



Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан



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



XVII научно-практическая конференция молодых ученых и студентов



ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ



ТОМ-1

Душанбе
29 апреля 2022 года

колоколообразной формой, что отражает вариант нормы. В послеоперационном периоде у пациентов отмечалось улучшение всех параметров уродинамики, в том числе улучшение формы струи мочи.

Выводы. Полученные результаты данного научно-клинического труда ярко продемонстрировали важность урофлоуметрии наряду с другими дополнительными методами исследования (тест Gittes - артериальной эрекции, измерение угла искривления полового члена, фотографирование, УЗИ и компьютерная томография) детально выявить тяжесть гипоспадии и сопутствующих пороков, определить способ коррекции, объективно оценить уродинамические показатели и качество лечения.

Холов Ш.И., Хомидзода И.Дж., Дадоджонов Дж.Ю. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Дангара. Таджикистан.
Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.
Научный руководитель - член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор Курбанов У.А.

Цель исследования. Оценить эффективность перевязки глубокой дорсальной вены полового члена при эректильной дисфункции.

Материалы и методы исследования. Бригадой реконструктивно-пластических хирургов с 2016 года по настоящее время в условиях РКБ Дангаринского района впервые в клинической практике было внедрено около 60 методов реконструктивных и эстетических операций, в том числе с 2019 года стала применяться хирургическая перевязка глубокой дорсальной вены полового члена (ПГДВ ПЧ) при эректильной дисфункции (ЭД). За период с 2019 года по февраль 2022 года было выполнено 14 операций по хирургическому устранению эректильной дисфункции методом перевязывания глубоких вен ПЧ. Возраст больных варьировал от 20 до 65 лет и в среднем составил $38,64 \pm 15,07$ лет.

Результаты исследования. Оперативное вмешательство всем 14 больным с установленным диагнозом эректильной дисфункции было выполнено после предварительной консультации уролога-андролога, оценки сексологического статуса, семейного положения и проведения общеклинических лабораторно-инструментальных исследований с обязательным определением эндокринологического статуса. Выявление деталей половой функции пациента с определением частоты проявления спонтанных и адекватных эрекций указывало на качественную и количественную характеристику половой жизни пациентов.

Среди обратившихся больных было выделено 6 пациентов, у которых развитие эректильной дисфункции было определено наличием варикоцеле, которое является маркером вено-окклюзивной формы ЭД. Следовательно, данной группе пациентов была выполнена симультанная операция ПГДВ ПЧ в комбинации с перевязкой патологических венозных шунтов полового члена и устранением варикоцеле микрохирургическим способом по Мармару-Гольдштейну. Все перечисленные хирургические операции были выполнены одним доступом. У 3-х пациентов с ЭД было определено наличие короткой уздечки ПЧ, которая была устранена применением френулопластики после проведения ПГДВ ПЧ. Изолированная ПГДВ ПЧ была проведена у 5-ти пациентов с ЭД. Хирургические манипуляции 6 пациентам с варикоцеле в анамнезе были произведены под эндотрахеальным наркозом, тогда как местная анестезия была применена для остальных больных.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко, раны заживали первичным натяжением. Швы сняты на 10-12 сутки после операции. Отдаленные результаты в сроках от 6 месяцев до 3 лет изучены у всех больных. Во всех случаях эстетические результаты были хорошими. Послеоперационные осложнения не наблюдались.

Выводы. Лечение венозной недостаточности полового члена заключается в создании ограничения патологического сброса крови из кавернозных тел при эрекции. Это может быть достигнуто индивидуальным выбором оперативных методов лечения в зависимости от отдельных клинических случаев, приводящих к нарушению эректильной функции у мужчин, а также требует высокой квалификации хирурга.

Холова З.Б. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19

Кафедра акушерства и гинекологии №1. Ташкентская медицинская академия, Узбекистан
Научный руководитель - д.м.н. Ф.И. Шукуров

Одной из существенных причин фетоплацентарной дисфункции является инфекционный фактор. Частота развития фетоплацентарной дисфункции у беременных с COVID-19 составляет до 50%. Фетоплацентарная дисфункция и, как следствие, хроническая внутриутробная гипоксия плода являются одной из значимых проблем современного перинатального акушерства.

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические особенности формирования фетоплацентарной дисфункции у беременных с COVID-19.

Материалы и методы исследования. Обследовано 150 женщин. В основную группу вошли 120 беременных женщин с COVID-19. В контрольную группу вошли 30 здоровых беременных. Диагноз фетоплацентарной дисфункции ставился на основании результатов УЗИ с доплерометрией, КТГ и морфологического исследования плаценты.

Результаты исследования. Течение беременности у женщин основной группы с COVID-19 с фетоплацентарной дисфункцией достоверно чаще осложнялось угрозой прерывания беременности (43%), анемией легкой степени (32%). По данным доплерографии нарушение кровотока 1А степени (57,4% против 11,2%, $p < 0,05$),

IB степени (21,3%против 4,2%, $p<0,05$) регистрировалось в основной группе достоверно чаще, чем в группе контроля. Гипоксия плода была диагностирована по данным КТГ в основной группе (62,1%) достоверно чаще, чем в группе контроля (8,4%, $p<0,05$).Морфологическое исследование плаценты выявило признаки хронической фетоплацентарной недостаточности в основной группе в 93,0%, в контрольной группе – в 21,0% ($p<0,05$). При этом в основной группе в 14,7% случаев были выявлены воспалительные изменения в плаценте различной локализации, в группе контроля таких изменений не наблюдалось.

Выводы. У беременных женщин с COVID-19 значительно выше вероятность развития фетоплацентарной дисфункции. Морфологическое исследование плаценты выявило признаки хронической фетоплацентарной недостаточности. Выявленные морфологические изменения в плаценте могут служить косвенными последствиями персистенции коронавирусной инфекции в организме женщины.

Хомидов И.Т., Хамидов Ф.М. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕБОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Кафедра хирургических болезней №2 им. акад. Усманова Н.У. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Таджикистан
ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Таджикистан
Научный руководитель – д.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Выявить факторы, приводящие к развитию переднее-боковых грыж живота.

Материал и методы исследования. Нами у 52 пациентов была изучена частота встречаемости разновидностей переднебоковых грыж живота госпитализированных и оперированных в отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии и эндохирургии РНЦССХ за период 2000-2020гг. Возраст пациентов варьировал в пределах 24-67 лет, средний возраст составил - 49лет. Мужчин было 12 (23%), женщин – 40, что составило 76,9%. Левосторонняя локализация грыж имела у 20 (38,5%), правосторонняя у 32 (61,5%) пациентов. Длительность грыженосительства была: от 1 года до 14 лет. Для определения послеоперационной грыжи нами была использована классификация Тоскина-Жебровского. Для выявления состояния анатомических структур переднебоковой области (толщину мышечно-апоневротического слоя, диаметр грыжевых ворот), а также содержимого грыжевого мешка у пациентов в предоперационном периоде нами были использованы дополнительные методы диагностики, такие как R-графия брюшной полости, УЗИ, КТ и СКТ 5D реконструкция при обширных и гигантских грыжах по вышеупомянутой классификации. Также всем пациентам определяли функцию внешнего дыхания с бандажом и без наложения бандажа.

Результаты исследования. Из анамнеза пациентов было выявлено, что первичное оперативное вмешательство у 40 пациентов было выполнено по поводу: нефрэктомии ($n=10$), нефролитотомии ($n=7$), аппендэктомии ($n=9$), холецистэктомии ($n=7$), дренирования забрюшинного пространства ($n=2$), надвлагалищной ампутации матки ($n=3$), эхинококкэктомии из печени ($n=1$) и удаления опухоли правого надпочечника (1).В 12 случаях нами были выявлены переднебоковые грыжи живота и редкие формы грыж (полулунной линия) живота в связи с истончением мышечно-апоневротического слоя данной области и преклонных возрастов, что составило 23 %. Взятие макропрепарата для гистологического исследования у данной группы пациентов выявила уменьшение коллагенового соотношения у пациентов данной группы. В связи с этим послеоперационные грыжи переднебоковых грыж живота были связаны: в 19,2% случаях с нефрэктомией, 13,5% нефролитотомией, 17,3% аппендэктомией, 13,5%, 3,8% дренированием забрюшинного пространства, 5,8% над влагалищной ампутации матки, 1,9% эхинококкэктомией из печени и в 1,9% случаев после удаления новообразования правого надпочечника.

Выводы. Таким образом, полученные данные продемонстрировали превалирование послеоперационных причин развития переднебоковых грыж живота в 3,3 раза над приобретенными. В свою очередь причинами развития приобретенных грыж переднебоковой области живота явилось изменение соотношения коллагеновых структур мышечно-апоневротического слоя.

Хошимов Ю.Г., Саймудинов А.С., Мираков Б.Т. НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИИ ТАЗАБЕДРЕННОГО СУСТАВА

ГУ Национальный медицинский центр РТ “Шифобахш”. Таджикистан.
Научный руководитель - к.м.н. Дустов Х.С.

Цель исследования. Изучить результаты лечения больных с патологией тазобедренного сустава (ТБС) при тотальном эндопротезировании.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов операции эндопротезирования тазобедренного сустава у 56 больных с дегенеративно дистрофическим заболеванием и асептическим некрозом головки бедренной кости, находившихся на лечении в ортопедическом отделении ГУ НМЦ РТ “Шифобахш” в период с 2018-2019. Мужчин было 30 (53.6%) больных, женщин - 26 (46.4%). В возрасте от 28 до 74 лет. У всех больных рентгенологическая картина свидетельствовала о выраженных изменениях тазобедренного сустава. Первичное тотальное замещение тазобедренного сустава произведено у 21 (37.5%) больных с асептическим некрозом головки бедренной кости, у 35 (62.5%) с коксартрозом 3-стадии. В качестве импланта использовали эндопротезы фирмы “Meril”. В 19(33.9%) случаях эндопротез фиксирован с помощью фиксатора пресс-фит, в 37 (66.1%) с помощью фиксации пресс-фит и двумя шурупами.

Результаты исследования. Все больные на 2-3 сутки были активизированы в пределах палаты, обучались передвижению с помощью “ходунков”, без нагрузки конечности. С 3- суток больные обучались передвижению с

Фозилжон-зода М. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	348
Фуркатзод Ф., Бабаева Т.С., Каримов М.Б. ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ДИОДЛАЗЕРНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ГЛАУКОМЫ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЯЩЕЙ СТАДИИ.....	348
Фуркатзод Ф., Саидджамолов К.М., Зиёзода М.Р. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ	349
Фуркатзод Ф., Каримов М.Б., Рахимова З.И. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ДО И ПОСЛЕ ЦФК.....	349
Фуррохов И.Ё., Набиджонов Н.С., Азизов Ш.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ БИОМАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	350
Хайрова Г. Х., Нозимов Ф.Х. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНЫХ ЗАТЁКОВ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ КОПЧИКОВОМ ХОДЕ.....	350
Хайрова Г.Х., Нозимов Ф.Х. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	351
Хайрова Г.Х., Обиджони К.Ю., Караева А.А. ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	351
Хакимов Ш. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	352
Хакимова Д.З., Тошматова Д.И., Якубова З.М. ГЕСТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС И ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	352
Хамидова М.Н., Холбоева С.Т., Мирзаев С.А. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	353
Хамидов Н.Х., Хамидов Ф.М., Шарифзода Ш.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ PRP ПРИ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	353
Хамидов Ф.М., Бокиев Ф.Б., Нодирбокиев А.Н. СОСТОЯНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У МУЖЧИН С РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕНАТЯЖНУЮ ГЕРНИОПЛАСТИКУ.....	354
Хамидов Ф.М., Маджитов Ф.К., Холов С.М. СОСТОЯНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У МУЖЧИН С РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ КЛАССИЧЕСКОЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ.....	354
Хамидов Ф.М. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РИНОЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ	355
Хамидов Ф.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОМИКОЗОМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ	355
Хамраева Л.С., Хамроева Ю.А., Мирзаева Г.У. ОЦЕНКА ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРНОГО ЗДОРОВОГО ГЛАЗА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ РОГОВИЦЫ.....	356
Хамраева Л.С., Хамроева Ю.А., Бегжанова Г.М. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЫ У ДЕТЕЙ	356
Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Дж., Сафолова Ф.М. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	357
Хафизова Г.А., Гаорова Н.С., Сайдалиев Ш.Ш. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.....	358
Ходжамирова Ф.Р., Абдурахимзода Ш.Р., Ходжаназаров Д. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ МЕДИАЛЬНОГО ЭПИКАНТУСА СРЕДИ СТУДЕНТОК ХГМУ.....	358
Холбоев К.С., Машанов У.Дж., Джусраева Н.Х. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ.....	359
Холбоева С.Т., Рустамов И.М., Эшпулатова Г.Н. ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ.....	359
Холов Д.Д., Зокиров Р.А. ЗАКРЫТОЕ АСПИРАЦИОННО-ПРОМЫВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН.....	360
Холов Ш.И., Мардонзода К.М., Холов А.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОФЛОУМЕТРИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ.....	360
Холов Ш.И., Хомидзода И.Дж., Дадоджонов Дж.Ю. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.....	361
Холова З.Б. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19.....	361
Хомидов И.Т., Хамидов Ф.М. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕБОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА	362
Хошимов Ю.Г., Саймудинов А.С., Мираков Б.Т. НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТАЗАБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	362
Худжамкулов А.А., Юлдошев. Р.З. Джамшидов Дж.Ш. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА	363
Худжамкулов А.А., Юлдошев. Р.З, Дилишодов С.М. РАК ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА....	363
Худжасолиева Ф.А., Султанов С.А., Ошурбекова Ф.К. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЁННОЙ КРИВОШЕИ.....	364
Худойбердиева Д.О. УСТРАНЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОКНА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ПРИ ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГ	364