

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
TERMIZ FILIALI**



**“TIBBIYOTDAGI ZAMONAVIY ILMIY  
TADQIQOTLAR: DOLZARB MUAMMOLAR,  
YUTUQLAR VA INNOVATSIYALAR”  
MAVZUSIDAGI XALQARO ILMIY-AMALIY  
KONFERENSIYA**

# **MATERIALLARI TO‘PLAMI**

**2022-yil 13-may**

**TERMIZ – 2022**

периоперационной летальности. Первичный же анастомоз при кистозной и генерализованной форме МП накладывать опасно, так как степень жизнеспособности кишки по визуальным данным в острый период заболевания определить трудно.

Из осложнений наиболее часто в литературе описывают спаечную непроходимость, внутрибрюшные абсцессы, несостоятельность швов анастомоза или стомы, что требует обычно повторного оперативного вмешательства. К наиболее грозным осложнениям относят сепсис, синдром «короткой кишки», при котором дети вынуждены длительно находиться на парентеральном питании, инфузионной и массивной антибактериальной терапии. Все пациенты с МП нуждаются в тщательном уходе. Статистических данных о частоте осложнений при мекониевом перитоните в отечественной и иностранной литературе мы не обнаружили.

**Заключение.** Подводя итог анализу данных литературы, мы хотели бы подчеркнуть, что проблема МП, редкой, но очень тяжелой патологии, весьма актуальна. Имеющиеся сообщения о МП в основном имеют описательный характер единичных случаев заболевания, а обобщающего опыта диагностики и лечения МП в доступной литературе нам найти не удалось, многие вопросы остаются дискуссионными, что свидетельствует о необходимости проведения дальнейших научных исследований.

## **QANDLI DABET FONIDA FURNE GANGRENASI.**

### **KIRISH. XUSUSIYATLARI.**

*Boboyev Q.X., Qasimov U.K*

*Toshkent tibbiyot akademiyasi*

Furne kasalligi (sinonimlari: Furne gangrenasi, yorg`oqning spontan gangrenasi, subfassial flegmona va jinsiy a'zolarining gangrenasi, epifasyal nekroz) - bu o'tkir nekrotik infektsiya bo'lib, teri osti yog 'to'qimalari va tashqi jinsiy a'zolarini ta'sir qiladi. Zamonaviy ma'noda, bu nekrotik fasiitning o'ziga xos shaklidir. Qandli diabet fonida kasallikning rivojlanishi tez rivojlanishiga olib keladi, teri to'qimalari, teri osti to'qimalari, jinsiy a'zolar va oraliq sohasi mushak devori nekroziga olib keladi, keyin sepsis rivojlanadi. O'lim darajasi 30-40% ga etadi va bu jarayonga jalb qilingan zararlangan hududning chuqurligi va maydoniga to'g'ridan-to'g'ri bog`liqdir.

Maqsad: Qandli diabet fonida rivojlangan Furne gangrenasi bilan og'rigan bemorlarni davolash taktikasini ishlab chiqish.

Material va usullar: 2019-2021 yillar davomida TTA ko'p tarmoqli klinikasi qandli diabetning yiringli jarrohlik va jarrohlik asoratlari bo'limida Furne gangrenasi bilan og'rigan 23 nafar bemor davolandi. Barcha bemorlar qandli diabet bilan og'rigan va II turdagi bemorlar ustunlik qilgan. Rivojlanish sabablarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 19 (82,6%) holatda ular noto'g'ri davolangan paraproktitdan keyin rivojlangan, 4 ta (17,3%) ularning rivojlanishiga sabab bo'lgan siydik pufagining takroriy kateterizatsiyasi va 3 holatda yumshoq tarzda kateterizatsiya qilingan. Barcha bemorlar kasalxonaga yotqizildi va faqat aniq klinik ko'rinish paydo bo'lganda, ular ixtisoslashtirilgan muassasaga o'tkazildi. Aniqlanishdan oldin asosiy simptomlar yorg`oqning kattalashishi va giperemiyasi bo'lib, bemorlarning harorat reaksiyasi amalda namoyon bo'lmadi. Zararlangan hududni o'rganish shuni ko'rsatdiki, 5 ta holatda zararlangan soha yorg`oqda mavjud bo'lib, yaqin atrofdagi to'qimalarda yallig'lanish o'zgarishlari mavjud; 3 ta holatda jinsiy olatni yiringli jarayoni paydo bo'lgan; 9 bemorda jarayon qorin old devori sohasiga tarqaldi va 6 holatda soning ichki yuzasiga, oraliq va bel sohasining to'qimalari zararlangan. Shikastlanish chuqurligini aniqlashda D.H. Ahrenholz tasnifi qo'llanilgan. Shu bilan birga, II-III darajali zararlangan bemorlar ustunlik qildi. Vaziyat barqarorlashgandan so'ng, keyingi bir necha soat ichida jarrohlik aralashuvi amalga oshirildi. Barcha bemorlar vena ichi og'riqsizlantirish ostida operatsiya qilindi. Operatsiyaning mohiyati shundan iboratki bunda zararlangan o'choqni ochish, zararlangan hajmini aniqlash va barcha nekrotik to'qimalarni olib tashlash, sog'lomlarni qisman qoldirish, sanasiya qilish va kerak bo'lganda drenajlashni o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, 2 ta holatda jinsiy olatni amputatsiya qilindi, 3 ta holatda orxiektomiya

amalga oshirildi. Antibiotik terapiyasining taktikasi empirik terapiyani tayinlashdan iborat bo'lib, unga quyidagilar kiradi: IV avlod sefalosporinlari, kuniga 4 grammgacha, klindamitsin kuniga 2,7 gramm, aminoglikozidlar kuniga 1,0 grammgacha, flukanazolni majburiy qo'shilishi bilan. Operatsiyadan keyingi davolash algoritmi uglevod almashinuvini va suv-elektrolitlar balansini muvozanatlashni o'z ichiga oladi, yara jarayonining birinchi bosqichida zararlangan hududni 2 martalik sanasiya qilish lozim. Mahalliy davolashda tanlangan dorilar suvda eruvchan malhamlar (Levomekol, Mirimastinovaya, Oflokainovaya) qo'llanildi. Barcha bemorlarga bosqichli nekrektomiya o'tkazildi.

Natijalar: Operatsiyadan keyingi ikkinchi va uchinchi kunlarda kasallik boshlanganidan keyin 24 soatdan kechroq murojaat qilgan va qorin old devori va bel sohasiga yallig'lanish tarqalishi bo'lgan ikki bemor vafot etdi. Intensiv terapiyaga qaramay, uchta bemorda nekrozning oraliq va qorin old devori va ikkala son yuzasi to'qimalariga tarqalishi kuzatilgan. Bemorlarga takroriy operatsiya o'tkazilgan. Qolgan bemorlarda operatsiyadan keyingi davr sezilarli asoratlarsiz o'tdi.

Xulosa: Furne gangrenasi o'ta xavfli yiringli kasallik bo'lib, tasir doirasi keng spektrli antibiotik dorilar bilan terapiyasi bilan shoshilinch jarrohlik davolashni talab qiladi. Asoratlarni va o'limni tahlil qilishni o'rganish ikkilamchi flegmonaning chastotasini rivojlanish sabablarini ko'rsatdi. Bular noto'g'ri ochilish (kichik kesmalar, cho'ntaklar qoldirish), to'liq bo'lmagan nekrektomiya, noto'g'ri antibiotik terapiyasi (kichik dozalar; oldingi antibiotik terapiyasining yo'qligi, erta bekor qilish, sezgirlik bo'yicha antibiotiklarni noto'g'ri tanlash va boshqalar), intoksikatsiya darajasini etarli darajada baholamaslik (sepsis).

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*Джалилов А.А., Джуманиёзова Д.А., Нурматов Д.Х., Абдурахманов С.Ш.  
Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии*

**Цель исследования:** изучить результаты различных методов лечения пациентов с клиническими проявлениями вертебро-базиллярной недостаточности.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты лечения 78 (100%) больных с синдромом ВБН, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии с 2017 по 2021 годы. Все больные в зависимости от тактики лечения были разделены на 3 группы. 1 группа – 30 (38,5%) больных, которым было выполнено стентирование 1-го сегмента позвоночной артерии, 2 группа - 28 (35,9%) пациентов, которым в качестве метода лечения была выполнена каротидная эндартерэктомия, 3 группа – 20 (25,6%) больных, которые воздержались от оперативного вмешательства и получали только консервативное лечение. Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. У всех этих пациентов были выявлены значимые стенозы (более 65%) в I сегменте позвоночных и сонных артерий. Из них признаки хронической дисциркуляции в ВББ были определены у 24 больных (31%), транзиторные ишемические атаки в ВББ отмечались у 19 больных (24%), и еще у 35 пациентов (45%) в анамнезе был верифицирован ишемический инсульт в ВББ. При консервативном лечении больные получали ноотропные препараты, антиоксиданты, нейропротекторы, гипотензивные препараты и двухкомпонентную антиагрегантную, а также антикоагулянтную терапию. При выявлении гемодинамически значимого поражения сонных артерий (стеноз более 70%) и сохраненным кровотоком на ипсилатеральной задней соединительной артерии больным выполнены каротидные реконструкция сонных артерий. Все пациенты были осмотрены неврологом и ангиохирургом через 1, 3, 7 суток и 3, 6, 12 месяцев после лечения и было проведено

# XIRURGIYA

~ ХИРУРГИЯ ~ SURGERY ~

<b>ЗНАЧЕНИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЭТИОЛОГИИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ</b> <i>Акназарова С.У., Хайдарова С.Ф.</i>	321
<b>БОЛАЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА ОПТИМАЛ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ</b> <i>Атамуратов А.К., Ибрагимов Т.М., Ибрагимов А.Р., Вахидов А.Ш.</i>	321
<b>СУРХАНДАРЁ ВИЛОЯТИДА 2020 ЙИЛ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР БУЙИЧА ВАФОТ ЭТГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЎЛИМ САБАБЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ</b> <i>Мухаммадиев Ф.Н., Бабамуратов А.Р., Шохимардонов Ш.И.</i>	322
<b>DIAFRAGMA QIZILO'NGACH TESHIGI CHURRASIDA LAPAROSKOPIK AMALIYOTLAR NATIJALARI</b> <i>Berkinov U.B., Sattarov O.T. Ermatov B.R.</i>	323
<b>ВНУТРИУТРОБНЫЙ МЕКОНИЕВЫЙ ПЕРИТОНИТ</b> <i>Бобоев М.Ш.</i>	324
<b>МЕКОНИЕВЫЙ ПЕРИТОНИТ – ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ</b> <i>Бобоев М.Ш.</i>	325
<b>QANDLI DABET FONIDA FURNE GANGERENASI. KIRISH. XUSUSIYATLARI.</b> <i>Boboyev Q.X., Qasimov U.K.</i>	326
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b> <i>Джалилов А.А., Джуманиёзова Д.А., Нурматов Д.Х., Абдурахманов С.Ш.</i>	327
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ МЕКОНИАЛЬНО ОКРАШЕННЫХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ</b> <i>Джуманязов С.С., Расуль-Заде Ю.Г.</i>	328
<b>ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ</b> <i>Жуманазаров А.У.</i>	329
<b>ВРОЖДЕННАЯ ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ</b> <i>Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.</i>	330
<b>ЧАСТОТА ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ</b> <i>Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.</i>	331
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОКЕРАТОМА И ФЕМТОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В СОЗДАНИИ РОГОВИЧНОГО ЛОСКУТА ПРИ КЕРАТОРЕФРАКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ</b> <i>Иномжоновна М.И., Каримова М.Х.</i>	332
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА НЕНЕДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> <i>Исламов Ш.Э., Мухаммадиев Ф.Н., Сагдуллаев Н.Н.</i>	333