

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**  
**«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»**

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**  
**«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**  
**«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»**

**IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»**

**ISSN 2181-3485**

**Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.**

**№ 2 (07), 2022**



*Jurnaldagi nashrlar O'zbekistonda va xorijda ilmiy darajalar uchun dissertatsiyalar himoya qilinganda chop etilgan ishlar deb hisoblanadi.*

*Ilgari hech qayerda chop etilmagan va boshqa nashrlarda chop etish uchun taqdim etilmagan maqolalar nashrga qabul qilinadi. Tahririyatga kelgan maqolalar ko'rib chiqiladi. Nashr mualliflari maqolalarda keltirilgan ma'lumotlarning to'g'riligi uchun javobgardirlar. Materiallardan foydalanganda jurnalga va maqola mualliflariga havola bo'lishi shart.*

*Materiallar mualliflik nashrida chop etiladi.*

*Публикации в журнале учитываются как опубликованные работы при защите диссертаций на соискание ученых степеней Узбекистана и зарубежья.*

*К публикации принимаются статьи, ранее нигде не опубликованные и не представленные к печати в других изданиях. Статьи, поступившие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. При использовании материалов ссылка на журнал и авторов статей обязательна.*

*Материалы публикуются в авторской редакции.*

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Шадманов Алишер Каюмович

## ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шайхова Гули Исламовна

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Алимухамедов Дилшод Шавкатович

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИИ:

т.ф.д., доцент Азизова Ф.Л.  
профессор Камилов Х.П.  
т.ф.д. Набиева Д.А.  
профессор Тешаев О.Р.  
профессор Хасанов У.С.

профессор Азизова Ф.Х.  
профессор Каримжонов И.А.  
профессор Наджмутдинова Д.К.  
профессор Хайдаров Н.К.  
т.ф.д. Худойкулова Г.К.

профессор Аллаева М.Ж.  
профессор Каримова М.Х.  
т.ф.д. Нуриллаева Н.М.  
профессор Хакимов М.Ш.  
профессор Эрматов Н.Ж.

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аглиулин Д.Р.  
Ачилов Д.Д.  
Ганиев А.А.  
Искандарова Г.Т.  
Матназарова Г.С.  
Мирзоева М.Р.  
Муртазаев С.С.  
Нарзикулова К.И.  
Носиров М.М.  
Орипов Ф.С.  
Рахимов Б.Б.  
Рустамова М.Т.

к.м.н. (Россия)  
PhD (Термез)  
д.м.н. (Тошкент)  
профессор (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Бухоро)  
д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
PhD (Андижон)  
д.м.н. (Самарканд)  
д.м.н. (Жанубий Корея)  
профессор (Тошкент)

Саломова Ф.И.  
Санаева М.Ж.  
Сидиков А.А.  
Собиров У.Ю.  
Тажиева З.Б.  
Ташкенбаева У.А.  
Тусунов Ж.Х.  
Хасанова Д.А.  
Хасанова М.А.  
Хван О.И.  
Холматова Б.Т.  
Чон Хи Ким

д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Фарғона)  
профессор (Тошкент)  
PhD (Ургенч)  
д.м.н. (Тошкент)  
PhD (Тошкент)  
д.м.н. (Бухоро)  
к.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
профессор (Тошкент)  
PhD (Жанубий Корея)

### Адрес редакции:

Ташкентская медицинская академия 100109, г.  
Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,  
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,  
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

<b>Ахадов М.М., Халиков С.П.</b> Хирургическое лечение протяженных и двухуровневых рубцовых стриктур трахеи .....	68
<b>Babadjanova F.R.</b> Optimization of diagnosis, prognosis and treatment of cardiac disorders in children with congenital heart defects, in children living in the khorezm region.....	75
<b>Бабаджанова Ф.Р., Довлетова Г.О.</b> Перинатальные исходы у женщин и заболеваемость детей, рожденных во время пандемии covid-19 в хорезмской области.....	79
<b>Bo'riyeva Sh.Sh., Iskandarova D.E.</b> Insult diagnostikasida mskt taxlilining natijalari va ahamiyati.....	81
<b>Жураев С.Б., Асраров У.А.</b> Оптимизация тактики хирургического лечения повреждений артерий конечностей при сочетанных травмах.....	82
<b>Аваков В.Е., Ибрагимов Н.К., Кенжаев Л.Т, Журакулов А.К., Наубетова С.Д.</b> Влияние препарата каллидиногеназы на гемостаз, когнитивные функции и показатели гемодинамики при изолированной закрытой черепно-мозговой травмой.....	87
<b>Курбанбаев Р.И., Асраров У.А.</b> Тактика хирургического лечения больных с тромбозами артерий нижних конечностей .....	95
<b>Тажиева З.Б.</b> Особенности развития оксалатной нефропатии у детей и взаимосвязь с патологией пищеварительного тракта .....	100
<b>Холмаматов Х.Т., Халиков С.П.</b> Рубцовый стеноз трахеи: эндоскопическая диагностика и лечение.....	104
<b>Худайберганов М.Р.</b> Роль микроэлементов и иммунной системы при госпитальной инфекции у детей раннего возраста .....	113
<b><u>ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ</u></b>	
<b>Камилова А.Ш.</b> Проблема питания при психоэмоциональных состояниях, приводящих к ожирению .....	115
<b>Камилова Р.Т., Носирова А.Р., Исакова Л.И., Камилов Ж.А.</b> Болалар жисмоний ривожланишининг овқатланишни ташкил этилганлигига боғлиқлиги.....	122
<b>Абдуллаева Д.Г.</b> Овқат аллергиясида яширин алергенларни аниқлаш бўйича амалий тавсиялар.....	129
<b>Абдуллаева Д.Г., Ҳақбердиев Х.Р.</b> Озиқ-овқат маҳсулотлари ва замбуруғларга сезувчанлик ва унинг профилактикаси.....	136
<b>Исакова Л.И., Атаниязова Р.А., Камилова Р.Т., Усманова М.И., Кусбергенова Х.</b> Анализ уровня знаний в области влияния санитарии и гигиены на состояние здоровья и благополучие населения республики.....	142
<b>Камилова Р.Т., Тиллаева Шт.О., Тиллаева Шд.О.</b> Значение рационального питания для здоровья юных спортсменов .....	149
<b>Тураев Ф.Ш.</b> Новые макаронные изделия с обогащением белкового изолята .....	153

УДК: 616-005.6+616.718+616.13-089-08

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Курбанбаев Р.И.**

Научный руководитель: **Асраров У.А.**, ассистент кафедры  
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии № 1  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

***Аннотация.** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 43 пациентов с тромбозами артерий нижних конечностей, которым комплексное лечение было осуществлено малоинвазивными эндоваскулярными методами лечения. Проведенные исследования показали эффективность усовершенствованной тактики лечения, при которой удалось достоверно снизить частоту послеоперационных осложнений оперативных вмешательств с 6,97% до 2,32%.*

***Ключевые слова:** тромбоз артерий нижних конечностей, острая ишемия нижних конечностей, острый артериальный тромбоз*

## PASTKI EKSTREMITALARNING ARTERIYALARI TROMBOZI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI JARROHLIK DAVOLASH TAKTIKASI

**Kurbonboev R.I.**

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

***Hulosa.** Oyoq arteriyalari trombozi bilan hasta bo'lgan 43 bemorda tashxislash va davolashda qo'llanilgan kam invaziv davo taktikasi natijalari tahlil qilindi. O'tkazilgan tadqiqotlar takomillashtirilgan davolash taktikasi samaradorligini ko'rsatdi; bunda jarrohlik yondashuvdan keyingi asoratlar sezilarli darajada (6,97%dan 2,32%gacha) kamayishi erishildi.*

***Kalit so'zlar:** oyoq arteriyalari trombozi, oyoqlar o'tkir ishemiyasi, o'tkir arterial tromboz*

## TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THROMBOSIS OF ARTERIES OF THE LOWER EXTREMITIES

**Kurbonboev R.I.**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

***Summary.** The results of the examination and treatment of 43 patients with thrombosis of the arteries of the lower extremities, who underwent complex treatment with minimally invasive endovascular methods of treatment, were analyzed. The conducted studies have shown the effectiveness of improved treatment tactics in which it was possible to significantly reduce the incidence of postoperative complications of surgical interventions (from 6.97% to 2.32%)*

***Keywords:** thrombosis of lower limb arteries, acute lower limb ischemia, acute arterial thrombosis*

**Актуальность.** Информации, относительно частоты встречаемости острой ишемии нижних конечностей недостаточно, но в нескольких национальных регистрах и региональных обзорах приводятся цифры – 140,000,000 в год. По данным Бокарева И. Н. ежегодно на 6000 человек населения встречается 1 случай острой ишемии [1, 6, 5]. Частота острой ишемии, связанной с эмболией, за последние годы уменьшилась, вероятно, как следствие уменьшения ревматического поражения клапанов сердца, улучшения наблюдения за такими больными и прогресса в лечении пациентов с нарушениями ритма сердца. Напротив, чаще стали встречаться случаи острой тромботической ишемии [3, 4].

Наиболее частой причиной острых тромбозов является атеросклероз, при котором тромбоз может развиваться как первичный на фоне асимптомной изъязвленной бляшки, либо как вторичный – на фоне длительно существующего окклюзионно-стенотического процесса [2]. Первичные острые тромбозы (до 42% от всего количества случаев острых тромбозов) клинически мало чем отличаются от артериальных эмболий – характерно внезапное начало. Вторичные острые тромбозы (62%) характеризуются менее внезапным и драматичным началом. Выявление острых артериальных тромбозов и дифференциальный диагноз с артериальной эмболией часто затруднено, а иногда и невозможно, особенно у пожилых пациентов с кардиомиопатией и периферическим атеросклерозом. Учитывая вышеизложенное, **целью настоящего исследования** явилось улучшение результатов лечения больных с тромбозом артерий нижних конечностей путем оптимизации диагностики и тактики лечения.

**Материалы и методы исследования.** За период с сентября 2020 года по январь 2022 года в отделении экстренной хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии полу-

чали лечение 43 пациента с острым тромбозом артерий нижних конечностей. Средний возраст составил  $61,3 \pm 0,6$  год. Из них 27 (62,8%) пациентов мужского пола, 16 (37,2%) женского. Пациенты в зависимости от примененной тактики лечения были разделены на 2 группы: основную - 15 (34,8%) и сравнительную - 28 (65,2%) пациентов.

Для определения степени ишемии за основу была взята классификация А.С. Савельева, согласно которой в основной группе у 4 (26,67%) пациентов диагностирована острая ишемия II-а степени; у 8 (53,33%) — II-б; у 3 (20%) — III-а. В группе сравнения распределение по степени острой ишемии было: 8 (28,57%) пациентов — II-а степени; 13 (46,43%) — II-б; 7 (25%) — III-а. По уровню поражения артерий: в основной группе у 5 (33,33%) пациентов – тромбоз подвздошно-бедренного сегмента, 7 (46,67%) – тромбоз бедренно-подколенного сегмента; 3 (20%) – подколенно-тибиального сегмента. В группе сравнения: у 10 (35,71%) пациентов – тромбоз подвздошно-бедренного сегмента, 12 (42,86%) – тромбоз бедренно-подколенного сегмента; 6 (21,43%) – подколенно-тибиального сегмента. По соотношениям сопутствующих заболеваний значимого перевеса определенной нозологии ни в одной из исследуемых группах не наблюдалось.

Диагностика включала стандартные клинические лабораторно-инструментальные исследования, дополненные ультразвуковой доплерографией (УЗДГ), ультразвуковым дуплексным сканированием сосудов нижних конечностей, мультиспиральной компьютерной томографической и рентгенконтрастной ангиографии артерий нижних конечностей. Всем больным была назначена стандартная предоперационной подготовка, включающая двойную антикоагулянтную, инфузионную терапию, улучшение кровообращения микроциркуляторного русла.

Оперативные вмешательства исследу-

емых больных производились не позднее 24 часов после обращения в хирургический стационар. Больным контрольной группы производилась тромбэктомия из пораженного артериального сегмента и фасциотомия (по показаниям), тогда как больным основной группы проводился эндоваскулярный тромболизис и тромбаспирация. В случаях невозможности пункции бедренной артерии на пораженной конечности, доступ осуществлялся через контралатеральную нижнюю конечность. В качестве тромболитического препарата применялась урокиназа. Эффективность метода определяли на основании ряда субъективных и объективных критериев. Субъективными критериями считали изменение клинической динамики: потепление конечности, изменение цвета кожи, улучшение двигательной и чувствительной функций, появление пульсации дистальнее тромбоза. К объективным критериям относили: изменения показателей УЗДГ в виде улучшения лодыжноплечевого индекса (ЛПИ), изменения скоростных показателей и визуального сонографического контроля лизиса тромба. Однако, основным объективным критерием лизиса тромбов были данные ангиографии, проводимой в процессе процедуры и по ее окончании.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведения тромбэктомий у больных группы сравнения регресс ишемии отмечается у 24 (55,81%) пациентов. В 2 (4,65%) случаях в течение 12 часов после проведенного оперативного вмешательства отмечался ретромбоз, в связи с чем больным вновь были выполнены тромбэктомии. Также в 2 (4,65%) случаях после проведения тромбэктомий не отмечался регресс ишемии, была выполнена вторичная высокая ампутация нижней конечности. Летальности в группе сравнения не наблюдалось. Всем 7 (16,27%) пациентам с острой ишемией 3 степени тромбэктомия в обязатель-

ном порядке дополнялась передней и задней фасциотомией. Тромбэктомия во всех случаях выполняли разрезом по линии Кена.

У больных основной группы, которым были произведены катетерный тромболизис и тромбаспирация, эпизодов ретромбоза не наблюдалось. Однако, в 1 (2,32%) случае был выявлен частичный регресс ишемии с необратимыми некротическими изменениями, ограниченные в стопе демаркационной линией, которому в последующем произведена дезартикуляция. Для выполнения катетерного тромболизиса и тромбаспирации осуществляли бедренную ангиографию путем антеградной пункции бедренной артерии с установкой катетера для последующего лизиса.

Благодаря селективному введению в большинстве случаев удалось получить положительные результаты с помощью меньшей дозы фибринолитиков, чем при системном применении. Доза урокиназы составила от 300,000 до 900,000 МЕ. После завершения тромболизиса катетер не удаляли, а проводили внутриартериальную инфузию антикоагулянтов, дезагрегантов и спазмолитических препаратов. Удаляли катетер после нормализации показателей свертывающей системы крови (на 7 сутки после процедуры).

Несмотря на преимущество регионарного тромболизиса при периферических тромбозах, не у всех пациентов удалось полностью лизировать тромбы. Тем не менее, даже при успешном тромболизисе не устранялись причинные факторы тромбоза. Поэтому 3 (6,97%) пациентов были прооперированы на 3–6-е сутки после выполнения у них тромбэктомии.

Для определения корреляционной связи между частотой развития осложнений каждые 48 часов после проведенных вмешательств оценивалась свертывающая система крови (таб. 1, 2).

Таблица 1.

## Время свёртывания крови в исследуемых группах

	начало ВСК в основной группе	начало ВСК в группе сравнения	конец ВСК в основной группе	конец ВСК в группе сравнения
1 сут	270±2	250±3	290±1	265±3
3 сут	250±3	223±1	268±2	240±2
5 сут	230±2	197±2	255±3	233±1
7 сут	225±1	190±1	263±2	227±2

Несмотря на то, что лечение данной категории больных является исключительно трудной проблемой, тем не менее, определенные перспективы связаны с оптимизацией диагностического алгоритма и дифференцированным выбором того или иного метода хирургического вмешательства. По результатам наших исследований, непрямая тромбэктомия является малопер-

спективным методом, поскольку во многих случаях недостаточна для освобождения просвета артерий от атеротромботических масс, особенно в сосудах среднего и мелкого калибра. После тромбэктомии у 2 (4,65%) пациентов проведена ампутация, тогда как у пациентов с тромболизисом осложнений не наблюдалось.

Таблица 2.

## ПТИ и АЧТВ в исследуемых группах

Сутки	Основная группа ПТИ	Группа сравнения ПТИ	Основная группа АЧТВ	Группа сравнения АЧТВ
1 сутка	65±1	70±2	28±2	31±1
3 сутка	71±2	78±1	32±1	35±2
5 сутка	75±2	89±1	35±3	38±2
7 сутка	82±2	98±2	37±1	40±3

Несколько лучшие результаты были получены при проведении различных реконструктивных операций. Но возможность их выполнения ограничена у больных, у которых отсутствует периферическое русло. Именно у этой группы пациентов единственным методом реваскуляризации является регионарный тромболизис. Достигнутый в процессе лизиса эффект так же, как и при неудачном лизисе возможно дополнить последующей операцией.

Традиционно выполненные тромбэктомии с последующей антикоагулянтной

терапией в послеоперационном периоде многие годы был стандартном. Реперфузионный синдром после реваскуляризации и реконструкции пораженных артериальных сегментов протекает агрессивнее, что и является причиной более частых осложнений. Пациентам, которым был произведен эндоваскулярный тромболизис и тромбаспирация, подход в применении фибринолитического препарата и её продвижение в дистальном направлении вплоть до микроциркуляторного русла и является перспективной.

## Выводы

1. В ходе диагностических мероприятий выявлялся тромбоз на фоне атеросклеротического процесса в сочетании с проходным берцовым сегментом, таким больным показана первичная реконструктивная операция.

2. Непрямая тромбэктомия показана при тромбозе магистральных артерий без значительных атероматозных поражений или при эмболиях.

3. Показанием к проведению эндоваскулярной тромболитической терапии являются периферические формы тромбоза или давние тромбозы на фоне выраженного атеросклеротического поражения с неудовлетворительным периферическим сосудистым руслом, т.е. когда непрякая тромбэктомия прогностически неблагоприятна, а реконструктивную операцию выполнить невозможно.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бокарев И.Н., Попова Л.В. Современные проблемы тромбозов артерий и вен //

Практическая медицина, 2014, Т.6, №9, С.13-17.

2. Каримов Ш.И., Ирназаров А.А., Асраров У.А. Применение гибридных хирургических вмешательств у больных с критической ишемией нижних конечностей при мультифокальном атеросклерозе. Тиббиет янги куни; 3(27)2019, 46-52. (14.00.00, № 22).

3. Babunashvili, M.A., Glagolev V.E., Kartashov D.S. multi-stage endovascular treatment of multifocal atherosclerosis. Journal archive 2013; 53 (11): 90-95.12

4. Gavrilova N.E., Metelskaya V.A., Yarovaya E.B., Boytsov S.A. The Role of duplex scanning of the carotid arteries to identify coronary atherosclerosis and determining the degree of its severity. Rus Journal of Cardiology 2014; 4 (108): 108-112).6

5. Gozhenko A.I., Kovalevskaya L.A., Kotyuzhinskaya S.G. et al. Atherosclerosis: new achievements and failures. J Health Sci 2014; 04 (04): 101-114.7.

6. Oganov R.G. Cardiovascular comorbidity: common approaches to prevention and treatment. Rational pharmacotherapy in cardiology 2015; 11 (1): 4-7.3