравнении с ТУР; Выполнима и эффективна при любом размере гиперплазированной ткани предстательной железы; В настоящее время ТУЭП занимает одно из ведущих мест в лечении ДГПЖ больших размеров являясь аналогом как открыто, так и лапароскопической аденомэктомии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Сулайманов С.У.¹, Бобомурадова И.А.², Равшанов М.И.¹, Мухиддинов Т.Ж.¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

2 - Иштиханский медицинский колледж, Самаркандская область, Узбекистан

Актуальность. Синдром Мириззи (СМ) является одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), возникающим вследствие острой или хронической фиксации желчного конкремента в шейке желчного пузыря с нарушением проходимости гепатикохоледоха и формированием билиобилиарных или билиодигестивных свищей. СМ встречается у 0,2 – 5,7% больных ЖКБ.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с синдромом Мириззи путем оптимизации хирургической тактики в зависимости от его типа.

Материал и методы. При ретроспективном исследовании, проведенном в хирургическом отделении 1-й клиники СамГосМИ в 2011-2023 гг., СМ диагностирован у 72 (2,3%) из 3160 пациентов с желчнокаменной болезнью.

Больные ретроспективно, включая данные протоколов операций, были разделены на 4 группы в зависимости от степени изменения ОЖП (А. Csendes et al., 1989) [5]: I тип вколоченный в шейку ЖП или в пузырьный проток камень, сдавливающий ОПП или ОЖП 45 больных; II тип между шейкой ЖП и ОПП или ОЖП имеется свищ, занимающий менее одной трети окружности протоков, 14 больных; III тип свищ занимает две трети окружности 8 больных; IV тип стенка ОПП или ОЖП полностью разрушена 5 больных. При подозрении на СМ во время операции, наличии инфильтрата в области шейки ЖП и отсутствии пузырьного протока холецистэктомию начинали от дна. Вскрывали просвет ЖП, удаляли камни и, используя методику Прибрама, осуществляли доступ к шейке ЖП. Прошив в проекции пузырьной артерии стенку ЖП, последний отсекали на уровне его шейки и далее производили ревизию пузырно-холедохеального соединения, чтобы уберечь от повреждения стенку протока. При I типе СМ старались произвести удаление ЖП. При II типе ЖП удаляли, отверстие в стенке протока ушивали отдельными узловыми швами (пролен 5/0 на атравматической игле) или производили пластику протока стенкой шейки ЖП. Во всех случаях предварительно удаляли камни и в ОЖП вводили дренаж Керадистальнее ушитого свищевого отверстия. При III и IV типах СМ сначала вскрывали ОЖП, удаляли камни и только после тщательной оценки ситуации решали вопрос о характере пластики свищевого отверстия, то есть дефекта стенки ОПП или ОЖП. Для пластики использовали стенку шейки ЖП или ушивали шейку, закрывая, таким образом, холецисто-холедохеальный свищ. Дренаж Кера вводили дистальнее свищевого отверстия или через ушитую шейку ЖП и свищевое отверстие в протоке (3). У больных с выраженным разрушением ОПП (IV тип СМ), а также при ятрогенном пересечении ОПП выполняли гепатикоюностомию (6). Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Результаты исследования. При I типе СМ касательная травма ОПП произошла у 4 (у 2 – при лапароскопической холецистэктомию, у 2 – при холецистэктомию из минидоступа). У этих больных при УЗИ ОЖП не был расширен, поэтому МРПХГ не выполнялась. Ни в одном из этих случаев СМ не был диагностирован ни до операции, ни до удаления желчного пузыря. У 19 из 20 больных со II и III типами СМ были пузырно-холедохеальный свищ и холедохолитиаз с достоверным расширением ОЖП до $1,5 \pm 0,14$ см ($p < 0,05$) и возросшей до $107,6 \pm 17,7$ ммоль/л билирубинемией. СМ был заподозрен во время операции у 5 больных. Однако наличие плотного инфильтрата в области шейки ЖП заставило хирурга произвести холецистэктомию «от дна» с использованием метода Прибрама у 11 больных, при этом поврежденный проток не было. Однако у 2 больных обнаружение бокового дефекта в стенке ОЖП после холецистэктомию было расценено хирургом как ятрогенная травма. На самом же деле, вероятно, произошло разобщение пузырно-холедохеального свища. У всех 5 больных с СМ IV типа имелась механическая желтуха (уровень общего билирубина сыворотки крови был равен $137,7 \pm 33,8$ ммоль/л). Диаметр ОЖП по данным УЗИ составил $1,2 \pm 0,07$ см при значительном расширении внутривенечных желчных протоков и наличии сморщенного желчного пузыря (у 4 из 5). У 2 из них в результате УЗИ диагностирована опухоль Клатскина, которая была исключена при

МРПХГ. У 4 больных на операции расширенная часть ОЖП была принята за продолжение сморщенного ЖП, а узкая – за пузырный проток. В результате ОЖП был иссечен вместе с ЖП. При повреждении протоков у больных с СМ I типа применяли следующие операции: 2 больным с небольшим боковым касательным ранением ОЖП на дефект стенки было наложено несколько узловых швов, операцию завершили наружным дренированием протока по Керу (1) или по Вишневному (1). 2 другим произвели гепатикоюностомию с выключенной по Ру петлей тощей кишки. При II и III типах СМ поврежденных протоков не было. Из 5 больных с СМ IV типа ОПП был иссечен у 4. Операции завершены гепатикоюностомией.

Заключение. При подозрении на СМ лучшие результаты дает удаление ЖП “от дна” с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию “изнутри” шейки ЖП. При этом в зависимости от типа СМ могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стенок шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах). После удаления камней следует оставлять Т-образный дренаж, введенный дистальнее свищевого отверстия. Наконец, при IV типе СМ, особенно при широком ОПП, следует закончить операцию гепатикоюностомией. Основные положения такой тактики поддерживают в своих исследованиях L.W. Johnson и соавт, а также O.J. Shah и соавт.

ТОТАЛЬНАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА (TOTAL EXTRAPERITONEAL PLASTIC – TER) ПАХОВЫХ И БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Тарасов Е.Е., Нишневич Е.В., Багин В.А.

ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40», г. Екатеринбург, Россия.

Введение. Эндоскопические методики грыжесечения чаще всего выполняются под общей анестезией с миорелаксацией. В литературе имеются работы, которые демонстрируют, что TER может быть выполнена в условиях регионарной анестезии: эпидуральной или спинальной. Авторы склоняются к выводу, что сочетание эпидуральной анестезии и TER у пациентов с высоким анестезиологическим риском, может в будущем стать альтернативой операции Лихтенштейна. Среди хирургических пациентов не малую долю занимают больные с коагулопатией. В связи с высоким риском развития постпункционной спинальной гематомы применение регионарной анестезии противопоказано. В связи с этим возникает вопрос о возможности применения TER под местной анестезией. В литературе имеются немногочисленные публикации о применении эндоскопических пластик паховых грыж под местной анестезией.

Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов с паховыми и бедренными грыжами, с высоким операционно-анестезиологическим риском и коагулопатией, оперированных под местной анестезией с применением тотальной экстраперитонеальной пластики.

Материал и методы. Всех пациентов оперировали по следующей методике. Для доступа использовали поперечный разрез кожи 2см ниже пупка после инфильтративной анестезии кожи и ПЖК лидокаином 1%. Апоневроз рассекался также в поперечном направлении. После отведения прямой мышцы живота крючками выполняли диссекцию прямой мышцы от заднего листка апоневроза. В созданное пространство вводили баллон диссектор и производили пневмодиссекцию предбрюшинного пространства. После диссекции в созданное пространство устанавливали два рабочих 5мм троакара по разработанной нами методике. Троакар Хассона устанавливали в разрез под пупком. Производили инсуффляцию углекислого газа в предбрюшинное пространство под давлением 10-12 мм.рт.ст. Производили аппликационную анестезию 1% лидокаином брюшины и предбрюшинной клетчатки. Для инструментальной диссекции и выделения грыжевого мешка использовали биполярную коагуляцию и мягкий зажим. При необходимости выполняли инфильтративную анестезию лидокаином 1% болезненных анатомических областей. По завершению диссекции устанавливали полипропиленовый сетчатый имплантат размерами 10 x 15см без фиксации. В период с 2019 по 2020г нами было прооперировано 14 пациентов. Все 14 пациентов имели высокий операционно-анестезиологический риск, ASA IV, средний индекс коморбидности Charlson 5.0 [4.25;6.00]. В 12 (71,4%) случаях у пациентов наблюдались явления медикаментозной коагулопатии, в следствии длительного приема антикоагулянтов. В 1 (7,1%) случае противопоказанием к спинальной анестезии явилась анатомическая аномалия позвоночника, как проявление болезни Бехтерева. 1 (7,1%) пациент отказался от общей и регионарной анестезии. Мужчин было 11 (78,6%), средний возраст составил 73,50 (64.00, 84.00) года. В 7 (50%) случаях паховая грыжа была правосторонняя. С прямой паховой грыжей были прооперированы 4 (28,6%) пациентов, у 7 (50%) была косая паховая грыжа, в 3 (21,4%) случаях наблюдалась бедренная грыжа. Интраоперационно оценивали болевые ощущения в различных анатомических структурах паховой области по шкале ВАШ.

Результаты. Все 14 пациентов были успешно прооперированы по методике TER. Конверсий доступа не было. Среднее время операции составило 62.50 (45.00, 80.00) минуты. В 3 (21,4%) случаях интраоперационно отмечено повреждение париетальной брюшины, что привело к развитию пневмоперитонеума и появлению абдоминальных болей. Во всех этих случаях местная анестезия была дополнена общей внутривенной анестезией (1 ампула фентанила) без ИВЛ. Во время операции выявлены безболезненные оперативные приёмы (0 баллов по шкале

ВАШ): слепая диссекция пальцем прямой мышцы живота от заднего листка апоневроза, диссекция пространства Ретциуса и Боргоса, обнажение связки Купера и зоны запирающего отверстия, удаление липомы семенного канатика. Болезненными оперативными приёмами (1 балл и выше по шкале ВАШ) потребовавшими дополнительной инфильтративной анестезии оказались: выделение грыжевого мешка из структуры семенного канатика у мужчин, выделение грыжевого мешка при прямой грыже. Так же болевые ощущения вызывает пневмоперитонеум (3 балла и выше по шкале ВАШ), образующийся в случае повреждения париетальной брюшины и требующий дополнительной общей анестезии. Летальных исходов, послеоперационных осложнений не наблюдали. Среднее время госпитализации составило 3,00 (3,00, 3,00) суток. Средний период наблюдения за пациентами составил 7.50 (6.25, 8.00) месяцев. Рецидивов за время наблюдения не выявлено.

Выводы. Выполнение ТЕР под местной анестезией возможно и безопасно у пациентов с высоким анестезиологическим риском и коагулопатией. Для достижения адекватного обезболивания необходимо выполнять дополнительную инфильтративную анестезию области семенного канатика и треугольника Гессельбаха перед их диссекцией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Тешаев О.Р., Муродов А.С., Рахмонова Г.Е.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение: Население Республики Узбекистан составляет более 36 миллионов человек, из них более 20% страдают ожирением и более 9% - сахарным диабетом 2 типа. Потребность в бариатрических операциях составляет более 6 тысяч операций в год. Однако в год проводится около 2000 операций.

Материал и методы: В нашей клинике с 2015 по 2023 год выполнено более 2850 бариатрических операций, таких как билиопанкреатическое шунтирование, РУ-шунтирование желудка, рукавная гастрэктомия и ОАГШМГШ. С 2015 по 2023 год в клинике выполнено 1680 операций ОАГШМГШ. Из 1680 больных у 1050 больных был сахарный диабет 2 типа с морбидным ожирением и 630 сахарным диабетом 2-го типа без ожирения. Наша методика выполнения ОАГШМГШ заключалась в том, что длина желудочного зонда составляла 18 см, ширина - 3 см. диаметр гастроэнтероанастомоза составил 3,0 см. Гастроэнтероанастомоз накладывался по задней поверхности желудка. Длину билиопанкреатической петли выбирали в зависимости от значения ИМТ, уровня гликированного гемоглобина и с учетом других сопутствующих патологий от 150 до 250 см.

Результаты и обсуждения: Эффективность лечения ожирения оценивали по проценту потери избыточного ИМТ (%EBMIL). Анализ клинического материала показал, что средняя потеря избыточного ИМТ через 1 год составила 85,8%. При этом этот показатель у женщин составил 88,1%, а у мужчин 84,3%. Эффективность ОАГШМГШ в коррекции гликемии и ремиссии сахарного диабета 2 типа составила в среднем 96,8%. У больных с длительностью сахарного диабета от 5 до 10 лет этот показатель составил 100%, а у больных с длительностью заболевания более 15 лет - 92,3%.

Выводы: 1. Анализ результатов показал, что применение ОАГШМГШ помогло пациентам с СД 2 типа достичь гликемического контроля более эффективно, чем интенсивная медикаментозная терапия в течение 1 года. 2. ОАГШМГШ обеспечивает полную ремиссию сахарного диабета, связанного с ожирением, в 96,8% случаев; 3. Хирургический метод лечения СД обеспечивает длительную ремиссию диабета и других сопутствующих заболеваний на фоне ожирения.

ЖИГАР ЭХИНОКОКЭКТОМИЯСИДАН КЕЙИНГИ ҚОЛДИҚ БЎШЛИҚЛАРНИ ЛАЗЕРЛИ ФОТОДИНАМИК ТЕРАПИЯ УСУЛИДА ИШЛОВ БЕРИШ

Тоиров А.С., Ахмедов А.И., Тожиев И.П.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Долзарблиги: Жигар хирургиясида янги технологияларни кириб келишига қарамасдан жигар эхинококэктомияси операциясида кейинги специфик асоратлар кўп холларда учраб туриши кузатилади.

Ишнинг мақсади: Жигар эхинококэктомиясида кейинги қолдиқ бўшлиқларни лазерли фотодинамик терапия усулида ишлов бериб асоратлари ва рецидивини камайтириш.

Материал ва усуллар: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасида жигар эхинококэктомияси билан хирургик даволанган 124 беморнинг натижалари тахлили барча текширишлардан кейин назорат ва асосий гуруҳларга бўлинди назорат гуруҳида 61 (49.19%) беморда традицион усулда қолдиқ бўшлиқлар 80-100% глицерин билан ишлов берилди. Асосий гуруҳда 63 (50.81%) беморларда жигар эхинококэктомиясида кейинги қолдиқ бўшлиқлар 0.05% метилин кўки яни фотосенсибилизатор ёрдамида лазерли фотодинамик терапия ўтказилди. Жигар эхинококэктомиясида кейинги

қолдик бўшлиқларни морфологик ҳолатини ўрганиш мақсадида тажрибалар ўтказилди. Тажриба тадқиқотларида бир нечта антипаразитар препаратлар (спирт, ёд эритмаси, глицерин) ва 0.05% метилин кўки билан фотодинамик терапия ўтказилиб, натижалар таққослаб кўрилди. Натижалар таҳлил қилинганда жигар эхинакокэктамиясидан кейинги қолдик бўшлиқлар метилин кўки ёрдамида лазерли фотодинамик терапия ўтказилган беморларда қолдик бўшлиқларнинг йиринглаши, ўтли оқмалар ҳосил бўлиши, бошқа усулда ишлов берилган (спирт, ёд эритмаси, глицерин) усуллардан яхшироқ натижага эга бўлди. Фотодинамик терапия юқори антипаразитар хусусиятга эга эканлиги аниқланди. Назорат гуруҳидаги беморлар таҳлил қилинганда специфик асоратлар 15 (24.54%) беморда, бўлганлиги сабабли дренажларни узоқ вақт туришига сабаб бўлди. Радикал операциялардан кейинги 4 (6.55%) беморда ўтли оқма ҳосил бўлиб ўз-ўзидан ёпилиши кузатилди. Қолдок бўшлиқларни йиринглаши 11 (18.01%) беморда кузатилди ва УТТ ёрдамида тери орқали дренажланди, қолдик бўшлиқ антисептиклар билан ювилди. Умуман олганда қолдик бўшлиқларнинг йўқолиши 42.5 ± 15.5 кун давом этди. Касалликнинг рецидиви 7 (11.47%) беморда кузатилди.

Юқорида айтилганидек асосий гуруҳи 63 бемор ташкил қилди, бу беморларга фотосенсибилизатор 0.05% метилин кўки ёрдамида лазерли фотодинамик терапия ўтказилди. Операциядан кейинги даврда 6 (9.52%) беморда асорат кузатилди, фақат 2 (3.17%) ҳлатда қолдик бўшлиқни йиринглаши кузатилди, ўтли оқма 4 (6.34%) ҳлатда кузатилиб 11.5 ± 3.5 кунда ўз-ўзидан ёпилди. Қолдик бўшлиқнинг тўлиқ регенирацияси 49 (77.78%) ҳлатда кузатилди, беморларнинг стационарда ўртача ётиши 15.5 ± 3.5 кунни ташкил қилди.

Хулоса: Жигар эхинакокэктомиясидан кейинги қолдик бўшлиқлар традицион усулларда ишлов берилганда специфик асоратлар 24.59%, қолдик бўшлиқ йиринглаши 18.03%, қолдик бўшлиқни тўлиқ бартараф бўлиш вақти 42.5 ± 15.5 кунни ташкил қилди. Қолдик бўшлиқларни лазерли фотодинамик терапия усулида ишлов берилганда специфик асоратлар 9.52%, қолдик бўшлиқни йиринглаши 3.17% гача, касалликнинг рецииви эса 11,47% дан 2,32% гача камайди.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СТЕНКИ ВЕНЫ ПРИ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Тоиров А.С., Ахмедов А.И., Султонов Д.М.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Варикозная болезнь – заболевание, которое поражает около 25% населения. Одним из направлений уменьшения травматичности операций и повышения их косметичности является применение новых технологий, и, в частности, использование эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК).

Цель исследования – оценить клиническую эффективность и некоторые особенности повреждения стенки вены при эндовазальной лазерной коагуляции в плане возможной реканализации большой подкожной вены в ближайшие и отдаленные сроки.

Материал и методы. В исследование включены 42 больных, которым провели ЭВЛК с 2021 по 2024 г. Мы используем классификацию CEAP. Клиническая часть классификации учитывает основные, наиболее часто встречающиеся признаки хронических заболеваний вен нижних конечностей. Как показало практическое применение классификации CEAP, вполне достаточно для удовлетворения потребностей прикладной флебологии. Критериями включения больных в исследование являлись наличие варикозного расширения вен, классы C2–C4 по CEAP, возраст от 20 до 60 лет, сафенофеморальный рефлюкс и клапанная недостаточность большой подкожной вены, подтвержденные методом дуплексного сканирования вен. Критерии исключения: тромбоз глубоких вен в анамнезе, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Оперативное пособие заключалось в следующем. Вначале проводили кроссэктомию большой подкожной вены. Затем в просвет дистальной части вены вводили лазерный катетер. Под тумесцентной анестезии. При включении аппарата и вытягивании со скоростью 2-3 см/с из вены лазерного катетера, наступают коагуляция белков стенки вены с последующей облитерацией ее просвета. Сразу же после операции проводили бинтование конечности эластичным бинтом. В послеоперационном периоде через 5 сут. с момента операции, а также через 1 мес. и в течение 1 года проводили ультразвуковое исследование вен для изучения степени облитерации вен, возможной реканализации и состояния перфорантных вен.

Результаты исследования. В 96% случаев выявлена недостаточность остиального клапана и клапанная недостаточность ствола большой подкожной вены. Распределение больных по классификации CEAP: C2 – у 33 (78,6%), C3 – у 8 (19%), C4 – у 1 (2,4%). Через 5 дней после операции дуплексное сканирование вен провели всем больным, окклюзию вены на бедре наблюдали у 41 (97,6%) больных. Через 1 мес. неполную окклюзию вены наблюдали у 1 пациентки. После ЭВЛК, из осложнений наблюдали 1 (2,4%) случая ожога кожи 1-2-й степени площадью 12 см которые зажили в течение 8 сут после консервативного лечения.

Заключение. Метод ЭВЛК, в лечении варикозной болезни является косметическим и малотравматичным оперативным вмешательством. При комбинировании кроссэктомии+ЭВЛК наблюдается уменьшение количества рецидивов. Процесс окклюзии просвета вены происходит за счет непосредственного повреждения стенки вены, что в последующем уменьшает такой механизм рецидива заболевания, как реканализация коагулируемой вены.

ЎТКИР ПЕРИТОНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Тўхтамурод З.З., Қодиров Т.О.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш., Ўзбекистон

Кириш. Маълумки, оғир кечувчи йирингли перитонитда ўлим 25-30%ни, аъзолар етишмовчилиги эса 80-90%ни ташкил қилиши мумкин. Беморлар қанчалик вақтли мурожат этишса, шунчалик соғайиш кўрсаткичлари яхши бўлади. Биринчи соатда мурожат этганда 90%ни, биринчи кун - 50%ни, учинчи кундан кейин келган беморларда эса соғайиш атиги 10%ни ташкил этади. Перитонитни сабаблари - кўпинча ўткир аппендицитнинг деструктив кечиши 30-65%ни, меъда, 12 бармоқли ичак сурункали ярасининг тешилиши 7-14%ни, ичак тутилиши, Крон хасталиги, қисилган чурраларда 3-5%ни, ўт пуфагининг деструктив яллиғланишида 10-12%ни, меъда ости беги яллиғланиши ва хирургик аралашувдан кейин эса 1%ни ташкил этади.

Усуллар. Биз ургент хирургия бўлимида 2023 йил охиригача уч ойида шифохонада перитонит бўйича 116та даволанган беморларни тахлилини қилиб чиқдик. Ёши: 20 гача - 32 та, 21-30 ёш - 28 та, 31-40 ёш - 17 та, 41- 50 ёш - 13 та, 51- 60 ёш - 15 та, 61 ёш ва ундан юқори бўлган беморлар 11тани ташкил этди. Шулардан эраклар - 49 та, аёллар - 77 та. Даволанган беморлардан -78 (62%)тасида асосий касаллик маҳаллий перитонит билан, 48(38%)тасида эса тарқалган перитонит билан асоратланиши кузатилган. Перитонитни сабабини 78(62%)таси - деструктив аппендицит, 5(3,9%)таси - тухумдон кистасини ёрилиши, 17(13,4%)таси - ошқозон ва 12 бармоқли ичак ярасини тешилиши, ичак тутилиши - 11(8,7%), деструктив холецистит - 4(3,1%) ва 1 (0,8%) тасини панкреонекроз ташкил этди. Даволашда маҳаллий перитонитларда битта най билан, тарқалган турида эса тўрттагача най билан дренажлаш усули қўлланилди.

Натижа. Олиб борилган даволаш бўйича 126 бемордан 122 (97%) таси шифохонадан қониқарли ахволда чиқариб юборилди. 4(3%)та бемор эса кеч, яъни перитонит бошлангандан кейин 3 кундан кейин мурожат этгани ва терминал босқичида ётқизилганликлари сабабли уларда ўлим кузатилган.

Хулоса. Ўлим даражаси 3%ни ташкил қилган. Беморлар қанчалик тез мудатда шифохонага олиб келинса, соғайиш кўрсаткичлари шунчалик юқори бўлади.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Тухтамурод З.З., Абдусаломова Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Общеизвестно, что проблема гастроудоденальных кровотечений является актуальной для ургентной хирургии.

Методы. Изучены истории болезни и проведен анализ причин летальности за год 13-ти умерших пациентов с гастроудоденальными кровотечениями отделения экстренной хирургии. Время от начала кровотечения до госпитализации у 4-х больных составило 3-5 ч, у остальных 9-ти 2 - 10 суток (!). Все больные доставлены в тяжелом состоянии, с явлениями постгеморрагического шока, а 4 из них – в терминальном состоянии. По полу больные разделены: 11 мужчин и 2 женщины. Возраст 35-85 лет. Дуоденальные профузные кровотечения из язв были у 7 больных. У 5-и больных источником кровотечения явились опухоли желудка, у 1-го – острая язва желудка. 2-е больных из-за прогрессивного ухудшения состояния умерли на операционном столе до операции. Все остальные 11 больных оперированы, причем 3 больных вначале долгое время отказывались от оперативного лечения, что ухудшило их состояние. Всем больным проведено эндоскопическое обследование и оценка по шкале Forrest: у всех больных кровотечение соответствовало IA или IB степени. Эндоскопическую остановку кровотечения не проводили. Проводился лабораторный контроль в динамике показателей гемоглобина, эритроцитов и гематокрита.

Результаты. Анализ сопутствующих заболеваний показал, что у 1 больного – терминальная фаза хронической почечной недостаточности, цирроз печени у 2 больных, ИБС у 4 больных, из них у 2-х - острый инфаркт миокарда. У 2 больных – ожирение 3 степени, у 1 больного – хронический алкоголизм. Больные все умерли от острой сердечно – сосудистой недостаточности, у 2-х развился острый инфаркт миокарда. У 2-х больных развился ДВС синдром.

Заключение. Таким образом, все больные с гастроудоденальными кровотечениями поступили в тяжелом состоянии и поздно госпитализированы, имели массу сопутствующих заболеваний. Несмотря на использование активной тактики оперативного вмешательства все эти больные умерли от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Умедов Х.А.¹, Сатторов А.Х.²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет;

2 - Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. 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 г. 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 – у 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 зашитой раны печени дренировали хлорвинильной трубкой (0,8 см).

Выводы: Летальность среди больных с повреждениями паренхиматозных органов составило 0,9%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ

Умедов Х.А.¹, Сатторов А.Х.²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет;

2 - Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных.

Материалы и методы. С целью подавления желудочной секреции мы применяли антацидные препараты у 106 больных: у 17 (16,0%) - блокатор m1-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 гиперхлоридрии 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 антацидной терапии у 9 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиалана 8 сутки, без применения антацидных 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.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИРОСТА УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОГО И ИНТРАЕЮНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ УГЛЕВОДОВ БОЛЬНЫМ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СТЕНОЗА

Усманов М.М.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Одной из причин и принципиально важной составной частью дисметаболических изменений у пациентов после хирургических вмешательств является нарушение функций пищеварительного тракта, известное как синдром энтеральной недостаточности (послеоперационная мальдигестия), нарушение абсорбции адекватного количества питательных веществ,

Цель исследования. Путем углеводных нагрузок изучить функциональное состояние пищеварительно-транспортного конвейера углеводов у больных с дуоденальной язвой без осложнения и осложненной стенозом различной степени

Методы исследования. Путем углеводных нагрузок (пероральным и интраеюнальным способом) с последующим определением прироста уровня гликемии в течение 120 мин, исследовано 158 больных в возрасте от 16 до 86 лет (мужчин 120, женщин 38). Все больные разделены на 5 групп: 1 группа - дуоденальная язва без осложнения (36 больных); 2 группа - дуоденальная язва, осложненный компенсированным стенозом (37 больных); 3 группа - дуоденальная язва, осложненный субкомпенсированным стенозом (69 больных); 4 группа - дуоденальная язва, осложненный декомпенсированным стенозом (16 больных); Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей - добровольцев в возрасте от 20 до 75 лет.

Полученные результаты. Установили, что при дуоденальной язве без осложнения происходит снижение функции глюкозных транспортеров как "свободных", так и входящих в состав различных ферментативно-транспортных комплексов. При дуоденальной язве, осложненной различными формами стеноза, особенно при субкомпенсированной и декомпенсированной форме, функция глюкозных транспортеров резко снижена и составляет лишь 10-23% (в зависимости от вида углеводов), от уровня здоровых лиц.

Заключение. Сопоставление прироста гликемии после пероральных и интраеюнальных нагрузок показало, что при различных формах стеноза, интраеюнальное введение углеводов вызывает значительно больший прирост уровня гликемии чем пероральное. Это имеет определенное значение с точки зрения диагностики функционально-адаптационной способности тонкой кишки и организации адекватного подхода как до-, так и, после хирургической лечения данного заболевания.

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНО-ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Усманов М.М.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Клиническая практика показывает, что у многих больных с дуоденальной язвой (ДЯ) или после различных способов оперативного лечения её, в наблюдаемом симптоме комплексе выделяется энтеральный синдром (ЭС), отражающий поражение тонкой кишки (ТК) с различными степени пищеварительно-транспортных расстройств. Однако, эти нарушения до настоящего времени остаются без должного внимания, в лучшем случае они расцениваются как особенности симптоматики язвенной болезни или же болезни оперированного желудка.

Цель – определить причины ЭС путем изучения функционального состояния пищеварительно-транспортного конвейера (ПТК) у больных с осложненной дуоденальной язвой (ДЯ) и оперированные различными способами резекции желудка (РЖ), на примере углеводных нагрузок.

Методы исследования. Кроме общих клинико-лабораторных исследований, нами методом углеводных нагрузок с последующим определением прироста уровня гликемии (10 гр на 10 кг массы тела), проведено комплексное

исследование функционального состояния полостного, мембранного пищеварения и всасывания углеводов (Валенкевич Л.Н.. 1978г.).

Так, из общего количества исследуемых 27 составляли больные с ДЯ без каких-либо осложнений (возраст больных – 20-60 лет; 17 мужчин и 10 женщин), 123 больные с различными видами осложнения (возраст больных от 20 до 80 лет, 96 мужчин и 27 женщин): 45 – с кровотечением (15 – легкой, 16 – средней и 14 – тяжелой степени), 122 – со стенозом (компенсированный - 37, субкомпенсированный – 69 и декомпенсированный – 16), 38 – с перфорацией язвы (у 13 больных был местный перитонит, у 15 – диффузный, у 10 – разлитой). Из общего количество больных, 91 больные лечились резекционным методом (возраст больных 20-80 лет, 61 мужчин и 30 женщин): Из них 30 больным было произведено резекция желудка РЖ по Б-I, у 31 - РЖ по Б-II, у 30 - модифицированный способ резекции желудка (МСРЖ) по Б-II. Примечание: с целью повышения эффективности операции РЖ по Б-II, сотрудниками нашей кафедры: проф. Аталиевым А.Е., проф. Мавляновым О.Р. и Касимовым Л. модифицированы некоторые этапы этого способа. Суть МСРЖ по Б-II заключается в том, что после обработки культуры ДПК и культуры желудка, последняя низводится через окно, образованное в мезоколон. Далее накладывается гастроэнтероанастомоз на ультракороткой петле в косопоперечном или в поперечном направлении.

Результаты. На основании наших исследований получены новые данные о механизмах нарушения физиологического взаимоотношения между различными звеньями ПТК у больных осложненной ДЯ оперированных различными способами РЖ.

Выводы: 1. Установлено, что тяжесть нарушения кишечного пищеварения зависит от типа и степени осложнения ДЯ, способов РЖ. 2. Не осложненная ДЯ, осложненная кровотечением легкой степени, компенсированным стенозом и перфорацией язвы, с местным перитонитом селективно поражается то или иное звено ПТК. 3. ДЯ осложненная кровотечением тяжелой степени, декомпенсированным стенозом и перфорацией язвы, а также с разлитым перитонитом сопровождаются одновременным поражением всех звеньев пищеварительно-транспортного конвейера кишечника: полостного, мембранного пищеварения и всасывания углеводов. Установлено не односторонняя степень восстановления функции и компенсации каждого звена в динамике после различных способов РЖ. 4. По степени восстановления функции и физиологического взаимоотношения между полостного, мембранного пищеварения и всасывания адекватным способом является РЖ по Б-I. 5. Показано преимущество МСРЖ по Б-II по сравнению с традиционным способом РЖ по Б-II: его применение позволяет устранить функциональную атрофию ДПК за счет активного включения ее в процесс пищеварения, в связи с чем физиологическая этапность ПТК при этой операции сохраняется.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Фарзонаи Иброхим, Рахимова С.У., Джанобилова С.М.

1 - ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», г. Душанбе, Таджикистан

2.- ГОУ ИПО в СЗ РТ, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: Оптимизация топической диагностики и дифференцированного подхода к миниинвазивным методам лечения больных с абсцессами печени.

Материал и методы исследования: В данное исследование были включены 159 пациентов с абсцессами печени, Все пациенты разделаны на две группы – основную и контрольную. В основную группу вошли 81(50,9%) больные, в лечении которых были использованы только миниинвазивные пункционные вмешательства под непосредственным ультразвуковым контролем, а контрольную составили 78(49,1%) пациентов которым были произведены традиционные и лапароскопические методы лечения. Всем больным было проведено- общий развернутый анализ крови и мочи, биохимия крови, коагулограмма, микробиологический метод исследования. Инструментально: УЗИ, КТ, лапароскопия, диагностические миниинвазивные вмешательства, рентгенограмма. У пациентов основной группы дополнительно выполнялись исследования вит Д, интенсивности процессов ПОЛ, АОС и ЛИИ.

Результаты исследования: Во всех этиологических подгруппах у пациентов основной группы, преобладающим по частоте методом лечения было пункционное дренирование полости абсцесса. В целом послеоперационные осложнения после миниинвазивных пункционных вмешательств у пациентов основной группы было у 8(9,8%) пациентов, из них летальность у 2(2,4%) пациентов. Практически у 100% обследованных больных с абсцессом печени с помощью КТ представилось возможным точно установить долевою и 98-99% сегментарную локализацию абсцесса. Полученные при КТ сведения о сегментарной локализации абсцесса, их размерах, распространенности, имели значение Основной задачей УЗ осмотра перед проведением МИВ считали нахождение БАО. Сравнивая группы исследования у пациентов контрольной группы где ранее им было проведено традиционные, лапароскопические методы лечения осложнения были у 16(20,5%) пациентов, из них летальность у 6(7,6%) пациентов. Мини инвазивные вмешательства под УЗ-контролем являются основным способом лечения абсцессов печени, весьма эффективны и показаны при отсутствии секвестров в полости, плотности гноя до 5 ед., отсутствия плотных включений

ний, размеров полости до 120 мм. Противопоказанием для проведения мин инвазивных вмешательств при абсцессах печени является расположение в области ворот печени, наличие высокой плотности гноя выше 5 ед., плотных включений.

Заключения: Значимость и эффективность сочетанного применения УЗИ и КТ в диагностике, топического расположения, источника формирования абсцессов печени чувствительность которых составляет от 93 до 100% и соответственно позволяют целенаправленно выбрать метод лечения. Миниинвазивные вмешательства под УЗ-навигацией у больных с абсцессом печени позволили в 69-98 % случаев достигнуть хороших результатов, они должны использоваться только в специализированных центрах при условии соответствующей техники и обученного персонала.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ

Фарзонаи Иброхим, Рахимова С.У., Джанобилова С.М.

1 - ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», г. Душанбе, Таджикистан

2.- ГОУ ИПО в СЗ РТ, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с абсцессами печени с применением миниинвазивных методов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования: За период с 2020 по 2023 гг. на базе кафедры «Хирургии» ГОУ ИПО в СЗ РТ, расположенного в ГУ ГЦСМП РТ госпитализированы 68 больных. На основании клинико-анамнестических данных, данных лабораторных исследований и УЗИ органов брюшной полости, выставлен диагноз абсцесс печени (АП). При сомнениях в правильности диагноза исследование было дополнено КТ или МРТ органов брюшной полости. Среди наблюдавшихся женщин было 20 (29,4%), мужчин-48 (70,6%). Возраст пациентов составил от 25-70 лет. После предоперационной подготовки в срочном порядке всем больным было выполнено хирургическое лечение под местной анестезией пункция и дренирование жидкостного образования. Жидкостное образование чаще всего располагалась в правой доле печени-38 (55,9%), локализация в левой доле наблюдалась у 27 (39,7%), поражение обеих долей выявлено у 3 (4,4) больных. Большинство пациентов-44 (64,7%) пациентов имели одиночные абсцессы, множественные абсцессы было диагностировано у 24 (35,3%) больных. Размеры очагов в печени варьировали от 10мм до 200мм в диаметре. Объем содержимого АП от несколько миллилитров до полутора литров и более гнойного экссудата. Содержимым АП в 52 случаях являлся гной, в 16 случаях инфицированная кровь. Исследование больных проводилось аппаратом HITACHI EUB-7500. Кисты пунктировались пункционной иглой CHIBA 18G. Для дренирования применялся дренажный набор UROMED. Размер дренажных трубок подбирались индивидуально, размеры варьировали от 10 до 16 FR.

Результаты и их обсуждения: В послеоперационном периоде иногда сохранялись явление лихорадки. На контрольном УЗИ органов брюшной полости выявлено значительное уменьшение жидкостного образования. В течении суток температура тела нормализовалась, показатели в общем и биохимическом анализах крови вернулись в норму. На фоне проводимой антибактериальной терапии, промывания дренажей антисептическим раствором происходило излечение пациентов. На 6-10 сутки после поступления они были выписаны под наблюдения по месту жительства. При анализе всех случаев с АП, пролеченных за исследуемый период, летальный исход наблюдался в 3 (4,4) случаях. 2 умерших были пациенты женского пола, 1-мужского; возраст умерших составил от 45 до 70 лет. По этиологии абсцессы имели различный генез. В 80 % причиной летального исхода были холангиогенные абсцессы. Летальный исход наступал на фоне длительного скрытого течения заболевания и запоздалой постановки диагноза, абдоминального сепсиса из за позднего обращения пациентов, острой сердечнососудистой недостаточности.

Выводы: При хирургическом лечении АП самым оптимальным и экономичным является метод пункции и дренирования под УЗ- наведением с последующим сочетанием системной антибактериальной терапии и промывания дренированной полости антисептическим раствором, а также обязательным аспектом должен быть дренирование АП в течении 10-15 дней.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Фаязов А.Д.¹, Ахмедов А.И.², Камилов У.Р.¹

1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Достижения клинической хирургии, анестезиологии-реаниматологии, эндоскопических методов диагностики, лечения, и расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности, при гастродуоденальных кровотечениях у обожжённых пожилого и старческого возраста.

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

Материалы и методы. В ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения у тяжелообожженных в течение последних 10 лет вылечены 80 больных с кровотечением острых гастродуоденальных язв. Средний возраст больных составил 51 ± 16 лет, из них 46,4% было старше 60 лет. По локализации острых язвенных поражений: у 16 (20%) больных - в двенадцатиперстной кишке (ДК), у 41 (51,25%) - в желудке и у 23 (28,75%) - множественные язвы в желудке и ДК. Основным методом лечения кровотечения из острых гастродуоденальных язв является эндоскопический гемостаз. Первичный эндоскопический гемостаз был успешен у всех пациентов с активным кровотечением.

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

Выводы: 1. Метод эндоскопического гемостаза при кровотечениях из острых гастродуоденальных язв является эффективным способом лечения у пострадавших пожилого и старческого возраста. 2. Профилактика возникновения и в последующем рецидивов кровотечения из острых язв заключается, прежде всего, в проведении адекватной антисекреторной терапии и лечении органной недостаточности.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Хаджибаев Ф.А.¹, Алиджанов Ф.Б.², Гуломов Ф.К.¹

1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи;

2 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗРУз, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Синдром Мириizzi (СМ) является относительно редким осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ), который по данным разных авторов встречается в широких пределах -от 0,2 до 5%. На сегодняшний день хирургическое лечение СМ остается сложной задачей.

Цель. Определить возможности лапароскопических вмешательств в хирургической коррекции синдрома Мириizzi различного типа.

Материалы и методы. Работа основана на проведении проспективного анализа случаев лапароскопического лечения 34 пациентов СМ, находившихся в отделениях экстренной хирургии Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи (РНЦЭМП) с 2017-2022 гг. 1 тип синдрома Мириizzi был у 9 (26,5%) больных, 2 тип - у 25 (73,5%). Из них женщин было – 19 (55,9%), мужчин – 15 (44,1%). Возраст больных варьировал от 25 до 82 лет и в среднем составил 53,7 года.

Результаты. У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механической желтухи, а у 8 (23,5%) она сочеталась с клиникой гнойного холангита. В связи с этим у 6 больных (17,6%) лапароскопиче-

ские вмешательства были выполнены после ЭПСТ, у 10 пациентов (29,4%) после ЧЧХС, а у 4 (11,8%) после ЭПСТ и ЧЧХС. 14 больные (41,2%) оперированы без эндобилиарных вмешательств, после проведение МРТ холангиографии. Во всех случаях 1 типа СМ произведена лапароскопическая холецистэктомия. Всем больным с СМ 2 типа выполнялась лапароскопическая субтотальная холецистэктомия с сохранением верхней стенки шейки желчного пузыря, прилегающей к свищу и формированием из нее лоскута для закрытия имеющегося пузырно-холедохоэального свища. В 16 (64%) случаях холедохолитоэкстракция была произведена через имеющийся свищ, далее выполнено дренирование холедоха по Керу через свищ с окутыванием дренажа в виде муфты прилегающей к свищу оставшейся стенкой желчного пузыря. В 9 (36%) случаях в связи с большими размерами конкремента выполнена холедохотомия над конкрементом в поперечном направлении с удалением конкремента и дренированием холедоха по Керу через холедохотомный разрез, а пластику свища осуществляли лоскутом стенки желчного пузыря.

Полноценность литоэкстракции проверено путем интраоперационной холедохоскопии у 18 (72%) пациентов перед дренированием холедоха, а у 7 (28%) больных выполнена интраоперационная холангиография через дренаж холедоха. В 1 (4%) случае была произведена конверсия на лапаротомию, причиной которой являлась низкое расположение конкремента в ретродуоденальной части холедоха, который был установлен интраоперационной холангиографией. Что невозможно было удалить лапароскопическим способом. Средняя длительность нахождения больных на больничной койке составило 8,6 дней. Летальный исход наблюдался в 1 (4%) случае, причиной которого явилось множественные холангиогенные абсцессы печени, сепсис.

Выводы. Включение в схему диагностики ЭРХПГ, ЧЧХГ и МРТ-холангиографии улучшает точность и качество распознавания СМ и позволяет оценить показания к использованию видеолапароскопии. Показанием к лапароскопического лечения СМ 2 типа является наличие одиночного конкремента в супрадуоденальном отделе холедоха, что позволяет снизить число конверсии в лапаротомию.

РОЛЬ МАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЕГО ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОПЕРАТИВНОМ ПЕРИОДЕ В КАРДИОХИРУРГИИ

Хайдаров А.Э., Мардонов Ж.Н., Махмудова М.А.

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В.Вахидова»;

2 – Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы острого повреждения почек у детей раннего возраста на этапах хирургического лечения врожденных пороков сердца (ВПС) обусловлена многообразием причин развития, анатомических вариантов пороков сердца, сопровождающихся нарушением почечного кровотока на фоне нарушений системного и легочного кровообращения, тяжестью течения с высоким риском неблагоприятного исхода.

Цель исследования: оценка клинической значимости определения Цистатина С в крови и желатин-ассоциированного липокалина (u-NGAL) в моче при остром почечном повреждении у детей раннего возраста для определения тактики лечения кардиоренальных осложнений после коррекции ВПС в условиях искусственного кровообращения (ИК) и кардиopleгии (КП).

Материал и методы. Обследовано и изучено 95 (мальчиков 61 (64,2%), девочек 34 (35,7%)) детей с различными видами ВПС: 1 группа - с усиленным легочным кровотоком (ТМС, ТАДЛВ, ЧАДЛВ, ОАВК, ДМПП и ДМЖП с ВЛГ) и 2 – группа с обедненным малым кругом с системной гипоксией (ТФ, ДОМС, ЕЖС, ИСЛА, атрезия ЛА) в возрасте от 2 месяцев до 3 лет (средний возраст $1,9 \pm 0,5$ года), которым проводились кардиохирургические вмешательства в отделении кардиоАРИКО ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» за период с 2019 по 2023 годы. В 48% случаев у больных имело место высокая легочная гипертензия, у 27% - системная гипоксемия, сердечно-дыхательная недостаточность – у 39%. Помимо определения у детей скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Шварца, общего анализа мочи, концентрациям креатинина и мочевины, ультразвукового исследования почек, определялись также Цистатин Ц и ассоциированный с нейтрофильной желатиназой липокалин мочи (u-NGAL). Образцы крови и мочи брали в предоперационном, в постперфузионном периоде через 4-6 и 16-18 часов после окончания операции. Для классификации кардиоассоциированного ОПП использовали критерии rRIFLE- и AKIN. Цистатин Ц и u-NGAL определяли на анализаторе Wondfo Finecare FS-113 (Китай). Предложенный Wondfo Finecare уровень отсечения (cutoff) 131,7 нг/мл. Операции выполнялись в условиях тотальной внутривенной анестезии: бензодиазепинами, фентанилом, ингаляционным анестетиками с миоплегией в общепринятых стандартных дозировках, искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и искусственного кровообращения (ИК) на аппарате «Тегито» с умеренной гипотермией. При необходимости использовали гемоконцентраторы. Осуществляли стандартный мониторинг параметров гемодинамики артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульсоксиметрии (SpO₂), центрального венозного давления (ЦВД), температуры, скорости диуреза. Оценивались показатели внутрисердечной гемодинамики с помощью Эхокардиографии (GE, США).

Результаты. АД, ЧСС, ЦВД на фоне проводимой интенсивной терапии сердечной недостаточности регистрировались в пределах допустимых величин за счет применения кардиотонических препаратов. Клиника ОПП развивалась у детей с более продолжительным ИК и поперечным пережатием аорты, низким сердечным выбросом, низким предоперационным гемоглобином, постгипоксическим состоянием, применением больших доз донорской крови, что выражается в снижении адекватного кровоснабжения почек (низкая СКФ $58,9 \pm 6,2$ мл/мин). По основным биохимическим параметрам в группе пациентов с моно- или бивентрикулярной недостаточностью нарастание кардиоренальных осложнений прослеживалась уже в первые сутки послеоперационного периода. Средний показатель мочевины крови был выше в 1,3 раза, креатинина крови в 1.2 раза, а цистатин С и u-NGAL в 2 раза по сравнению с исходными величинами, что показывало раннее начало ОПП. К 3 суткам наблюдалось прогрессирующее ухудшение этих показателей: по сравнению с контролем мочевины крови была выше в 3.2 раза, креатинин - в 1.4 раза. Наиболее яркие различия между исследуемыми группами наблюдались по уровням цистатина Ц и u-NGAL. У пациентов 1 группы средние значения этих маркеров было близко к верхней границе нормы на 5-е сутки, затем к 7-м суткам снижалось в 2.4 раза ($p < 0,005$). Во второй группе показатель u-NGAL был достоверно выше, чем в первой группе: в первые сутки в 2 раз, на вторые сутки в 3.5 раза, на 3 сутки в 6 раз, а на 5 сутки - в 9 раз (91 ± 54 и 852 ± 196 нг/мл соответственно, $p < 0,005$). В связи с нарастанием признаков кардиоренальных осложнений 29 пациентам потребовалась заместительная почечная терапия (ЗПТ) в виде перитонеального диализа, пролонгированной ультрафильтрации, что приводило в дальнейшем к восстановлению функции почек. В зависимости от выраженности кардиоренальных осложнений оптимизировалась кардио- и нефротропная терапия. У 8-х больных летальный исход вследствие полиорганной недостаточности.

Заключение. Повышение уровней цистатина Ц в крови и u-NGAL в моче опережает повышение уровня креатинина у больных с ОПП на 48-72 часа. После оперативного вмешательства на сердце с ИК повышенные уровни цистатина Ц и u-NGAL в сыворотке крови и в моче являлись независимыми предикторами развития ОПП и выявлялись уже через 2-4 часа после операции. Своевременная оценка функции почек в периоперативном периоде позволила осуществить ранний дифференцированный подход к ее лечению, устранению факторов риска и прогнозировать течение ОПН. Следовательно, цистатин Ц и u-NGAL обладают высокой прогностической ценностью в отношении риска развития кардиоренальных осложнений. Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что, ранняя диагностика и эффективная интенсивная терапия позволяют добиться восстановления функций почек.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ И ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ДИВЕРТИКУЛАХ ПАПИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Хайдаров А.А., Хайдаров Ф.Н., Абидов У.О., Саъдиев Э.С., Ходжаев Ф.Б.

Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Узбекистан

Целью исследования явилось улучшение результатов эндоскопического лечения больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ), осложненной механической желтухой (МЖ), при наличии дивертикулов папиллярной области (ДПО) путем технического совершенствования диагностических и лечебных мероприятий. Исследование проведено у 65 больных с ЖКБ, осложненной МЖ, у которых обнаружены ДПО находившихся на лечении в хирургических отделениях Бухарского филиала РНЦЭМП в 2014 - 2023 гг. Мужчин было 28 (44,7%), женщин 37 (55,3%). средний возраст 60,5 года. Перед эндоскопическими вмешательствами на БДС всем больным проводили клиническое обследование, лабораторные исследования, УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны и эзофагогастродуоденоскопию (ЭГФДС) с непосредственным осмотром области БДС, что позволило определить общее состояние больных, наличие, продолжительность и выраженность желтухи, степень интоксикации, изменения показателей центральной гемодинамики и микроциркуляции. С помощью ЭГФДС можно оценить состояние слизистой сосочка (гиперемия, отек, бледность слизистой, наличие полиповидных образований устья сосочка, форма и размеры устья БДС), определить размеры и протяженность продольной складки двенадцатиперстной кишки (ДПК), расстояние от конца продольной до 1-й поперечной складки ДПК, дивертикулы околососочковой области и их взаимоотношение с БДС. При проведении гастродуоденоскопии ДПО обнаружены у 65 из 1055 больных с ЖКБ, осложненной МЖ. У 31 (44,7) больных установлено расположение дивертикулов вблизи БДС (парафатеральные ПФД), а у 34 (55,3%) пациентов БДС располагался в самом дивертикуле (перипапиллярные ППД). Эндоскопические вмешательства на холедохе и БДС включали проведение ЭРПХГ, ЭПСТ, стандартной литоэкстракции (СЛЭ) и назобилиарного дренирования (НБД).

У 31 (44,7%) больных дивертикулы располагались вблизи БДС (ПФД), причем у 14 (10,5%) из них на медиальной стенке ДПК выше БДС, а у 17 (34,2%) - на той же стенке ниже БДС. У 34 (55,3%) обследованных дивертикулы располагались перипапиллярно, причем у 27 (52,6%) БДС находился глубоко в полости дивертикула, а у 7 (2,7%) между двумя дивертикулами. Как было отмечено выше, в последних случаях у нас возникали сложности, связанные с визуализацией иканюляцией сосочка. Дивертикулит, который характеризовался гиперемией слизистой

дивертикула, наложениями фибрина и наличием отделяемого серозного характера, установлен у 23 (23,6%) пациентов. У 22 (23,6%) из них размеры дивертикулов составляли от 1,0 до 2,0 см. У 34 (65,8%) обследованного размеры дивертикулов варьировали от 3,0 см. У 9 (10,6%) больных выявлены дивертикулы размерами от 3,0 до 4,0 см. Эндоскопические оперативные вмешательства (ЭПСТ, СЛЭ и НБД) были выполнены у 43 (71%) больных с ЖКБ, осложненной МЖ и ДПО. При ЭРПХГ холедохолитиаз был диагностирован у 32 (70,4%) больных, стеноз БДС – у 7 (18,5%), сочетание холедохолитиаза и стеноза БДС – у 4 (11,1%). У 31 (66,6%) больных с ЖКБ с МЖ и ДПО, благодаря соблюдению описанных технических приемов нам удалось выполнить одномоментную ЭПСТ с последующей СЛЭ корзинкой Dormia. У 12 (33,3%) больных в связи с высоким риском осложнений, ЭПСТ выполняли парциально (двухмоментно) с интервалами в 3-4 дня с последующей отсроченной СЛЭ. Такую тактику считали наиболее целесообразной из-за возможности наступления достаточной адгезии рассеченных тканей и соответственно максимального уменьшения риска осложнений. Необходимо отметить, что у 22 (29%) пациентов расположением БДС глубоко в полости дивертикула, особенно у нижнего его края, мы отказались от его рассечения, в связи с высоким риском перфорации ДПК. У этих больных ЖКБ и патологию холедоха в дальнейшем корригировали открытой лапаротомией. Осложнения после эндоскопических оперативных вмешательств отмечались у 6 (11,1%) больных. Наиболее частыми из них были кровотечения из папиллотомных краев – у 2 (3,7%) больного и панкреатит – у 3 (3,7%), которые у большинства были корригированы консервативной терапией. У 1 больного наблюдалось вклинение корзинки Dormia вместе с конкрементом в БДС. Этот больной в дальнейшем был оперирован лапаротомным доступом. После эндоскопических оперативных вмешательств летальных случаев не было.

Таким образом, ДПО встречаются у больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и МЖ, довольно часто. ДПО, несомненно, технически осложняют проведение эндоскопических вмешательств на холедохе и БДС, сложность манипуляций на БДС при этом зависит от его расположения относительно дивертикула. Однако, при использовании некоторых специальных приемов и соблюдении осторожности у большинства больных с ДПО можно эндоскопически восстановить нормальный желчеотток без тяжелых осложнений. У больных с относительно большими размерами ДПО и явлениями дивертикулита приемлемым и рациональным эндоскопическим вмешательством на БДС оказалась парциальная ЭПСТ с отсроченной СЛЭ. При расположении БДС глубоко в полости дивертикула, особенно у нижнего его края, а также при размерах последнего более 3,0 см целесообразно отказаться от его рассечения в связи с высоким риском перфорации ДПК и дальнейшую коррекцию патологии холедоха осуществлять открытой лапаротомией.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИХ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Хамдамов Б.З., Хотамов И.Э.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Цель исследования: изучение эндотелиальной системы лёгких при абдоминальном сепсисе.

Материал и методы. Исследования проводились на лабораторных беспородистых крысах в разработанной нами модели абдоминального сепсиса. Эксперименты были проведены на 106 белых беспородистых лабораторных крысах весом 200-250 грамм, обоего пола, находившиеся на обычном лабораторном рационе.

Воспроизведение экспериментальной модели абдоминального сепсиса проводилась поэтапно, путем изменения реактивности животных и создание гнойно-некротического очага в брюшной полости.

Забор крови в экспериментальных исследованиях проводили отдельно на входе и на выходе из легких. При этом кровь на входе в легкие является смешанной венозной кровью, которая поступала из нижней и верхней полых вен. На выходе из легких мы получали артериальную кровь, которая была универсальна для всего организма в целом. Данная методика была разработана и отработана группой исследователей Ташкентской медицинской академии. Каждая величина, полученная в разных пробах крови, так же подвергалась подсчету венозно-артериальной разницы, то есть величины, отражающей «задержку» или «выработку» субстрата в эндотелиальной системе легких.

Весь комплекс исследований больных с абдоминальным сепсисом сводился в непрерывном мониторинге состояния гомеостаза и функциональной активности жизненно-важных органов. Для этого проводились функциональные, инструментальные и лабораторные методы исследования. Активно использовались так же интегральные рейтинговые методы диагностики, такие как APACHE II, SAPS, SOFA.

Из показателей эндотелиальной системы исследовали уровень С-реактивного белка (мг/л), тромбомодулина (нг/мл), фактора Виллебранда (IU/dL), молекул межклеточной и клеточной адгезии (нг/мл) при помощи иммуноферментного анализатора; нитриты и нитраты (%), пероксинитрит (мкмоль/л), активность синтазы оксид азота (мкмоль/мин/л) по методу Грисса в модификации А.П. Солодко и соавт. на спектрофотометре СФ-46 при длине волны 520 нм.

Весь комплекс исследований соответствовал критериям трансляционной медицины, при которой использовался весь комплекс исследований, который позволял экстраполировать результаты экспериментальных исследований в клиническую практику.

Результаты исследования. Молекулярно-биохимические показатели эндотелиальной системы легких при экспериментальном моделировании абдоминального сепсиса, показали не однозначную картину происходящих изменений, которые носили фазовый характер и зависели от сроков развития патологического процесс.

Выводы.

1. Прирост пероксинитрита в различных пробах крови в зависимости от сроков развития экспериментальной модели абдоминального сепсиса, который характеризовался переходом из состояния преходящих явлений в стабильно прогрессирующие, свидетельствуя об истощении компенсаторных возможностей самой эндотелиальной системы легких.

2. Продуктивность vWF в эндотелиальной системе крови на выходе из легких свидетельствовали об активных структурных и функциональных нарушениях уже в сосудах малого круга.

3. Основной характер эндотелиальной системы легких на первом этапе сводился к блокированию потока патологических субстратов в системный артериальный кровоток, а на втором этапе развития экспериментальной модели абдоминального сепсиса – легкие перестают создавать барьер на пути генерализации воспалительного процесса, открывая путь для развития полиорганной дисфункции.

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМОЙ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Хамдамов У.Р., Кенжаев Л.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухара, Узбекистан

Проблема хирургического лечения повреждений и последствий повреждений сосудов верхней конечности по сей день остается одной из актуальных и до конца нерешенных в сосудистой и реконструктивной микрохирургии. Увеличение частоты сочетанного повреждения важных анатомических структур верхних конечностей в последние десятилетия связано, главным образом, с неуклонным ростом дорожно-транспортных происшествий. Наряду с этим, растет и число пострадавших при производственном и бытовом травматизме. Опыт большинства исследователей в области хирургии травм сосудов показывает, что из всех артерий верхних конечностей чаще всего повреждается плечевая артерия. По данным E. Hasan и соавт. (2010), повреждения плечевой артерии составляет 28% от всех сосудистых травм, а в исследованиях некоторых авторов этот показатель снижается до 23%.

Диагностика повреждений анатомических структур верхней конечности базируется на основе выявления ряда объективных клинических признаков и использования дополнительных методов исследования. Применение арсенала дополнительных методов диагностики зависит от времени, прошедшего с момента получения травмы, и тяжести состояния пострадавшего. D. Singh и соавт. (2004) «золотым периодом» считают поступление больных первые часы после получения травмы, где в 72% диагноз устанавливается на основе объективных данных и применения ультразвуковой доплерографии.

Клиническое наблюдение. Ребенок К., 8 лет, ист. Бол. №1849/599, поступил 17.04.2023 г. с жалобами на наличие образования в средней трети плеча, боли над образованием, усиливающие при физической нагрузке.

Из анамнеза выяснено, что за 2 месяц до поступления мальчик упал в доме и получал тупую травму области плеча. Обратилась в травмпункт по месту жительства, где его была наложена давящая повязка на рану, после чего ребенок была направлена на амбулаторное лечение. Спустя 3 дня от момента получения травмы появился умеренная отечность области раны с набуханием кожи. Был назначен консервативный курс терапии, и в последующем образование стало увеличиваться в объеме и пульсировать. При поступлении состояние удовлетворительное. В проекции внутренней поверхности средней трети плеча имеется выпуклой формы образование размерами 4 × 3 см. Образование пульсирует, пульсация плечевой и лучевой артерии отчетливая. Объем движений в локтевом и пальцевых суставах не ограничен, чувствительность пальцев не нарушена. Ребенку было выполнено дуплексное сканирование, где в проекции плечевой артерии визуализируется образование с толстыми стенками размерами 37 × 24 мм. В подмышечной артерии линейная скорость кровотока составляет 28 см/с, выше бифуркации плечевой артерии – 18 см/с. На МСКТ артерий левой верхней конечности определяется овальной формы мешотчатая аневризма размерами 34 × 27 × 32 мм, с наличием тромботических масс толщиной 9-10 мм, расположенных по средней 1/3 плечевой артерии. Под общим обезболиванием выполнена операция. С применением оптического увеличения и прецизионной техники образование было выделено. Дальнейшая мобилизация показала, что образование средних размеров, толстостенное, пульсирует, артерия ниже образования проходима. Произведено выделение образования от окружающих тканей. После мобилизации и наложения кровоостанавливающих зажимов выполнена резекция плечевой артерии с полным удалением посттравматической ложной аневризмы сосуда. Диастаз после резекции сосуда составил 4 см. Проксимальная и дистальная части сосуда были максимально мобилизованы, тем самым, удалось наложить циркулярный шов сосуда без натяжения. Необходимости применения аутовенозной вставки не возникло. После снятия зажимов проходимость сосуда удовлетворительная, появилась отчетливая пульсация на плечевой и лучевой артериях.

Удаленное опухолевидное образование округлой формы, плотноватой консистенции с толстыми стенками. На разрезе полость аневризмы средних размеров, выстлана фиброзной тканью, местами имеются организованные тромбы плотноватой консистенции. Течение послеоперационного периода без осложнений, пульсация артерий конечности отчетливая. Через 1 мес. у мальчика было выполнено дуплексное ангиосканирование, где проходимость восстановленной плечевой артерии удовлетворительная. Имеется магистральный кровоток в плечевой и артериях предплечья. Линейная скорость кровотока на лучевой артерии 25 см/с.

Таким образом, развитие ряда грозных осложнений при повреждении сосудов верхней конечности, в частности посттравматической ложной аневризмы, является следствием допущенных диагностических и тактических ошибок на этапах оказания первичной медицинской помощи пострадавшим с колото-резаными ранами и тупыми травмы. Своевременная диагностика и выполнение радикальной операции с наложением адекватного шва сосуда практически во всех случаях приводят к получению благоприятных отдаленных результатов.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Хужамов О.Б., Раджабова М.О., Усмонов А.У., Арзиев А.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

Введение. “Ненатяжная” методика паховой герниоаллопластики по Lichtenstein явила ряд очевидных преимуществ перед традиционными видами паховых грыжепластик. Операция занимает немного времени, проста в исполнении и вполне приемлема по себестоимости. Однако, нередко паховая связка настолько бывает разволокненной, что навряд ли может быть надежным местом для фиксации протеза. Возникает необходимость в его дополнительной фиксации. Использование для этого связки Соорег, как рекомендуют многие авторы, лишь частично решает проблему, а методики Козлова с формированием искусственной паховой связки и Fletching с использованием «трехслойной сетки» сложны в техническом отношении.

Целью исследования является оптимизация ненатяжной герниопластики при паховых грыжах, путем внедрения нового способа аллопластики.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования и лечения больных с паховыми грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении многопрофильной областной больницы г. Бухары в период с 2018 по 2023 гг. Для проспективного динамического активного исследования было отобрано 85 больных паховыми грыжами. Это были пациенты мужского пола с паховыми грыжами различного типа. Пациенты были оперированы как в плановом, так и в экстренном порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 24 (28,2%) больных с паховыми грыжами, которым осуществлялась герниоаллопластика по способу Lichtenstein. Вторую, основную группу составили 61 (71,8%) больных, которым выполнена паховая герниоаллопластика по модифицированному нами способу. Проанализированы результаты хирургического лечения 24 больных группы сравнения, которые оперированы по методу I.L.Lichtenstein. В ранний послеоперационный период серома послеоперационной раны возникла у 4 (16,7%) пациентов, которая ликвидирована пункционным методом. Острая задержка мочи наблюдалась у 1 (4,2%) пациента. 9 (37,5%) прооперированных больных по методу I.L.Lichtenstein, на момент выписки, указывали на чувство инородного тела в паховой области, из них паховая невралгия возникла у 3 (33,3%) пациентов. Количество осложнений преобладало у больных, которым был установлен «тяжелый» имплантат (25,0%), и за счет осложнений, связанных с раздражением нервов пахового участка (16,7%). Через 12 месяцев после операции удалось осмотреть 23 (93,5%) (из 24 больных в группе сравнения) оперированных, у 1 (4,3%) мужчины после операции по методу I.L.Lichtenstein пожилого возраста с доброкачественной гиперплазией простаты, прооперированного по поводу грыжи с дефектом 3 размера и паховым промежутком более 3 см, выявлен рецидив грыжи. Учитывая все вышеуказанные недостатки и возможные осложнения в послеоперационном периоде нами разработана и внедрена в практику модифицированная паховая герниоаллопластика. Задачей предлагаемого способа при разработке безопасного и эффективного способа оперативного лечения паховых грыж явилось укрепление задней стенок пахового канала путем предбрюшинной фиксации сетчатого имплантата, профилактика рецидивов и снижение послеоперационных осложнений, ранняя активизация и реабилитация больных.

Результаты исследования. Уменьшение травматичности хирургического доступа с ранней активацией оперированных больных, возможность укрепления задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой с предбрюшинной фиксацией способствовали двукратному сокращению длительности послеоперационной лихорадки, т.е. выделение серомы сократилось с 16,7% до 1,6%. После аллопластики изменения в паховом канале изучали с помощью УЗИ. В процессе исследования, с целью изучения составляющих тканей пахового канала, была измерена толщина прямой мышцы живота, внутренней косой и поперечной мышц живота, высота пахового промежутка в состоянии покоя и при напряжении (подъем ног на 15°) у больных, которым выполнена аллопластика грыжевого дефекта через 1 месяц после операции у 47 (77,0%) и 19 (79,2%) больных основной группы и в группе

сравнения соответственно. После аллопластики (через 1 месяц) во время ультразвукографии пахового участка хорошо прослеживается сетчатый имплантат позади семенного канатика независимо от того, выполнена ли пластика по методике I.L.Lichtenstein или предбрюшинной аллопластики в предложенной нами модификации. Поперечную фасцию не всегда удается визуализировать.

Выводы. Таким образом, во время напряжения толщина пахового канала достоверно увеличивается, а это говорит, что указанные операции не нарушают комфортабельный механизм пахового канала для семенного канатика, что предотвращает возможное нарушение кровотока в семенном канатике и яичке. Последнее изучали путём исследования пиковой систолической скорости кровотока в интратестикулярной артерии. Датчик располагали на коже мошонки над яичком. Сканирование проводили в реальном времени в продольном и поперечном направлениях для установления изменений тестикулярного кровотока на стороне грыжи и на здоровой стороне.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Хурсанов Ё.Э., Абдулсаидов С.К., Мирзабоев А.М., Хидиров М.С.

Самаркандский государственный медицинский университет;

Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Проблема хирургического лечения обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж является актуальной во всем мире несмотря на совершенствование высоких технологий и внедрения новых методик лечения ведущими хирургическими центрами. По данным рандомизированного контролируемого исследования, о котором сообщил Burger, частота рецидивов через 10 лет составила 67% в группе пластики швами по сравнению с 32% в группе пластики сеткой. Иначе говоря, при оценке эффективности разработанного алгоритма мероприятий по снижению послеоперационных осложнений немаловажное значение имеет отдаленный период, когда в ряде случаев новая разработка может привести к неожиданным результатам и последствиям.

Материалы и методы. В исследование включено 448 пациентов с обширными и гигантскими ПОВГ, находящихся на лечении в хирургическом отделении 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2012 по 2021 гг., которые были условно разделены на две группы: в основную группу включено 128 больных, оперированных в период с 2020 по 2021 гг, в группу сравнения - 320 пациентов, оперированных с 2012 по 2019 год включительно.

Обсуждение. Для оценки клинических результатов применения предложенных тактико-технических аспектов проведено исследование в двух группах. Отдаленный результат прослежен у 316 пациентов группы сравнения и 127 пациентов основной группы (исключены 4 летальных случая в группе сравнения и 1 летальный случай в основной группе). Анализ сравнительной частоты отдаленных раневых осложнений в зависимости от размеров грыжи показал, что в группе сравнения чаще отмечено сморщивание протеза – 3,5% при обширных и 4,0% при гигантских грыжах, тогда как в основной группе при обширных грыжах сморщивания протеза не отмечено ни в одном случае, а при гигантских грыжах встретилось лишь в 1 (1,3%) случае. Аналогичная ситуация с частотой кожно-протезных свищей: в группе сравнения 3,5% при обширных грыжах и 5,5% при гигантских, тогда как в основной группе 2,0% при обширных и 2,6% при гигантских грыжах. Отрыв же протеза с образованием постпротезной грыжи отмечен только в группе сравнения: 3(2,6%) случая при обширных и 7(3,5%) при гигантских грыжах. Выявлено достоверное различие при пластике рецидивных грыж в виде уменьшения отдаленных осложнений с 16,1% до 4,5% ($\chi^2=5,781$; Df=1; p=0,017). А также в целом по группам можно констатировать достоверное различие ($\chi^2=7,902$; Df=1; p=0,005): количество всех отдаленных осложнений составило в группе сравнения 37 (11,7%), в основной группе 4 (3,1%).

Вывод. Внедрение усовершенствованной методики ненапряжной протезной пластики ПОВГ в совокупности с применением предложенного варианта профилактики развития раневых осложнений позволило снизить частоту отдаленных осложнений с 11,7% (у 37 из 316 пациентов в группе сравнения) до 3,1% (у 4 из 127 пациентов в основной группе; $\chi^2=7,902$; Df=1; p=0,005), в том числе сморщивание протеза с 3,8% (у 12 больных) до 0,8% (у 1 пациента), формирование кожно-протезных свищей с 4,7% (15) до 2,4% (3), а также нивелировать риск отрыва протеза с образованием парапротезной грыжи (с 3,2% (10) до 0%).

БРОНХОЭКТАЗ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ИММУНОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ТАВСИВИ

Ҳикматов Ж.С.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Бронхоэктатик касаллик - бронхларда қайтарилмас ўзгаришлар (кенгайиш, деформатсия) билан тавсифланган касаллик бўлиб, улар функционал заифлик ва бронхиал дарахтда сурункали йирингли-яллиғланиш жараёнининг ривожланиши билан кечади.

Иммунологик нуқтаи назардан, бронхоэктазларга катта қизиқиш уйғонади, чунки у иммунитет танқислиги механизмлари ва бактериал инфекцияга кейинги доимий яллиғланиш реакцияси ҳақида тушунча беради. Шунингдек, у беморнинг натижаларини яхшилаш учун иммунитет реакциясини манипулятсия қилиш потенсиалини таклиф қилади. Шунини таъкидлаш керакки, бронхоэктатик касалликларнинг ривожланишига ҳисса қўшиши мумкин бўлган жуда кўп турли хил омиллар (инфекциядан кейинги, иммунитет танқислиги, шиллиқ қаватлар функцияси, тизимли яллиғланиш касалликлари, нафас йўллариининг обструкцияси) мавжуд бўлсада ва уларнинг патогенези ҳали тўлиқ ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади: Бронхоэктаз касаллигини комплекс хирургик даволашда иммуностатусни коррекциялаш усулларида фойдаланган ҳолда операциядан кейинги клиник натижаларни яхшилаш

Материал ва усуллар: Тадқиқотда Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (Бухоро вилоят КТТМ) I хирургия бўлимида 2019-2023-йилларда ва Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази Ўпка ва кўкс оралиғи хирургия бўлимида бронхоэктаз касаллиги (БЭ) бўлган 118 нафар бемор ўрганилди. Уларнинг 47 нафарини эркак (39,8%) ва 71 нафарини (60,2%) аёл беморлар ташкил этди. Ўртача ёш $38,2 \pm 2,2$ ёшни ташкил этди.

Тадқиқотда асосий гуруҳда 52 нафар ва таққослаш гуруҳида 66 нафар бемор иштирок этди. Барча беморлар стандарт даволанди асосида даволанди, шу жумладан антибиотиклар (микроб сезгирлигига қараб) ва бронхолитиклар (суткасига 3-4 марта небулайзер орқали 500 мкг дозада бромид ипратропияси+фенотерол ингальяцияси) қабул қилди. Маҳаллий терапия ўтказиш учун шунингдек, санацияли фибробронхоскопия ўтказилди. Асосий гуруҳ (52 нафар) беморларда шу билан бирга иммунотерапия ўтказилди. Санацион фибробронхоскопия муолажалари 3-4 кун оралиқ билан олиб борилди; даволаш курси 3 дан 6 сеансгача давом этиб, бу бронх ажралмасининг характери ва ҳажмига боғлиқ бўлди.

Тадқиқот давомида асосий гуруҳ беморларида иммунотерапия мақсадида биз Ликопид® (Licopid) дори воситасидан фойдаланилди. Таркиби глюкозаминилмурамилдипептид (ГМДП) ташкил топган. Таблетка ҳолатида чиқарилади. Препарат катталарда иккиламчи иммунитет танқислиги ҳолатлари билан кечадиган касалликларни комплекс даволашда қўлланилади: тери ва юмшоқ тўқималарнинг ўткир ва сурункали йирингли-яллиғланиш касалликлари, шу жумладан операциядан кейинги йирингли-септик асоратларда. Дори воситаси эраталаб овқатланишдан ярим соат олдин қўлланилади.

Цитокинлар концентрациясини аниқлаш учун беморлар балғами олинди ва ИФА ёрдамида тадқиқотлар ўтказилди. Бунда тест-тизимлардан фойдаланган ҳолда интерлейкин-4 (IL-4) ва интерлейкин-8 (IL-8) концентрациялари аниқланди. Гуморал иммунитетни аниқлаш учун бемор балғамидаги IgA, IgM, IgG иммуноглобулинлари концентрацияси ИФА ёрдамида аниқланди. Бунда тест-тўплamlаридан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари «MS Excel-XP» дастурининг электрон матричасига киритилди. Статистик усуллар ўртача қийматларни (M) ва уларнинг вариацион хусусиятларини (стандарт хато - SE, стандарт оғиш - SD) ҳисоблашни ўз ичига олади. Далиллаш тамойилларига асосланиб, барча ҳисобланган статистик кўрсаткичларнинг ишончлилиги $p < 0,050$ дан $p < 0,001$ гача бўлган. $p > 0,050$ дан паст бўлган барча статистик кўрсаткичлар ишончсиз деб топилди.

Тадқиқот натижалари: Тадқиқот давомида, яллиғланишни қўлловчи ва унга қарши цитокинларнинг бемор балғамидаги концентрацияси организмда кечаётган яллиғланиш жараёнининг кечиши касаллик якунига мос ўзгариб туради, улардан бирининг концентрацияси иккинчисидан устун бўлса, ушбу натижа яллиғланиш жараёни кучли кечишидан далолат беради. Тадқиқотимиз давомида иммунологик статусни белгиловчи IL-8 цитокини миқдор жиҳатдан яллиғланишга қарши IL-4 га нисбатан кўп аниқланиши шу патологик ҳолатнинг яққол ривожланганидан далолат беради. Демак, беморлардан биологик ашё олиш босқичида яллиғланиш кучли ривожлангани исботланди. Хулоса қилиб айтганда, юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, яллиғланишга қарши IL-4 ва иммунологик статусни белгиловчи IL-8 цитокинларни қўшимча ташхисий ҳамда прогностик иммунологик мезонлар сифатида тавсия этилди.

Бронхоэктаз касаллиги билан оғриган беморлар балғамидаги асосий иммуноглобулинлар (IgM, IgG, IgA, IgE) концентрациясини аниқлаш асосий ва таққослаш гуруҳлардаги беморларда уларнинг ўзгариш йўналишлари ва кўпайиш тенденциялари амалий жиҳатдан бир хил бўлганини кўрсатди. IgA миқдори хар иккала гуруҳда назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан мос равишда 1,25 ва 1,02 мартага ошган бўлса ($p < 0,05$), IgM концентрацияси мос равишда 1,15 марта ($p < 0,05$) ва 1,05 мартага ($p > 0,05$) кўпайган, IgG нинг шу параметрлари 2,12 ва 2,14 мартага ишончли даражада ошган ($p < 0,005$). Хар иккала иммуноглобулиннинг ўрганилаётган назологик бирлик учун патогенетик аҳамияти бўлса ҳам, диагностик ва касаллик кечиши ҳамда якуни истиқболлини белгилаш бўйича аҳамияти камлигини эътироф этамиз.

Асосий касаллик фонидаги беморларда яллиғланишга қарши (IL-4) цитокинлар миқдори назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ишонarli равишда юқори бўлганлиги билан ажралиб турди. Агар IL-4 бўйича гуруҳлараро фарқ 1,98 ва 2,05 мартани ташкил этган. Барча кўрсаткичлар орасида илк бор цитокинлар параметрлари бўйича беморлар гуруҳлари (Асосий ва таққолаш гуруҳлар) орасида фарқлар кузатилди ($p < 0,05$, $p < 0,005$). Бу эса касаллик патогенезига, унинг шаклланиши ва ривожланишида иммун тизимининг тутган ўрнига янгича қараш сифатида тавсия қилинади. Ҳар иккала цитокин ҳам (IL-4 ва IL-8) беморларда бронхоэктаз касаллигининг кечиши ва якуни истиқболлини белгилашда амалий соғлиқни сақлаш учун қўшимча прогностик мезонлар сифатида тавсия этилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, IL-4 ва IL-8 кузатув гуруҳи беморларида умумий қабул қилинган меъёр ёки референс кўрсаткичлар доирасида бўлиб, даволашдан кейин ҳам амалий жиҳатдан бир бирига яқин натижани кўрсатди - мос равишда ўрганилган параметрлар бўйича $11,12 \pm 0,71$ нг/мл ва $46,31 \pm 1,59$ нг/мл.

Бронхоэктаз касаллиги билан оғриган беморлар балғамидаги асосий иммуноглобулинлар (IgM, IgG, IgA, IgE) концентрациясини аниқлаш асосий ва таққослаш гуруҳлардаги беморларда уларнинг ўзгариш йўналишлари ва кўпайиш тенденциялари амалий жиҳатдан бир хил бўлганини кўрсатди. IgA миқдори хар иккала гуруҳда назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан мос равишда 1,25 ва 1,02 мартага ошган бўлса ($p < 0,05$), IgM концентрацияси мос равишда 1,15 марта ($p < 0,05$) ва 1,05 мартага ($p > 0,05$) кўпайган, IgG нинг шу параметрлари 2,12 ва 2,14 мартага ишончли даражада ошган ($p < 0,005$).

Тадқиқот давомида IgA, IgM ва IgG лардан фарқли равишда IgE нинг бемор балғамидаги концентрацияси эътиборни жалб этадиган даражада ўзгарди. Бошқа иммуноглобулинлардан фарқли равишда улар миқдори нафақат назорат гуруҳларидан, балки, қиёсланаётган гуруҳлар орасида ҳам фарқли бўлди.

Асосий ва таққослаш гуруҳда бу кўрсаткич янада ошгани қайд этилди - $167,58 \pm 6,67$ нг/мл (6,85 мартага $p < 0,005$). Бронхоэктаз касаллиги мавжуд беморлар балғамида IgE нинг кўп миқдорда ($6,33$ ва $6,85$ мартага) ошиши организмда касалликнинг кучайганлигини кўрсатди.

Тадқиқотда бронхоэктаз касаллигида мураккаб жарроҳлик даволаш, шу жумладан санацион фибробронкоскопия ва иммунотерапия, беморларнинг асосий гуруҳида бронхиал дарахтда ажралма табиатининг ўзгаришига олиб келди. Ушбу гуруҳда шиллиқ йирингли ажралма бор беморлар сони 35,9% га камайган, шилимшиқ ажралма бўлган беморлар сони 1,9% га кўпайган ва 34,1% беморларда бронхиал дарахтда ажралма бутунлай йўқолган.

Хулоса. Бронхоэктаз касаллигига чалинган беморларда комплекс хирургик даволашда анъанавий даволаш билан биргаликда иммунотерапияни қўллаш юқори самарадорликка эришилди ва патогенетик асосланган ҳамда касалликни даволаш ва олдини олишда юқори самарадорликка эга ҳисобланади, шунинг учун клиника амплиётида кенг фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин бўлди.

МЕТАБОЛИК СИНДРОМ БИЛАН АЁЛЛАРНИ ТУҒРУҚҚА ТАЙЁРЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Шавкатова Г.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Долзарблиги. Замонавий адабиётларда қайта-қайта таърифланганидек, метаболик синдром - бу патофизиологик даражада боғлиқ бўлган омиллар мажмуаси бўлиб, улар экстрагенитал патологияларнинг ривожланишининг ўта юқори умумий хавфини белгилайди. Натижада, уни ерта аниқлаш ва олдини олиш, шунингдек, тузатиш усулларини такомиллаштириш замонавий тиббиёт жамиятининг долзарб муаммоси бўлиб келмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади метаболик синдромнинг организмга таъсири ва муносабатларини ўрганиш ҳамда уни тузатиш усулларини замонавий даражада солиштириш.

Материаллар ва усуллар: Тадқиқот СамДТУ Кўп тармоқли клиникаси гинекология бўлимига мурожаат қилган 50 нафар аёлларида ўтказилди. Ўрганилган аёллар ортиқча вазн мавжудлиги ёки йуқлигига қараб 2 гуруҳга булинди: нормал тана вазнига эга аёллар биринчи гуруҳни ($n=20$) ва ортиқча вазнли аёллар иккинчи гуруҳни ($n=30$) ташкил қилишди. Беморлар учун қуйидаги клиник ва лаборатория текширув усуллари ўтказилди: шикоятлар ва

анамнезни таҳлил қилиш, антропометрик кўрсаткичларни ўлчаш билан объектив ҳолатни ўрганиш, лаборатория тадқиқот усуллари (тўлиқ қон рўйхати, тўлиқ сийдик таҳлили, биокимёвий қон тести, глюкоза бардошлик тести), ултраовуш тос аъзоларини текширишнинг инструментал усулларидан фойдаланилган.

Натижалар: Беморлар туғиш ёшида бўлиб, уларнинг ўртача ёши $28,1 \pm 2,4$ йилни ташкил қилди. Барча беморларга метаболик синдром ташхиси қўйилган. Мурожаат қилганда, беморлар ҳайз даврининг бузилишидан шикоят қилишди (ўртача 7,5 йилгача), узоқ муддатли акне ҳар иккинчи беморни безовта қиларди, 70% умумий заифлик, тирноқларнинг мўртлиги ва бошидан тез-тез соч тўкилиши 30% томонидан қайд этилган. Текширув натижаларига кўра 78% ановуляция, 20% бачадондан патологик оқма, 22% иккиламчи аменорея, 64% олигоаменорея кузатилган. Биринчи гуруҳ беморларига факат тўғри овқатланиш асосларидан фойдаланилган ҳолда кам калорияли парҳез ва жисмоний фаоллик даво муолажалари сифатида тавсия этилди. Олинган маълумотлар метформинни назарий жиҳатдан билвосита қон зардобда инсулин даражасини пасайтириб, ва тўғридан-тўғри тухумдонда ферментлар фаоллигини пасайтириши мумкинлиги сабабли, метформинни иккинчи гуруҳ беморларига даволашнинг биринчи босқичида буюрдик. Биз беморларга метформинни кунига 500 мг бошланғич дозада тавсия қилдик. Агар таъсир бўлмаса, дозаси икки баравар оширилди. Ушбу усул лаборатория ва клиник маълумотларнинг кўрсаткичларига қараб 3-6 ой давомида қўлланилган. Биринчи гуруҳ аёлларининг аксариятида (60%) тавсиялардан кейин мусбат динамика кузатилди. Уларда ҳайз цикли нормаллашди, умумий ҳолсизлик белгилари камайди ва 35% да умуман кузатилмади, умумий организм ҳолати - тери, сочлар, тиш ва тирноқлар кўриниши яшиланди. 40% аёллар тавсияларни ўз вақтида бажара олишмаганлигини айтишда, шунга кўра уларда олинган натижани баҳолаш имкони бўлмади.

Иккинчи гуруҳнинг 60% да терапевтик таъсирга эришиш учун дозани кунига 1000 мг га ошириш керак бўлди. Шу билан бирга, 1-даражали семизлиги бор аёлларда кўрсаткичлар 3 ой ичида нормаллашди. Метформин билан даволаш пайтида беморларда вазн йўқотиш ва қон параметрларининг нормаллашиши, МЦ нинг нормаллашиши ва овуляция фазасининг тикланиши кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, бизнинг ишимиз натижаларига кўра, метаболик синдром репродуктив тизимга, шунингдек, бутун танага, ҳатто ортиқча вазнсиз беморларда ҳам таъсир қилади, деб айтишимиз мумкин. Метаболик ўзгаришларнинг намён бўлишига қараб, шикоятлар ва унинг белгилари ўзгариб туради, метаболик ўзгаришларни таҳлил қилиш натижаларига кўра, 1-даражали семириш ва ортиқча вазннинг йўқлиги энг қулай тур сифатида қаралиши мумкин.

ДИНАМИКА МИКРОБНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Шайкулов Х.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Введение. В госпитальных условиях особое значение имеет накопление в микробной популяции антибиотикорезистентных штаммов, что неизбежно влечет за собой проблемы антибиотикотерапии и приводит к продлению сроков лечения. В свою очередь, опасность длительного пребывания пациента в стационаре заключается в возрастании риска инфицирования госпитальными антибиотикоустойчивыми штаммами.

Цель: Выявить динамику высеваемости инфекционных агентов.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ результатов бактериологических исследований у (100) пациентов ЦДХ г Самарканда, получавших лечение в отделении гнойной хирургии по поводу раневой инфекции и гнойно-воспалительных заболеваний костей и мягких тканей. Продолжительность лечения у пациентов с хроническими гнойными процессами, включенных в исследование, достигала 15 недель. Количество видов микроорганизмов на 1 пробу в среднем превышало 1,5 (1,2-2,0 в различные сроки).

Результаты: Анализ видового состава микробиоты показал, что основными возбудителями гнойных инфекций были представители родов *Staphylococcus* и *Enterococcus*. Среди грамотрицательных возбудителей лидировали штаммы *Pseudomonas aeruginosa*, в более поздние сроки незначительно возрастал удельный вес представителей сем. *Enterobacteriaceae*. Примечательна динамика высеваемости основных инфекционных агентов в зависимости от длительности пребывания больного в стационаре. Выявлено, что независимо от сроков, преобладали грамположительные кокки, среди которых доминировали *Staphylococcus aureus*. Их доля составляла (32-33%), за исключением периода 3-4 недели, в который удельный вес *Staphylococcus aureus* снизился до (24%). Представители рода *Enterococcus* сохраняли в структуре удельный вес на уровне (13-17%), но в самые поздние сроки (более 10 недель) их доля увеличилась до 19%. Штаммы *Pseudomonas aeruginosa* при первичном взятии материала из локуса инфекции выделялись в 6% случаев, однако, с увеличением длительности пребывания больных в отделении, удельный вес этого инфекционного агента возрастал и в период 10-14 недель составлял 25%.

Выводы. Таким образом, доля *Pseudomonas aeruginosa* в общей массе грамотрицательных возбудителей в самые поздние сроки достигала 66%. У 78% пациентов при длительном лечении антибиотиками не удавалось добиться полной эрадикации возбудителей.

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОРОТКИМИ И СЛОЖНЫМИ ПРЯМОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИШеховцов С.А.^{1,2}, Раджабова М.О.², Усмонов А.У.²

1 - Ведущая многопрофильная клиника города Адду, Мальдивская Республика

2 - Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино

Введение. Не смотря на прошедшие столетия с момента первого упоминания о прямокишечных свищах, проблема их лечения продолжает оставаться актуальной. На данный момент времени прослеживается четкое разделение на классические и современные методики лечения прямокишечных свищей. Такие хирургические вмешательства как: фистулотомия и фистулаэктомия, пластическое закрытие внутреннего отверстия свища лоскутом (слизистым, слизисто-мышечным, кожно-мышечным), лигатурный способ и другие, позволяют добиться излечения в 85-100% случаев.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения коротких и сложных прямокишечных свищей с использованием модифицированной нами методики FiLAC.

Материалы и методы исследования. На базе хирургического стационара клиники AIMS diagnostic care pvt ltd (город Адду, Мальдивы), в период с 1.02.2019 по 28.02.2023, было осуществлено рандомизированное, одноцентровое, сравнительное клиническое исследование. Исследование выполнено на 62 пациентах в возрасте ≥ 18 лет, с транссфинктерными или экстрасфинктерными свищами 1-2 степеней сложности (первичными и рецидивными), у которых свищевой ход не превышал 4-х сантиметров в длину. Все пациенты были разделены на две равнозначные группы. В Основную Группу вошел 31 пациент, которым лазерная облитерация выполнялась с применением диодного лазера с длиной волны 1470 нм и мощностью 14 Вт. Воздействие лазерным излучением на стенки свищевых ходов осуществлялось в течении 3 секунд на каждые 1 мм свища. В Группе Сравнения, куда также вошел 31 пациент, лазерная облитерация выполнялась по классической технологии FiLAC с применением диодного лазера с длиной волны 1470 нм и мощностью 12 Вт. В Основной Группе заживление наступило у 23 (74,1%) из 31 больного. В Группе Сравнения заживление наступило у 19 (61,2%) из 31 больного. В раннем послеоперационном периоде мы имели ряд осложнений в обеих группах исследуемых больных. В Группе Сравнения были зафиксированы осложнения в виде острого парапроктита, возникшего у 4 (13%) пациентов на 8, 11, 12 и 14 сутки с момента проведенной операции соответственно. В Основной Группе мы имели место с послеоперационным осложнением у 1 (3%) пациента. Также в виде возникшего острого парапроктита. Все пациенты имели транссфинктерные свищи по передней полуокружности с шириной свищевых ходов в самой широкой части от 7 мм до 9 мм. Причиной возникновения свища служили ранее перенесенные вмешательства в связи с острым парапроктитом без ликвидации анальной крипты (пациентам проводилось вскрытие и дренирование острого парапроктита). Стаж патологии исчислялся от 1 до 3 лет. Трое пациентов были клинически здоровы и не имели сопутствующей патологии. У одного пациента, сопутствующая патология была представлена ИБС, АГ, гиперлипидемия и СД 2 типа в стадии компенсации. Все пациенты имели нормальные результаты сфинктерометрии и набирали 0 баллов по шкале Wexner. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялась постановка дренирующей лигатуры. Всем пациентам выполнялась лазерная облитерация свищевых ходов с применением мощности 12 Вт и скоростью удаления 1мм\1 сек. Признаки возникновения осложнения возникали у них на 11-е, 14-е и 15-е сутки соответственно с момента выполненной процедуры. 3D ЭУЗИ во всех случаях показало наличие гнойных затеков в ишиоанальной клетчатке по ходу ранее подвергшегося воздействию лазерным лучом свищевых ходов. Всем пациентам выполнялось дренирование затеков на первом этапе и иссечение свища с ушиванием сфинктера на втором этапе хирургического лечения. В послеоперационном периоде, проведенная сфинктерометрия показала наличие анальной инконтиненции 1 степени, подтвержденная 5 баллами по шкале Wexner у всех этих пациентов. Причиной, повлекшей возникновение данного осложнения у пациента из Основной Группы, опираясь на результаты 3D ЭУЗИ, является наличие не диагностированного во время предоперационного обследования затека по ходу свища. Причиной, повлекшей возникновение данного осложнения у пациентов из Группы Сравнения, опираясь на результаты 3D ЭУЗИ, является недостаточная мощность и время воздействия применяемого лазерного излучения на фоне неравномерного диаметра просвета свищевых ходов с максимальной шириной последнего в 9 мм, приведшее к неравномерному воздействию на стенки свищевого канала лазерного луча и, как следствие, нарушению оттока раневого экссудата с образованием его скоплений по ходу последнего.

Выводы. Частота заживления у пациентов, перенесших вмешательство с использованием мощности 14 Вт и временем воздействия на стенки свищевых ходов в течении 3 секунд на каждый 1 мм хода составляла 74%, что значительно выше чем у пациентов, подвергшихся воздействию 12 Вт мощности и временем воздействия на стенки свищевых ходов в течении 1 секунды на каждый 1 мм хода частота заживления у которых не превышала 61%. Лазерная облитерация свищевых ходов по предложенной нами методике, может являться одним из лучших методов

выбора у пациентов со сложными, короткими прямокишечными свищами с извитым или широким просветом (более 5 мм) и высоким риском возникновения анальной инконтиненции.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Эгамов Ю.С.¹, Рузиев А.Э.², Дурдиев Х.Б.¹

1 - Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий, послеоперационные осложнения и летальность при остром распространённом перитоните остается высокой. Особенно высокая летальность наблюдается при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев. Трудность решения проблемы перитонита состоит в том, что при его лечении недостаточно корректируется интоксикация организма в послеоперационном периоде.

Несмотря на полноценную ликвидацию первичного очага инфекции, у большинства больных продолжается нарастание степени интоксикации организма. Вопрос о целесообразности антибактериальной терапии даже при таком тяжелом течении перитонита остается не решенным. Для повышения эффективности антибиотикотерапии и коррекции иммунитета при перитоните является введение препаратов в лимфатическую систему. Одним из таких методов является лимфотропная терапия, которая обеспечивает в лимфатическом регионе очага поражения достаточных и стабильные терапевтические концентрации лекарственных препаратов.

Всем больным основной группы интраоперационно в брыжейку кишечника установили специальный катетер для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде. Для лимфотропной терапии применяли антибиотики широкого спектра действия (цефалоспороны III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Лимфотропная терапия проводилась в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного один или два раза в сутки в течение 4-5 дней. Результаты лечения применения лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями контрольной группы больных. На фоне применения лимфотропной терапии у больных основной группы на 2-е сутки возобновилась перистальтика кишечника, а на 3-сутки отмечено отхождение газа. В отличие от них, у больных контрольной группы слабые перистальтические шумы кишечника появились на 3-сутки после операции. 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 достоверно снизился на 3-сутки, а у больных контрольной группы 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.

Таким образом, при абдоминальной хирургической патологии применяемая лимфотропная терапия в комплексе лечения больных в послеоперационном периоде положительно влияет на функции кишечника и организма в целом, предотвращая осложнения со стороны основного заболевания. При этом сокращаются расходы на медикаменты и пребывание больного в стационаре на $3,5 \pm 1,5$ дня.

ДИАГНОСТИКА АТРЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Абзалова М.Я., Мурсакаева К.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Наиболее частым показанием к трансплантации печени у детей является билиарная атрезия (БА) – самое распространенное холестатическое заболевание печени у детей раннего возраста. В структуре заболеваний гепатобилиарной системы у детей первых 6 месяцев жизни билиарная атрезия составляет 45% и занимает ведущее место. Ранняя диагностика заболевания чрезвычайно важна, так как своевременное проведение операции по Касаи, а при ее неэффективности -трансплантации печени позволяет существенно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни этих больных.

Цель работы: является совершенствование диагностики билиарной атрезии у детей.

Материалы и методы. За период 2012–2022 гг. в клинике ТашПМИ под наблюдением находились 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек) с БА. Все больные тщательно обследованы клинически, изучены данные анамнеза жизни и болезни, оценивались результаты клиничко-лабораторных исследований. Диагноз установлен на основании

данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Всем детям проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости в режиме серой шкалы.

Результаты. Средний возраст детей на момент обследования в клинике составил $6,6 \pm 2,2$ мес. При этом дебют заболевания приходился на первые 3 мес. жизни. Анализ анамнестических данных показал, что в 45% случаев (9 детей) беременность у матерей протекала с угрозой прерывания. В 8 (40%) случаях отмечалась низкая масса тела ребенка при рождении. При проведении УЗИ органов брюшной полости у всех детей выявлена гепатомегалия, повышенная эхогенность печеночной паренхимы и ее неоднородность, у 5 детей (25% случаев) отмечено отсутствие визуализации внутрипеченочных желчных протоков. Коагулопатия, характеризующаяся кровоточивостью из мест инъекций, появлением синяков на теле и петехиальной сыпью, в возрасте первых 3-х мес жизни, а также в дебюте заболевания отмечалась у 12 (60%) детей. У остальных 8 (40%) детей эпизодов коагулопатии, клинически и лабораторно подтвержденных, до момента оперативного лечения зафиксировано не было. Биохимический анализ выявил умеренное повышение цитолитической активности ферментов: АЛТ $150,8 \pm 22,6$ Ед/л, АСТ $240,2 \pm 36,6$ Ед/л. Уровень общего билирубина повышался до $153,7 \pm 17,6$ мкмоль/л, с преобладанием прямой фракции билирубина ($84,0 \pm 10,1$ мкмоль/л). Содержание общего белка составило $61,7 \pm 1,9$ г/л, уровень альбумина равнялся $35,1 \pm 1,2$ г/л.

Заключение. На основании анализа первых клинических симптомов БА у детей раннего возраста показано, что одним из наиболее важных в диагностике атрезии является сочетание ахолии стула с длительной желтухой и гепатомегалией. Наличие этой клинической симптоматики можно считать первым шагом в алгоритме диагностики БА у детей первых 3 мес жизни, который обуславливает необходимость проведения биохимического анализа крови, который является вторым шагом в диагностике БА. При обнаружении коагулопатии, гипербилирубинемии преимущественно за счет прямой фракции, повышения уровня ГГТП и ЩФ необходимо провести третий шаг в диагностике билиарной атрезии – УЗИ органов брюшной полости, обнаружение при котором повышенной эхогенности печеночной паренхимы и ее неоднородности, нарушение визуализации внутрипеченочных желчных протоков и желчно-го пузыря.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ПЕРСПЕКТИВЫ НОВЫХ ПОДХОДОВ

Яглы С.И., Анисимов А.Ю.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Российская Федерация

Введение: Актуальность проблемы кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) по-прежнему остается на главенствующем уровне. Впервые возникшее кровотечение из ВРВП приводит к смертельному исходу до 25% случаев. Риск развития повторного кровотечения из ВРВП в течении года до 60%, а летальность на госпитальном этапе превышает 30%. В связи с чем используют различные методы остановки кровотечений.

Материалы и методы. Для проведения сравнительного анализа рассмотрены следующие аспекты: 1. Эффективность применения экстренных методов остановки кровотечения из ВРВП. 2. Персонализированный подход в медицине к пациентам, их психоэмоциональное состояние при различных видах достижения гемостаза. 3. Дальнейшее нахождение и ведение пациентов в стационаре с учетом плана лечения при ВРВП. 4. Современный взгляд и поиск новых методик остановки кровотечения из ВРВП.

Результаты. Успех применения саморасширяющихся стентов при рефрактерном неконтролируемом кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода составил 96-97%, что является доказательством их эффективности. Преимущества стента Даниша заключается в меньшей травматичности, лучшей переносимостью пациентом, чем при использовании зонда-обтуратора Сенгстака-Блэкмора. SEMS лучше всего использовать промежуточным методом между кровотечениями и трансъюгулярным внутрипечёночным портосистемным шунтом (TIPS) или пересадки печени, что показывает более высокую выживаемость.

Заключение. Необходим переход от менее эффективного, тяжело переносимого пациентами зонда обтуратора Сенгстака-Блэкмора к более сложному в имплантации, более затратному методу стентов SEMS. Оба метода имеют недостаток в виде образования пролежней и эрозий на слизистой пищевода, однако решение при применении стентов кажется более реалистичным, в связи с разработками материалов и из других областей хирургии, что применимо при лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА БОЛЬНЫМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Яров Ж.Б.

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

Актуальность. Эпидемиологические и статистические исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют о повсеместном неуклонном росте заболеваемости раком ободочной кишки, который занимает третье место в общей структуре злокачественных новообразований, уступая лишь раку легкого и молочной железы. До 40% больных с опухолями толстой кишки госпитализируются в стационары по экстренным показаниям с явлениями острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии (ООТКН ОЭ), при которой частота послеоперационных осложнений и летальности достигают 57,2%, а показатель 5-летней выживаемости не превышает 28-33%.

Материал и методы. Проведен анализ 23 пациентов выполненных эндоскопическое стентирование опухолевого канала, поступивших в РНЦЭМП по поводу ООТКН ОЭ за период с 2023 по 2024 гг. Мужчин было 11 (47,8%), женщин – 12(52,2%). Основной контингент пациентов составляли лица пожилого и старческого возраста – средний возраст больных, включенных в исследование, составил $63,4 \pm 14,7$ лет. В течение первых 3 суток от начала заболевания поступило 7(30,4%) больных, до 5 суток – 3(13,1%), позже 5 суток было госпитализировано 13(56,5%) пациента. У 19(82,6%) больных было выявлено левосторонняя локализация опухоли, а у 4(17,4%) правосторонняя локализация. Обследование больных с ОТКН осуществляли с помощью оценки анамнеза, физикальных данных, стандартных клинических, лабораторных, инструментальных методов обследования (рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, колоноскопии, компьютерной томографии, лапароскопии).

Результаты. Установить саморасширяющиеся металлический стент (СМС) оказалось возможным у 21 (91,3%) из 23 пациентов, страдавших ООТКН ОЭ. У 2(8,7%) больных попытки установить СМС были безуспешными в связи с невозможностью проведения проводника за опухоль. Этим пациентам проведено экстренное хирургическое вмешательство. В 19 (90,5%) наблюдениях установка СМС сопровождалась удовлетворительным клиническим результатом, проявлявшимся восстановлением пассажа кишечного содержимого и регрессом симптомов кишечной непроходимости. В 2 (9,5%) наблюдениях технически-успешная установка СМС не привела к ликвидации кишечной непроходимости, а сопровождалась развитием угрожающих жизни осложнений, что также потребовало проведения экстренного оперативного вмешательства. Стент-ассоциированные осложнения имели место в 2(9,5%) наблюдениях: перфорация опухоли стентом- 1 случай, миграция стента - 1 больной. Послеоперационная летальность составила 4,8% (умер 1 больной).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что эндоскопическое стентирование толстой кишки с помощью СМС является эффективным и достаточно безопасным способом лечения больных ООТКН ОЭ, позволяющим ликвидировать кишечную непроходимость у 90,5% пациентов. Его использование сопровождается развитием стент-ассоциированных осложнений у 9,5% больных, а летальность не превышает 4,8%.

INFORMATIVE SIGNIFICANCE OF NEUTROPHIL-LYMPHOCYTE RATIO IN CRITICALLY ILL PATIENTS DUE TO TRAUMATIC BRAIN INJURY

Ashurov T.Kh.

Bukhara branch of Republican Scientific Center for Emergency Medicine, Bukhara, Uzbekistan

Relevance: Recently, there has been a significant increase in the number of brain injuries, including in people of working age, accompanied by high levels of mortality and disability rates. Based on indicators of the number and ratio of various types of peripheral blood leukocytes, their functional activity, it is possible to determine the occurrence and dynamics of pathological processes in the body. Quantitative analysis of the leukocyte formula is an important research method of diagnostic and prognostic importance in critical conditions of patients with TBI.

Purpose of the study: To determine the importance of NLR1 in predicting the outcome of critical situations caused by TBI.

Materials and methods of the study: The objects of the study were clinical and laboratory data of 24 patients aged between 32 and 61 years (mean age 56.3 ± 3 years). According to the generally accepted severity of TBI according to the degree of coma according to the Glasgow scale (GCS), patients were divided into 3 groups: 14 or 15 points of coma I st. 6 patients; Scores from 9 to 13 - stage II coma. 8 patients and from 3 to 8 points - stage III coma. 10 patients. Clinical and systemic indicators of hemodynamics and respiration, instrumental (ECG, chest x-ray, MSCT examination of the brain)

and laboratory data (leucoformula, NLRI) were analyzed. Comparison of clinical and laboratory parameters was carried out in three stages: first stage - upon admission, second stage: -3. day, third stage - day 7 of intensive treatment.

Results and discussion: When the leucoformula indicators were examined, it was revealed that the average NLRI indicator in all patients in the first phase of the study was in the range of 2.2 ± 0.64 . In patients who survived despite a history of intensive treatment ($n=7$), mean NLRI was noted to be in the range of 2.5 ± 0.78 and $2.1 \pm$, with clinical improvement and positive changes in neurostatus in phases 2 and 3 of the study. 0.42 respectively. Death was observed in 10 of the 24 patients studied, from 3 to 8 points according to the GCS - coma III stage. When analyzing the obtained data, it was revealed that there was a significant correlation between leukemia parameters and the overall mortality of patients. In these patients, there was a progressive increase in the mean NLRI index in the third group compared to the first stage index (2.21 ± 0.62 , 4.15 ± 0.74 , 5.34 ± 0.52) ($p < 0.05$).

Conclusion: A higher NLRI index is a reliable indicator of clinical deterioration of patients and an indicator of adverse outcomes of critical conditions caused by TBI.

MORPHOLOGICAL FORMS OF PULMONARY ECHINOCOCCOSIS

Bobonazarov S.D., Islamov Sh.E., Norjigitov A.M.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. Currently, there is an increase in parasitic diseases among the population.

Material and methods. 53 patients with recurrent pulmonary echinococcosis were operated on in the surgical department of the 1st clinic of the Samarkand State Medical University. We have analyzed the morphological modifications of echinococcal lung lesions.

Results. Echinococcosis of the right lung was detected in 29 patients, and of the left lung in 17 patients. In 76% of cases, the cysts were located in the lower lobe. Combined echinococcosis of both lungs was observed in 7 patients, the largest number of echinococcal cysts were also located in the lower lobe of both lungs. With recurrent echinococcosis of the lungs, solitary cysts were detected only in 24% of cases, mainly patients with multiple and combined echinococcosis prevailed in 76% of cases. Echinococcus hominis was noted in 20 (37.7%) patients, Echinococcus veterinorum was noted in 27 (50.9%) patients and Echinococcus acephalocystis were noted in 6 (11.3%) cases. The modification of Echinococcus hominis differs in that inside the cyst, in addition to the hydatid fluid, brood capsules with protoscolexes, there are daughter and sometimes grandchild bladders. Maternal cysts macroscopically have a matte rough surface and are colored milky white or whitish yellow, as shown on the slide. In this form, there is a migration of scolexes beyond the chitinous membrane into the thickness, or even beyond the fibrous capsule, and exogenous budding occurs with the growth of an echinococcal cyst. It was with this modification that relapses of the disease were observed at the site of pre-existing cysts. In the form of Echinococcus veterinorum disease, there are only brood capsules and echinococcal fluid inside the lavrocysts. The formation of daughter bubbles does not occur. Echinococcus veterinorum is perhaps the most aggressive form of the parasite's existence, due to the high pressure of the hydatid liquid containing a large number of viable scolexes, which, at the slightest violation of the integrity of the shell, enter the pleural cavity, causing massive damage to the internal organs with echinococcosis. Echinococcus acephalocystis are characterized by the absence of brood capsules and protoscolexes and are more common in animals than in humans. Histological examination of the germinal membrane showed that its entire surface undergoes dystrophic changes, brood capsules are absent.

Conclusions. Thus, 3 morphological modifications of pulmonary echinococcosis have been identified, each of which has its own specific structure, differing primarily in the structure of the germ layer of the parasite. Recurrent echinococcosis was most often found in Echinococcus veterinorum (50.9%) and Echinococcus hominis (37.7%).

ACUTE PANCREATITIS AFTER ELECTIVE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: RETROSPECTIVE STUDY

Bobosharipov F.G, Xolov X.A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Acute pancreatitis is an uncommon complication after elective laparoscopic cholecystectomy for gallstone disease. The purpose of the study is to determine the incidence of acute pancreatitis after elective laparoscopic cholecystectomy and to postulate potential ways to avoid this complication.

Materials and Methods: A retrospective study of 395 consecutive elective laparoscopic cholecystectomies at a single institution was undertaken. Patients studied included 76.6% of women and 23.3%, with mean age of 48.5 years. Surgical indications were cholelithiasis in 70.1%, biliary dyskinesia in 7.3%, cholecystitis in 7.1%, pancreatitis in 5.2%, choledocholithiasis in 7.3%, and others in 0.9% of cases. Intraoperative cholangiogram were performed in 75% of cases. Review of operative record showed that 5 patient had stone retrieval from cystic duct while performing intraoperative cholangiogram. Six cases demonstrated presences of stones in CBD requiring postoperative ERCP and stone removal.

Intraoperative cholangiogram was not performed in Twenty five (99/395). Only 2 cases had postoperative pancreatitis, which were diagnosed in the immediate postoperative period because of increased abdominal pain. Both patients did not have intraoperative cholangiogram during laparoscopic cholecystectomy. Pancreatitis resolved spontaneously and patients

Results: Acute pancreatitis is a relative rare complication after elective laparoscopic cholecystectomy (0.5%).

Conclusion: The fact that both patients who had pancreatitis did not have cholangiogram indicates that intraoperative cholangiogram was not the inciting factor. However one can postulate by not doing cholangiogram stones it is possible that stones from the cystic duct can fall into CBD by manipulation and can initiate pancreatitis in the early post op period. We postulate that routine use of intraoperative cholangiography may aid by removing stones from the cystic duct and identifying stones in CBD, thus potentially preventing acute pancreatitis in early postoperative period.

ESTIMATION OF THE STATE OF ZONES ESOPHAGOGASTRODUODENAL IN DIFFERENT FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

Bobosharipov F.G., Xolov X.A., Nodirova Y.I.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Actuality. It was found that in acute destructive pancreatitis occur microcirculation system changes, both in the breast tissue, and other organs and systems. One of the most sensitive to hypoxia arising structures is the mucous membrane of the digestive tract. It is known that erosive lesions of the mucous membrane of the esophagus, stomach, duodenum often occurs in acute pancreatitis, but it is unclear whether there is a relationship between the degree of change in this area and the severity of acute pancreatitis.

The aim: To assess the degree of mucosal changes esophagogastroduodenal zone at various forms of severity of acute pancreatitis.

Materials and methods: The study results of esophagogastroduodenoscopy in 72 patients with acute pancreatitis admitted to the City Clinical Hospital №1 in Tashkent for the period from 2020 and 2023 year. Among the men received was 47 (65.2%) patients, and 25 women (34,8%). At the age of 30 was 9 (12.5%) patients 30 to 40 years 28 (38.9%), 40 to 60 years 32 (44.5%) 60 years old or older 3 (4.1%). According to the severity of all the patients were divided into 3 groups: 1 - edematous form, 2 - moderate pancreatic, 3 - severe necrotizing pancreatitis.

Results: Endoscopy was performed during the first three days after admission. The following data were obtained. When the edematous form of acute pancreatitis (n - 28) esophagitis are found in 8 patients, accounting for 28.5%, gastroesophageal reflux disease in 5 (17.9%), AEUL (acute erosive and ulcerative lesions) occurs in 5 subjects (17.9%), duodenogastric reflux in 4 (14.2%). In moderate form of pancreatic necrosis (n - 21) esophagitis were found in 9 patients (42.8%), gastroesophageal reflux disease in 6 (28.5%), AEUL in 8 (38.1%), duodenal reflux in 3 (14.2%). In severe necrotizing pancreatitis (n - 23) mounted esophagitis in 13 subjects (56.5%), gastroesophageal reflux in 6 (26%), AEUL 15 (65.2%) duodenogastric reflux in 6 (26%). Total esophagitis identified 30 (41.6%), gastroesophageal reflux disease 17 (23.6%), AEUL 28 (38.9%), 13 duodenogastric reflux (18%).

Conclusions. As follows from the data presented, including lesions in the upper digestive tract, most frequently esophagitis - 41.6%, as well as acute erosive and ulcerative lesions of the mucous membrane of the stomach and duodenum - 38.9%.

PREVENTION OF PURULENT-NECROTIC COMPLICATIONS AFTER LOWER LIMB AMPUTATIONS IN DIABETIC FOOT SYNDROME

Davlatov S.S.

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Relevance. Much has been achieved in the treatment of diabetic foot lesions, but as for the use of vasoactive drugs, there is not yet enough research to substantiate the feasibility of their widespread use in practice. Currently, there are no drugs that significantly and permanently improve the state of microcirculation, and the number of patients who have undergone high amputations of the lower extremities due to diabetic lesions continues to increase steadily. Trental, traditionally used in this practice, can cause some undesirable effects ("steal syndrome") and carries a potential risk of developing fundus hemorrhages in patients with diabetic retinopathy.

The purpose of the study. To improve the results of treatment of patients with diabetic foot syndrome by using an ozonated solution of sodium hypochlorite.

Materials and methods of research. The study analyzed the results of a comprehensive examination and treatment of 122 patients with severe forms of purulent - necrotic foot lesions who were undergoing standard treatment in the department of purulent surgery of the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center in the period from 2020 to 2023. Among the patients, there was a predominance of 84 men (68.8%), 38 women (31.1%). The average age of the patients was 62.5±13.2 years. The duration of diabetes mellitus was 15.13 ± 5.64 g. E. Wagner's classification was used to

determine the degree of damage to foot tissues. The patients underwent ultrasound Dopplerography and color duplex mapping of the vessels of the lower extremities, radiography of the foot. The state of carbohydrate metabolism was monitored in the laboratory. Wound healing was assessed according to laser Doppler flowmetry.

The results of the study. The applied method of treatment of patients made it possible to reduce the time of cleansing the wound surface from purulent-necrotic tissues by 1.5-2 times, achieve early formation of the line of demarcation, relief of pain syndrome, inflammatory phenomena, activate the regulatory process, reduce the volume of surgical intervention. In most patients of the main group, the scope of the operation was reduced to performing exarticulation of the fingers affected by the purulent process and resection of the metatarsal heads. Postoperative wounds, if necessary, were drained with PVC tubes and sutured with rare sutures. After 3 days, in the absence of wound discharge and inflammation, the drainage was removed. The effect of ozonated sodium hypochlorite solution continued in the postoperative period until the wounds were completely healed and stitches were removed. This approach to treatment allowed a number of patients in the main group to reduce the volume of previously planned surgical benefits up to the complete refusal to perform amputation, limiting themselves to economical neurectomy. This, in turn, contributed to the preservation of the supporting ability of the limb and the patient's return to previous living and working conditions.

Conclusions. An ozonated solution of sodium hypochlorite with an ozone concentration of 0.85 ± 0.05 mg/l has no negative effect and improves microcirculation in the peripheral parts of the limb. In complicated forms of diabetic foot, the treatment plan includes PF in combination with IECO plasma sodium hypochlorite with additional ozonation. This contributes to earlier relief of inflammation, cleansing of the wound from purulent necrotic tissues, growth of granulation tissue and epithelialization.

PLASMOPHERESIS IN THE TREATMENT OF CHOLEMIC ENDOTOXICOSIS

Davlatov S.S.¹, Normurodov B.P.², Rakhmanov K.E.²

1 – Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan;

2 – Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. In obstructive jaundice severe cholemic endotoxemia associated with increased level of metabolites develops and it requires an active detoxication of the body. One of effective methods of active detoxication is plasmapheresis, which has detoxifying and immunocorrecting effect. This method of detoxication is just as effective in its detoxication property as hemosorption but it does not produce such threatening complications as impairment of hemodynamics and anemia. Besides there is loss of plasma proteins in plasmapheresis up to 40%, which requires additional introduction of the donor protein preparations.

The aim of the study. To improve the results of surgical treatment of patients with cholemic endotoxemia by an improved method of discrete plasmapheresis using NaClO and ozonation. **Material and methods.** Basis of clinical studies were 217 patients with obstructive jaundice of benign origin and with various malignant tumours of hepatopancreatoduodenal zone. All patients underwent surgical interventions with the goal of elimination of obstructive jaundice and its complications. The major indication for use of the improved method of discrete plasmapheresis was cholemic endotoxemia of II – III degree with concentration of serum bilirubin levels above 200 mmol/l, leucocytic index of intoxication (LII) 45 units and molecules of the average growth 0.46 units.

The results of the study. After the first session of the improved method of discrete plasmapheresis decrease of bilirubin levels to 10-12% was noted in most patients in the preoperative period. MAG and LII indicators decreased to 29 - 31%, 42 - 45% respectively. After the third session these figures decreased at 45 - 65%. It should be noted that after removing the course of obstructive jaundice, these figures on the background of the improved method of discrete plasmapheresis normalized by 3 - 4 days after surgery in most patients.

Conclusions. Thus, an improved method of discrete plasmapheresis in combined treatment of cholemic endotoxemia in patients with obstructive jaundice at the stages of surgical treatment appeared to be effective and having good prospects, that allows to perform surgical interventions in optimal conditions, reduce the need for donor protein preparations, reduce the risk of possible immune reactions and the risk to be infected with viruses of hepatitis B and C, human immunodeficiency virus, cytomegalovirus, herpes virus.

VAGINOSONOGRAPHY MEASUREMENT OF BLOOD FLOW OF THE UTERINE ARTERIES DURING PREGNANCY OF COVID-19

Fayzulloyeva N.Sh., Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Purpose of the study - Vaginoechographic measurement of uterine artery blood flow during pregnancy.

Materials and research methods: 88 women were examined at a period of 7-40 weeks of pregnancy. The blood flow velocity in the uterine arteries was measured by the Doppler method through the vagina with simultaneous visual assessment of the vessels using a new special device. It was possible to determine the blood flow velocity in both arteries in 71 women. A significant difference in the ratio of maximum systolic to minimum diastolic pressure (A/D) between the right and left arteries was found in the first and second trimesters of pregnancy. In the third trimester, this difference almost disappeared.

Research results: During pregnancy, the value of A/D and pulsation index decreased. It is believed that the combination of 2 methods contributes to a more accurate diagnosis, since it becomes possible to determine the blood flow in both uterine arteries. Due to the significant difference in blood flow parameters in the right and left arteries, a unilateral study may give erroneous results, especially in the first and second trimesters.

Output: thus, the proposed method is informative, simple and safe and can be used in clinical practice.

MORPHOHISTOCHEMICAL CHANGES IN THE GALLBLADDER WALL IN CHOLECYSTITIS

Jumaeva M.M., Xasanova D.A.

1 - Bukhara State Medical Institute;

2 - Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Bukhara, Uzbekistan

Relevance. The modern structure of gallbladder pathology is predominantly represented by cholelithiasis, which is increasing in frequency and prevalence. The share of other diseases is relatively small. Due to the progressive increase in the incidence of the gallbladder, research has been conducted for many years, in particular aimed at improving diagnostic methods. Dynamic ultrasound made it possible to determine the thickness of the walls of the gallbladder and the presence of its deformation, to accurately determine the size, number and, to a certain extent, structure of gallstones, and also made it possible to identify the initial pre-stone stages of the disease by changes in the echostructure of bile.

Purpose of the study: To study morphohistochemical changes in the wall of the gallbladder in patients with various forms of cholecystitis due to cholelithiasis.

Materials and research methods: To evaluate morphohistochemical changes in the gallbladder wall in various forms of acute and chronic cholecystitis in cholelithiasis.

Results: As research material, 87 cases were analyzed with a diagnosis of acute calculous cholecystitis according to clinical and anamnestic indications, which were surgically removed. 35 of them had acute cholecystitis with interstitial proliferative vasculitis. 7 patients were diagnosed with chronic cholecystitis with adenomyomatosis and polyposis hyperplasia. Thus, a total of 29 of the 87 different forms of chronic cholecystitis had degenerative changes caused by the tumor, accounting for 5.7%.

Conclusion: The general features that provided grounds for differential diagnosis were: high echogenicity of formations, homogeneity of structure, rounded-oval shape, variety of quantity. The ultrasound research method is quite informative and reliable when carrying out differential diagnosis and identifying stones and polyps of the gallbladder. Thus, the described macro- and microscopic picture of the gallbladder and its wall in chronic calculous cholecystitis occurs when the cystic duct is obstructed with the accumulation of purulent or fibrinous-purulent exudate in the lumen of the bladder - empyema.

THE EFFECT OF ACETYLSALICYLIC ACID ON THE CONCENTRATION OF PROSTAGLANDINS IN THE BLOOD OF PREGNANT WOMEN AGAINST THE BACKGROUND OF COVID 19

Khamidov J.G., Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

The purpose of the study is the effect of acetylsalicylic acid on the concentration of prostaglandins in the blood of pregnant women against the background of COVID 19.

Materials and research methods: the effect of low doses of acetylsalicylic acid on the vasoconstrictive effect of angiotensin II and the concentration of prostaglandins in the blood of pregnant women sensitive to angiotensin II. It is known that proteinuria and hypertension during pregnancy may be associated with an imbalance between prostacyclin and thromboxane A2. The aim of the study was to determine the effect of low doses of acetylsalicylic acid (ASA) on vascular reactivity in response to the action of angiotensin II and on the content of prostanoids against the background of COVID 19.

Research results: ASA (81 mg/day for a week) was used in pregnant women sensitive to angiotensin II, starting at 32 weeks. The production of thromboxane A2, prostacyclin and PGE2 was significantly reduced. The level of thromboxane A2 decreased significantly more than the level of prostacyclin, and therefore the ratio of prostacyclin/thromboxane A2 increased.

Output: the authors support the hypothesis that the incidence of hypertension in pregnancy decreases after the use of low doses of ASA as a result of selective inhibition of thromboxane A2.

TREATMENT OF THREATENED PRETERM LABOR CAUSED BY SUBCLINICAL INTRAUTERINE INFECTION

Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Purpose of the study - treatment of threatened preterm labor caused by subclinical intrauterine infection

Materials and research methods: some cases of threatened preterm birth (PPR) have been found to be associated with intrauterine infection. The prognosis in these cases is worse than in childbirth caused by other factors. The relationship between UPR and intrauterine infection has been retrospectively studied. A cervical culture was obtained from women hospitalized with UPR (threatening preterm birth) and from healthy women with a pregnancy of 20 weeks, who were then divided into 2 groups - with and without infection - and the frequency of UPR (threatened preterm birth) was determined in both groups. The group with positive bacterial cultures was again divided into 2 subgroups: one received oral antibiotics, the other did not.

Research results: Cervical infection was detected in 32.6% of women hospitalized with CPR (threatening preterm birth). There were 3 cases of preterm birth at less than 35 weeks' gestation. The majority of women had a high level of C-RP. In a prospective study, positive bacterial cultures were found in 1/8 of 100 healthy pregnant women. The incidence of UPR (threatened preterm birth) was 44.4% in the entire infection group. It was 22.2% in women treated with antibiotics and 66.7% in the untreated subgroup. In the group without infection, the incidence of UPR (threatened preterm birth) was 11%. The overall incidence of UPR (threatened preterm birth) is 27%.

Conclusions: in a prospective study, positive bacterial cultures were found in 1/8 of 100 healthy pregnant women.

INFLUENCE OF INTRAUTERINE INFECTION ON THE STATE OF VENOUS LOWER LIMB SYSTEMS

Khotamova M.T., Fayzulloyeva N.Sh.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Purpose of the study - Influence of intrauterine infection on the state of the venous system of the lower extremities

Materials and research methods: determination of the state of the venous system of the lower extremities from the number of births, against the background of an intrauterine infection. The state of valve function and the morphology of the veins of the lower extremities were studied in 19 first-time (Group 1) and 21 multiparous women (Group 2). Ultrasound biometry of the lumen of the veins, plethysmography and light reflexography (SRG) were used. The study was carried out in the supine and standing position at a gestational age of 36-40 weeks (1st determination) and on the 6th day after birth (2nd determination). The control group consisted of 39 non-pregnant women (Group 3), of which 27 had one in the past (Group 3A) and 12 had two births (Group 3B).

Research results: According to all 3 non-invasive methods, it was not possible to reveal a significant difference in the morphology and function of the veins in all groups against the background of intrauterine infection. There was only a tendency to increase the diameter of the lumen of V. iliaca by 5-6%, V. femoralis by 6-7%, V. poplitea by 2-7% in women of the 2nd group in the supine position. According to the SWG, blood filling and venous outflow of blood from the pool of the left lower limb in women of the 2nd and right lower limbs in women of the 3B group also tended to increase compared to the value of these indicators in women of the 1st and 3A groups.

Output: thus, the development of varicose veins depends not so much on the number of births transferred in the past, but on the initial state of the function of the venous obturator valves and the morphology of the vein wall, against the background of an intrauterine infection. In this regard, it is recommended to use a screening examination of pregnant women in order to identify functional and morphological incompetence of the venous system of the lower extremities and preventive prescription of compression therapy for primigravida.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF VARIOUS METHODS OF CLOSING A HERNIA ORIUM AND METHODS OF INSTALLING A PROSTHESIS FOR POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

Khursanov Yo.E.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. The size of the hernial protrusion is not the only criterion that allows a patient to be classified into the group with extensive and giant ventral hernias. In addition to the size of the hernia, very important parameters are the size of the hernia defect, the presence of recurrent hernias and the number of relapses. Currently, polymer materials are being improved to prevent early and late postoperative complications of prosthetic implantation, various options for prosthetic re-

pair have been developed, but the number of complications does not have a clear downward trend, which allows us to draw the main conclusion that the ideal material for prosthetic alloplasty of ventral hernias has not yet been developed. When assessing the immediate results of surgical treatment of ventral hernias, reducing the incidence of the most common wound retention complications remains an urgent problem at the present time.

Materials and methods. An analysis was carried out to identify the most severe group of patients - giant relapses, especially if there are multiple relapses, which further complicates the technique of re-intervention. The total number of extensive recurrent hernias was 20.3%, and giant recurrent hernias – 33.1%. The distribution of patients according to criterion S (localization) showed that the majority were with median localization - supra-umbilical - 80 (25%), periumbilical - 69 (21.6%), infra-umbilical - 113 (35.3%). Less common were laterally located hernias - in 33 (10.3%) and combined hernias - in 8 (2.5%).

Results of the study: Intraoperatively, the number and size of aponeurosis defects were clarified, the presence of internal organs fused to the wall of the hernial sac, and in the presence of adhesions, viscerolysis was performed. The average area of the aponeurosis defect was $149.9 \pm 10.7 \text{ cm}^2$ in patients with giant hernias, and $149.9 \pm 10.7 \text{ cm}^2$ in patients with extensive hernias. $96 \pm 9.2 \text{ cm}^2$. The average size of the graft used for allohernioplasty was $270.9 \pm 5.4 \text{ cm}^2$ and $195.7 \pm 3.7 \text{ cm}^2$ respectively. All patients underwent prosthetic abdominal wall plastic surgery. Two types of operations were performed (reconstruction and correction of the anterior abdominal wall), the principles of which were described earlier.

Conclusions. An analysis by gender and age in the compared groups showed that extensive and giant ventral hernias mainly affect women (88.1%), and there is a predominance of patients aged 45-59 years (52.8%). A comparative assessment of the total number in the groups showed that after reconstruction, wound complications developed in 33.7%, while with correction an increase in wound complications was noted to 49.6%.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF WOUND COMPLICATIONS OF ALLOHERNIOPLASTY

Khursanov Yo.E.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. R.Sh. Shaimordanov and co-authors (2014) introduced the term “clinically significant accumulations of serous fluid in the wound (CLF).” These included any anechoic areas in the layers of the postoperative wound, which, according to ultrasound data, exceeded 20 mm in one of three dimensions (length, width and height). Answering the question of what to call “clinically insignificant seromas,” she believed that these were accumulations of fluid that did not cause subjective sensations in patients. It is very difficult to select an objective criterion for determining “clinically significant and insignificant seroma”, since neither its volume nor its size can be of fundamental importance.

Materials and methods. The total number of wound immediate postoperative complications was 40.9%, i.e. they developed in 131 of 320 patients. In the structure of wound complications, the most common are seromas - 94 (29.4%), followed by wound suppuration - 19 (5.9%) and infiltration - 18 (5.6%). A comparative assessment of the total number in the groups showed that after reconstruction, wound complications developed in 33.7%, while during correction there was an increase in wound complications to 49.7% ($\chi^2 = 8.334$; Df = 1; p = 0.004). We are of the opinion that seroma should be considered those cases when the emptying of exudate occurs spontaneously through the wound, and there is a need to resort to puncture methods of treatment. A specific complication of prosthetic hernioplasty is seroma associated with lymphorrhea. The positive effect of prosthetic hernioplasty (tensionfree), which helps reduce tissue ischemia after surgery, is evidenced by the low number of postoperative wound suppurations of 5.9%. However, the number of seromas after mesh implantation remains at a high level and amounts to 29.4%.

Discussion. The analysis of the immediate results of surgical treatment of patients with ventral hernias showed that the use of synthetic materials is currently fully justified, because Numerous studies have proven that the relapse rate after prosthetic plastic surgery is significantly lower. The most preferable option is the supraponeurotic placement of the prosthesis and suturing the hernial defect “edge to edge”, which allows us to bring together the rectus abdominis muscles, reconstruct the white line with restoration of the lost function of the anterior abdominal wall. However, this type of operation is possible in cases where the hernial orifice does not exceed 10 cm in width (W2) and when the rectus abdominis muscles are preserved. In the presence of a hernial orifice wider than 10 cm (W3, W4), hypotrophy and cicatricial changes in the muscles of the anterior abdominal wall is possible only an operation aimed at correcting the anterior abdominal wall with closing the defect with the remnants of the hernial sac with a supraponeurotic location of the prosthesis. For large defects exceeding the width of 15 cm, we consider closing the hernial defect by sewing the prosthesis into its edges as the operation of choice.

Conclusions. Thus, the need for extensive tissue mobilization and, as a consequence, the intersection of lymphatic capillaries during implantation of the prosthesis in the onlay position, as well as the lack of sufficient resorption function of the hernial sac in the inlay position determines the high rate of formation of clinically significant seromas, the frequency of which reaches 26.3% (in 46 of 175 patients with onlay plastic surgery) and 33.1% (48 out of 145 with inlay plastic surgery), in turn, the rate of infiltrates (4.0% versus 7.6%) and wound suppuration (5.1% versus 6.9%).

SURGICAL METHOD OF TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Rakhmanov K.E., Makhramkulov Z.M., Ravshanov M.I., Mukhiddinov T.J.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. "Scientific achievements of recent years have radically changed the approaches to diagnosis and choice of the method of treatment of patients with echinococcosis. Currently, echinococcosis surgery includes traditional, video endoscopic and transcutaneous minimally invasive surgery". This thesis of the Resolution of the XXII International Congress of the Association of Hepatology Surgeons of the CIS countries held in September 2015 in Tashkent dictates a significant number of works devoted to the surgical treatment of echinococcosis. Despite this, to date, it has not been possible to make significant progress in the prevention of recurrence of the disease. Among surgeons there is no common opinion in determining the concept, causes, form and nature of relapse, there is no consensus on intraoperative antiparasitic treatment of the fibrous capsule wall, insufficient attention is paid to the role of residual cysts.

Material and methods. Since (from 2018 till current days) in the surgical department of the hospital of Samarkand State medical university has been introduced a video assisted operation. This introduction will be cause change to certain surgical procedures in hydatid disease of liver and lungs. During 2016-2018 years, before introduction video assisted operation 69 patients with plural EL were operated traditionally by using laparotomic accesses. Echinococectomy (EE) using minimal invasive surgery has been performed from 2018 to 2023 for 76 patients with plural EL. In total (n=145) men were 68, women 77.

Results: Diagnosis by ultrasonography has important place in the detection of the disease. CT examination has been used in 5 cases. After using traditional laparotomic accesses in the surgical treatment 69 patients founded by us the followings: traumatism of approach (more then 22 cm), late activity of patients (24-48 hours after operation), prolonged and frequent anesthetization (3-4 time, during 3-5 days), long hospitalization period (more than 11 days) and cosmetics defects. Postoperative complications such as suppuration of cyst (n=4), cystobiliar fistula (n=3), rupture of cysts to biliary tracts (n=2), rupture in abdominal cavity (n=1) were found out in 9 patients. Recurrence of disease exposed in 8 patients. After introduction video assisted operation different variants of EE were applied to 76 patients depending on size, localization and condition of cysts. Only in 9 patients laparoscopic EE from the liver has been performed. But, in these cases conversion has been performed in 3 patients with transfer to minilaparotomy. 67 patients received of EE from the liver through minilaparotomic approach using "Mini-assist" instruments. Technical simplicity of the operation in comparison with pure laparoscopic EE made it possible to use this operation more often. Shortcoming of this method is difficulties performing the operation, with the cysts located on inaccessible segments of the liver. There were no complications in the postoperative period. The patients stay in the hospital after such operations was 5.8 ± 1.4 days. So, single cysts, till 15 cm in diameter, with localization in the II, III, IV, V segments and partially in the VI segment, can be removed through minilaparotomic approach. It should be noted that after minimal invasive surgery activity of patient was in 6-12 hours after operation and they don't need long and frequent anesthetization. All patients of this group have undergone the course of chemotherapy (Albendazol 12 mg/kg/day) in the postoperative period (2 or more course) depending on the number, condition and size of cysts. No recurrences have been noticed in the followed-up patients.

Conclusion. Comparative analysis of patients who treated with traditional method and video assisted operation showed that using of minimal invasive surgery in the treatment of EL made it possible to avoid extensive traumatic approaches, to decrease painful syndrome and expenditure of medicines in the postoperative period, to diminish the terms of rehabilitation of patients, to receive a good cosmetic effect. Application of these interferences excludes opportunity of development of postoperative hernias, ligature fistulas, rough deforming cicatrixes and commissure disease of the abdominal cavity.

MORPHOLOGICAL CRITERIA FOR PROSTATE CANCER DIAGNOSIS

Rakhmonov Kh.A., Islamov Sh.E.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Introduction. Prostate cancer is on the rise among men.

Materials and methods. The objects studied were living people – patients with prostate cancer who were on inpatient treatment at the Samarkand regional branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (20), their medical documents (medical histories), as well as the results of clinical and laboratory studies, morphological research data.

Results. In 70% of cases, prostate carcinoma is localized in its peripheral zone (usually in the posterior part of the gland, which allows the tumor to be palpated during rectal finger examination). It is characteristic that the tumor tissue on the incision of the gland is granular and dense. If the tumor is located in the thickness of the prostate tissue, it is poorly visualized, but it is easier to detect on palpation. With local spread, periprostatic tissue, seminal vesicles and the base of the

bladder are usually affected, which in advanced forms of the disease can lead to urethral obstruction. Metastases initially spread through the lymphatic vessels to the level of the obstructive lymph nodes and reach the paraaortic lymph nodes. Hematogenous dissemination occurs mainly in the bone, especially the bones of the axial skeleton, but in some cases there is massive dissemination to the internal organs (the exception rather than the rule). Bone metastases are usually osteoblasts and, if found in men, clearly indicate the presence of prostate cancer. Histologically, most prostate tumors are adenocarcinomas, which are characterized by the presence of clearly defined, easily identifiable glandular structures. Tumor glands are usually smaller in size and lined with a single layer of cubic cells or low cylindrical epithelial cells. The tumor glands are located closer to each other and, characteristically, are devoid of branching or papillary invaginations. The tumor glands lack the outer basal layer characteristic of the glands of a normal organ. The cytoplasm of tumor cells varies from dull-light, characteristic of cells of unchanged glands, to distinctly amphophilic. The nuclei are large and often contain one or more large nucleoli. There are also many benign processes that mimic a malignant tumor, which can also lead to an erroneous diagnosis. As noted earlier, the main distinguishing feature of the benign process in the prostate gland is the presence of basal layer cells, while their absence indicates prostate cancer.

Conclusions. Thus, the research results indicate that there is an increase in the number of cases of so-called "hormone-resistant" prostate cancer. In recent years, the use of immunohistological markers has been recommended to identify cells in the basal layer, and it is also possible to determine their level, which increases in prostate cancer.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL JUSTIFICATION OF THE CHOICE OF METHODS FOR THE PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Safarov S.S.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Relevance. Advances in the use of antibacterial drugs could not affect the eradication of purulent-septic complications. And in recent years, such complications have not tended to decrease (2,4,6,15,16,17). At the same time, in the general structure of mortality in surgical hospitals, purulent-septic complications remain the leading ones.

The purpose of the study. Improvement of methods for the prevention of purulent-septic complications of echinococcosis.

Materials and methods. The main group included 296 patients with liver echinococcosis who were treated and examined at the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center from 2016 to 2022.

The distribution of patients by age revealed the predominance of patients in the age range from 41 to 60 years (69.5%), that is, during the period of active labor activity. At the same time, the range of age variance of patients in the main group, compared with the control group, decreased both towards young and elderly age. A separate comparative analysis showed that among male patients, patients in the age category from 41 to 50 years (37.8%) prevailed, followed in descending order by patients in the age range from 51 to 60 years (21.0%) and from 61 to 70 years (17.6%). At the same time, among female patients, the prevalence in the age range was also from 51 years to 60 years (46.3%).

Results and their discussion. In patients with primary hydatidous echinococcosis of the liver in the preoperative period, a compensated degree of immunological suppressiveness was diagnosed in 51.0% of cases (103 patients). Of these, patients with single echinococcal liver cysts were in priority (5.1% more). To a lesser extent, 62 patients (30.7%) were diagnosed with a subcompensated degree of immunological suppressiveness. Its distribution was also in favor of patients with a single echinococcal cyst of the liver (more by 4.7%). In 35 (17.3%) patients with primary hydatidous echinococcosis of the liver, a decompensated degree of immunological suppression was diagnosed in the preoperative period. At the same time, it was detected to a greater extent among patients with primary multiple hydatidous echinococcosis of the liver (11.2% more cases). It remains unclear whether there are any violations in immunological suppressiveness among 2 patients with primary single hydatidous echinococcosis of the liver. This was probably due to the small size of the cyst, which did not reach 5 cm. Thus, the degree of immunological suppressiveness among patients of the main group with primary hydatidous echinococcosis of the liver showed the predominance of a compensated degree of immunological suppressiveness. Only in 5 (10.2%) cases, a subcompensated form of immunological suppressiveness was diagnosed among patients with a recurrent form of liver echinococcosis. Moreover, it was almost identical both among patients with single and multiple echinococcal liver cysts. We have not identified patients with a recurrent form of hydatidous echinococcosis of the liver with a compensated degree of immunological suppressiveness.

Conclusions. The application of the methods developed by us for predicting and preventing purulent-septic complications of hydatidous echinococcosis of the liver, based on the identification of the degree of immunological suppression and the use of targeted methods for its correction, significantly improved the results of treatment in the long-term period by 2.1 times and improved the quality of life of patients with good results by the end of the study to 99.7%.

EFFICIENCY OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS FOR LEFT ATRIAL THROMBOSIS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Shamsiev K.Yu.

Republican Centre of Science of Emergency Medicine Bukhara Branch, Bukhara, Uzbekistan

Relevance: Atrial fibrillation (AFib) is the most frequent cardiac rhythm disorder. The prevalence in the general population is 1-2%, and in the population of people older than 80 years (15%). In patients with AFib, the risk of ischemic stroke is 3-6 times higher compared with that in the general population. In addition, the risk of stroke is independent of the form of AFib. In paroxysmal, persistent, and permanent AFib, the risk is the same. Current clinical guidelines for the management of patients with AFib recommend long-term anticoagulant treatment to prevent stroke. Thromboembolic diseases are a major cause of morbidity and mortality in the developed world.

Purpose of the study: Clinical observations of patients with thrombolytic therapy on anticoagulant in the Left atrial appendage (LAA) thrombosis and expediency of transesophageal echocardiography (TEE) before cardioversion or pulmonary vein Catheter Ablation in patients with Atrial fibrillation.

Materials and Methods: Twenty-eight patients with non-valvular form of AFib were included in the study. All patients took anticoagulants Rivaroxaban at a dose of 20 mg daily before hospitalization. All patients underwent TE EchoCG before planned ablation or electrical pulse therapy to exclude LAA thrombosis. LAA thrombosis was detected in 8 (4.0%) patients, including 3 patients with CHA2 DS2 –VASc risk score 4. Taking into consideration the high risk of thromboembolic complications, catheter ablation with FP was not performed in the patients. The patients were discharged from the hospital. At discharge it was recommended to take a direct thrombin inhibitor - dabigatran (Pradaxa 150 mg in a daily dose of 300 mg).

Results of the study: After 3 months on the background of continuous dabigatran administration, no signs of atrial auricular thrombosis were detected according to the results of control TE EchoCG. Taking into account the persisting frequent attacks of palpitations, ineffectiveness of antiarrhythmic and heart rate reducing therapy, the patients underwent surgery - radiofrequency ablation of pulmonary vein auricles with positive effect. During at least 8 weeks of follow-up after surgery, patients continued take dabigatran and antiarrhythmic drugs. There were no recurrences of AFib, thromboembolic complications, or bleeding.

Conclusions: Accordingly, the presented clinical observations demonstrate the possibility of thrombus formation in LAA at adequate therapy with NOAC as well as different efficacy of dabigatran and rivaroxaban in individual patients. If thrombus is detected in the LAA against the background of one NOAC, it is advisable to replace it with another NOAC with possible subsequent thrombus dissolution and catheter ablation or electrocardioversion.

SUBCLINICAL AUTOIMMUNE REACTIONS IN RECURRENT MISCARRIAGE OF COVID-19

Shukurlayeva Sh.J., Khotamova M.T.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

Purpose of the study- subclinical autoimmune reactions in recurrent miscarriage of COVID-19

Materials and research methods: It is known that the frequency of spontaneous miscarriages is associated with autoimmune diseases. Recent studies have shown a strong association between miscarriages in women with systemic lupus erythematosus and the presence of antiphospholipid antibodies, i.e. lupus anticoagulant (LAC) and anticardiolipid antibodies (ACLA). Lupus antibodies, changes in the complement system, antisperm antibodies were determined in 34 women with a history of recurrent miscarriages and compared with the control group.

Research results: In 14 out of 34 patients there were anatomical, hormonal and genetic causes of miscarriages, in 20 the etiology was not established. In 50% of women with unexplained miscarriage and in 34% of those with identified etiology, at least one immune disorder was found. Multiple autoimmune abnormalities have been identified only during gestation of an unknown origin. Overall, 44% of women with recurrent miscarriages have antibodies or abnormalities in the complement system. Anticardiolipid antibodies were detected most frequently (30% in miscarriage and 8% in the control group).

Output: We recommend that all patients with recurrent miscarriages should have AKLA (anticardiolipid antibodies), VAK (lupus anticoagulant) and changes in the complement system checked. Although the relationship between autoantibodies and recurrent miscarriage is not yet known, this study confirms the existence of such an association and shows that unexplained miscarriage may be a marker of autoimmune disease.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ

Для направления статьи в редакцию необходимо представить:

Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.

Распечатанный вариант статьи в одном экземпляре.

Электронный вариант статьи.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием фамилии, имени и отчества, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.

В начале статьи указывают: название статьи, фамилия, имя, отчество автора (авторов) полностью, место работы каждого автора, контактная информация (e-mail) и фото (3×4 на светлом фоне) каждого автора, наименование учреждения(й), где выполнена работа (на русском, узбекском и английском языках).

К статьям необходимо приложить аннотации и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках. Текст аннотации объемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи. Необходимо что бы было УДК.

Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 14, с двойным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе MS Word 2007.

Плагиат и вторичные публикации. Недопустимо использование недобросовестного текстуального заимствования и присвоение результатов исследований, не принадлежащих авторам подаваемой рукописи. Проверить статью на оригинальность можно при помощи сервисов <https://www.antiplagiat.ru/> (для русскоязычных текстов) и <http://www.plagiarism.org/> (для англоязычных текстов). Редакция оставляет за собой право проверки поступивших рукописей на плагиат. Текстовое сходство в объеме более 20% считается неприемлемым. Нельзя направлять в редакцию работы, напечатанные в иных изданиях или отправленные в иные издания.

Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.

Таблицы должны иметь заголовок. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.

Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. На обороте фотографии обозначают верх и низ, ставится номер рисунка, фамилия автора и название статьи. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG.

Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.

Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических и математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.

Библиографический список литературы (только на языке оригинала) не более 20 работ (за исключением обзорных статей), перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках) опубликованных за последние 5 лет. Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списка. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы возлагается на авторов. При составлении списка литературы указываются: для книг - фамилия, инициалы авторов, название книги, место, издательство, год издания, количество страниц; для журнальных статей - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, номер, страницы (от - до); для статей из сборников - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, страницы (от - до); для авторефератов диссертаций - фамилия и инициалы автора, название диссертации, докторская или кандидатская, место издания, год, количество страниц.

Объем статей для рубрик “Клинические исследования”, “Экспериментальные исследования”, “Обзор литературы” и “Лекции” не должен превышать 10-15 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик “Обмен опытом” и “Случай из практики” - не более 8-10 страниц.

Редколлегия оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы не принимаются. Статьи, не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторам не возвращаются. Отправка статей по электронной почте допускается в порядке исключения - только по согласованию с редакцией.