



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASIGA 100 YIL



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASIGA 100 YIL

Toshkent tibbiyot akademiyasi tashkil etilganining
100 yilligiga bag'ishlangan

**“Toshkent tibbiyot akademiyasiga 100 yil – buyuk ishlar va yangi
kashfiyotlar davri”**

mavzusidagi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami

Сборник материалов научно-практической конференции с международным
участием, посвященной 100-летию Ташкентской медицинской академии,
**«100 лет Ташкентской медицинской академии – эпоха больших
свершений и открытий»**

Collection of materials of the scientific and practical conference with
international participation, dedicated to the 100th anniversary of the Tashkent
Medical Academy,

**"100 years of the Tashkent Medical Academy – the era of great
achievements and discoveries"**



Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию Ташкентской медицинской академии,
«100 лет Ташкентской медицинской академии – эпоха больших свершений и открытий»

2022 год
г. Ташкент, Узбекистан

Toshkent tibbiyot akademiyasi tashkil etilganining 100 yilligiga bag'ishlangan

“Toshkent tibbiyot akademiyasiga 100 yil – buyuk ishlar va yangi kashfiyotlar davri” mavzusidagi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami

2022 yil
Toshkent sh., O'zbekiston

Collection of materials of the scientific and practical conference with international participation, dedicated to the 100th anniversary of the Tashkent Medical Academy,

"100 years of the Tashkent Medical Academy – the era of great achievements and discoveries"

2022
Tashkent, Uzbekistan

Главный редактор

Шадманов А.К., ректор Ташкентской медицинской академии, профессор, д.м.н.

**Заместитель
главного редактора**

Азизова Ф.Л., проректор по науке и инновациям Ташкентской медицинской академии, профессор, д.м.н.

**Ответственный
секретарь**

Высогорцева О.Н., доцент кафедры реабилитологии, народной медицины и физической культуры, к.м.н.

Редколлегия:

Хакимов М.Ш., заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии №1 ТМА, профессор, д.м.н.

Матмуродов Ж.К., ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 ТМА

Уразалиева И.Р., доцент школы Общественного здравоохранения, ТМА, (PhD)

Гульманов И.Д., старший преподаватель кафедры анатомии, клинической анатомии ТМА

Результаты. Таким образом, продольная резекция желудка может решить проблемы людей с высокой степенью ожирения и предотвратить осложнения

Вывод. Продольная резекция желудка является одним из основных хирургических методов для лечения ожирения и её осложнений.

ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКИ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ.

Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Крипторхизм - наиболее часто встречающаяся аномалия уrogenитального тракта у мальчиков. По данным исследований, заболеваемость среди новорожденных мальчиков колеблется от 1,6 до 9,0%. Несмотря на проводимое лечение, 40% пациентов с двусторонним и 10% с односторонним крипторхизмом страдают бесплодием.

Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения крипторхизма у детей с различными видами абдоминальной ретенции яичка.

Материалы и методы. Республиканским научном-практическим центром малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста проведен анализ клинического материала за 2015-2020 гг, включающий 107 пациентов с не пальпируемыми яичками. Возраст пациентов составил от 2 до 17 лет. Из них у 48 отмечалась абдоминальная форма, у 59 пациентов высокая форма паховой ретенции.

Результаты. У всех детей выполнена одномоментная лапароскопическая орхиопексия. Операция состояла из следующих этапов: диагностической лапароскопии с целью уточнения уровня ретенции, визуальной оценки яичка, его сосудов, окаймляющей мобилизации париетальной брюшины вокруг внутреннего пахового кольца, мобилизации сосудистого пучка и ductus deferens, яичка, пересечения Гунтерова тяжа, формирование канала из брюшной полости в мошонку, низведение и фиксации яичка в мошонке. При этом дефект париетальной брюшины не восстанавливался.

Выводы. Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов, включающий клинический, ультразвуковой и доплерографический контроль размеров, показал, что применение эндовидеолапароскопии является методом выбора при высокой паховой форме ретенции и абдоминальной форме крипторхизма.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бердиев Э.А., Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Увеличение рождаемости, сохранение и укрепление здоровья детей, особенно перинатального возраста, являются приоритетными государственными задачами. В структуре младенческой смертности в течение ряда лет врожденные пороки развития стоят на втором месте после заболеваний перинатального периода составляя 31,1%. Основной контингент в данной группе причин младенческой смертности — новорожденные с хирургической патологией. В настоящее время многие врожденные пороки развития отнесены к разряду курабельных, поэтому задача улучшения выживаемости и качества жизни новорожденных с хирургической патологией является одной из важных направлений в устранении управляемых причин младенческой смертности.

Цель работы. Оценить эффективность методов эндовидеолапароскопии в хирургической коррекции пороков развития органов брюшной полости у новорожденных.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2021 годы на лечении находились 97 новорожденных ребенка с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта и объемными образованиями брюшной полости.

Результаты. С 2014 года при оперативной коррекции пороков развития мы начали применять эндовидеолапароскопию как метод выбора. Данный вид оперативной коррекции был применен у 27% новорожденных данной группы. Эндовидеолапароскопическая модифицированная операция Ледда у одного новорожденного. У 13 девочек, учитывая огромные размеры кисты (больше 6 см в диаметре), после проведения дополнительных методов обследования (УЗИ и МСКТ) были проведены следующие виды эндовидеолапароскопических операций. У 6-оварицистэктомия, у 3 пункция кисты с иссечением оболочек, у 2 новорожденных с учетом перекрута кистозного измененного яичника у маточного угла с некрозом трубы, проведена аденексэктомия. С 2015 года мы выполняем видеоассистированную сигмостомию с введением 2 сигмостом по Микуличу. Данный метод оперативного лечения был применен у 13 новорожденных. При этом были подтверждены диагнозы высокой атрезии прямой кишки, а также у одного новорожденного выявлено сочетание с заворотом петли толстого кишечника вокруг фиксированного дивертикула. Данные пороки были устранены эндовидеолапароскопически. Продолжительность операции составляла от 45 минут до 1,5 часа. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии в среднем на 10-12 сутки после проведения оперативного вмешательства. Осложнений не было.

Заключение. Применение способов эндовидеолапароскопия, в том числе и видеоассистированной сигмостомии позволяет не только визуально оценить состояние органов брюшной полости, толстого кишечника, прямой кишки, яичников, но и дает возможность выявить и провести дальнейшее лечение сочетанных пороков, исключить, снизить инвазивность оперативного вмешательства не снижая радикальности, а также уменьшить количество койко-дней.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО

Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Авлоназаров Х.А., Бурхонов Ф.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: оценка результатов выполнения операции видеоторакоскопической грудной симпатэктомии у больных с синдромом Рейно.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2022 годы в сосудистом отделении Ташкентской Медицинской Академии нами выполнены 78 видеоторакоскопических грудных симпатэктомий по поводу синдрома Рейно. Показаниям к симпатэктомии были прогрессирующие ухудшение состояния (учащение приступообразных болей, появление трофических расстройств в пальцах кисти и стопы) и неэффективность медикаментозной терапии. Ишемия верхних конечностей отмечена у всех больных, причем, 2 степени – у 25 пациентов, 3-4 степени у 53 больных. Хроническая ишемия и верхних и нижних конечностей отмечалась у 23 пациентов. Возраст оперированных больных колебался от 19 до 57 лет и составил в среднем, $38,7 \pm 9,7$ лет. Доля женщин составила 80,8% (63 пациента), а доля мужчин составила 19,2% (15 больных). Давность заболевания составила от 6 месяцев до 5 лет. Диагноз заболевания устанавливался клинически, ультразвуковым дуплексном сканированием, МСКТ- ангиографией, а также реографией с нитроглицериновой пробой. Всем пациентам операции выполнены в условиях эндотрахеального наркоза в положении больного «на здоровом боку». Симпатический ствол иссекали на уровне второго и третьего межреберья вместе с симпатическими ганглиями. В 20 случаях грудная симпатэктомия выполнялась поэтапно с двух сторон с промежутком между операциями в виде 2 месяцев, а в 3 случаях этот промежуток составил всего неделю из-за выраженной ишемии и в верхних и в нижних конечностях с обеих сторон.

Результаты. Клинически улучшение отмечено у всех оперированных пациентов, что проявлялось уменьшением или исчезновением болевого синдрома, потеплением верхней и нижней конечности в области кисти, стопы и предплечья, ограничением зон некроза пальцев, нормализацией ночного сна. Продолжительность операции видеоторакоскопической грудной симпатэктомии в среднем составила $25 \pm 4,5$ мин. В пяти (6,4%) случаях в плевральной полости имел место спаечный процесс, который во всех случаях был разделен эндоскопически с последующим выполнением симпатэктомии. Послеоперационный период протекал гладко, пациенты начали ходить на следующий день после операции, дренаж удален на следующий день, среднее время нахождения пациента в стационаре после операции составило $3,3 \pm 0,5$ дней. Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты на протяжении 5 лет после операции сохранялись в 71 (91%) случаях.

Выводы. Видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия является легко переносимой операцией для пациентов и весьма эффективной в лечении синдрома Рейно, имеет достаточно хороший косметический эффект и короткий срок пребывания в стационаре. Перенесенные воспалительные процессы легких и плевры должны учитываться в качестве факторов, потенциально вызывающих формирование выраженного спаечного процесса в плевральной полости, хотя в наших исследованиях удалось разделить спайки эндоскопическим путем во всех случаях.

ПОШАГОВАЯ ФИКСАЦИЯ НЕСТАБИЛЬНОГО ТАЗОВОГО КОЛЬЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Борозда И.В., Борозда М.И.

Амурская Государственная Медицинская Академия, Благовещенск, Российская Федерация

Актуальность проблемы. Доля переломов костей таза у больных с политравмой, по данным современной научной литературы составляет от 20 до 52% и не имеет тенденции к снижению. Показатели летальности при этом составляют от 35 до 70%, несмотря на успехи в комплексном лечении травматической болезни, достигнутые в последнее десятилетие. При этом сроки выполнения окончательного остеосинтеза таза находятся в прямой зависимости от эффективности противошокового лечения пострадавших в острый период травматической болезни, что делает актуальным поиск новых технологий экстренной стабилизации в хирургии нестабильных повреждений тазового кольца.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с нестабильными переломами таза путем разработки и применения новых высокоэффективных методик и компонентов аппаратов для чрескостного остеосинтеза.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ результатов лечения 42 пациентов с нестабильными повреждениями таза при политравме, лечившихся в Амурской областной клинической больнице и городской клинической больнице г. Благовещенска в период с 2009 по 2019 г.

Больные были разделены на 2 группы: основную (28 случаев) и группу сравнения (14 наблюдений).

Среди пациентов в обеих исследуемых группах преобладали мужчины 12 (57,7%) - в основной группе и 9 (64,3%) - в группе клинического сравнения. Большинство травмированных находились в наиболее трудоспособном возрасте, в возрастных группах от 21 до 50 лет. По классификации переломов АО/ASIF у всех пациентов отмечены нестабильные повреждения с полным разрывом тазового кольца (тип C). Все переломы таза носили закрытый характер. Черепно-мозговая травма была диагностирована у 15 пострадавших, травмы внутренних органов у 19, переломы костей скелета другой локализации у 23. Большинство пациентов (25) были доставлены в клинику в сроки от 1 суток до 2 недель, 12 пациентов - в течение 3 часов, и остальные (5) в сроки более 2 недель.

По характеру все травмы носили высокоэнергетический характер (автодорожная и кататравма).

При выборе метода остеосинтеза нестабильного повреждения тазового кольца использовали собственный алгоритм (рацпредложение № 1837 от 20.03.2012 года). Все пострадавшие основной группы (28 пациентов) были оперированы с использованием оригинальной технологии: устройства для репозиции и стабилизации заднего отдела таза при переломах крестца и разрывах крестцово-подвздошного сочленения (приоритетная справка №2011100924) и способа чрескостного остеосинтеза нестабильного повреждения таза (патент на изобретение №2457805). Во всех случаях запрашивалось согласие пациентов или их родственников на операцию.

При поступлении пациента в стационар, в течение первых 2 часов выполнялась стабилизация костей таза передним модулем АВФ (противошоковая стабилизация). После стабилизации общего состояния (8-12 сутки) выполнялась окончательная репозиция отломков задним модулем АВФ.

Прочностные характеристики предложенного аппарата внешней фиксации предварительно исследовались методом конечноэлементного математического моделирования.

Группу сравнения составили 14 человек, лечившиеся оперативно, с использованием АВФ циркулярного типа. По основным параметрам (пол, возраст, механизм травмы, характер и степень тяжести повреждений, общее состояние пациентов при поступлении) статистически значимых различий между группами не было ($p > 0,5$).

Анатомические и функциональные результаты лечения оценивали по методикам Шлыкова И.Л. (2004) и Majeed S.A. (1989; 1990).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакетов прикладных программ «Statistica v 6.0». Достоверность различий средних значений оценивали с помощью непараметрических критериев Вилкоксона (для зависимых выборок) и Манна-Уитни (для независимых выборок). Для оценки показателей выборок вычисляли медиану (Me) и интерквартильный размах (25; 75%). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов группы сравнения по окончании лечения в 10 случаях из 14 (71,4%) была выявлена остаточная деформация, составившая 5,5 мм (медиана) при интерквартильном размахе 4,0 – 7,0 мм, в то время, как у больных основной группы остаточное смещение отмечалось в 9 случаях из 28 (32%), причем медиана составляла 2,5 мм, при интерквартильном размахе 2,0 – 3,0 мм ($p_{1,2} = 0,0039$).

Функциональный результат лечения у больных основной группы был также достоверно лучше, чем в группе сравнения. Об этом свидетельствует увеличение числа отличных и хороших результатов у пострадавших основной группы (68% и 32%) при отсутствии плохих и удовлетворительных, а также увеличение их медианы до 90,0 баллов по шкале Majeed (1989) при квартилях 83,0 и 97,0.

В то время, как у пациентов группы сравнения отличные результаты составляли 21,4%, хорошие – 42,9%, удовлетворительные – 28,6% и неудовлетворительные – 7,1%. Среднее значение функционального результата в баллах составило 72,0 (медиана) при квартилях 58,0 и 74,0 ($p_{1,2} = 0,000319$).

Заключение. Применение предложенного этапного малоинвазивного способа остеосинтеза, металлоконструкций для его осуществления и алгоритма остеосинтеза нестабильных повреждений таза позволяет улучшить анатомические и функциональные результаты лечения пациентов с односторонними повреждениями заднего полукольца таза при политравме.

При двусторонних повреждениях заднего полукольца таза более оправдано использование транспедикулярной стабилизации, которую можно считать надёжной, но более дорогостоящей альтернативой, предложенной нами методики.