

ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ

ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

2022, том 15, № 3-4

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0292 от 15.08.2007

Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций

Включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ (Ташкент):

Главный редактор: ХАДЖИБАЕВ АБДУХАКИМ МУМИНОВИЧ, д.м.н., профессор

Р.Н. АКАЛАЕВ, Х.А. АКИЛОВ, Д.А. АЛИМОВ, Б.К. АЛТЫЕВ, С.И. ИСМАИЛОВ,
Ш.И. КАРИМОВ, К.Э. МАХКАМОВ, К.С. РИЗАЕВ, ДЖ.М. САБИРОВ,
Д.Б. ТУЛЯГАНОВ, Ф.А. ХАДЖИБАЕВ, В.Х. ШАРИПОВА,
Б.И. ШУКУРОВ (ответственный секретарь)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А. Абдурахманов (Ташкент)
М.М. Акбаров (Ташкент)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)
А.А. Алижанов (Наманган)
Ш.К. Атаджанов (Ташкент)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)
С.М. Бегалиев (Нукус)
Д.Г. Бурибаев (Ташкент)
Э.Ю. Валиев (Ташкент)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)

Б.Т. Даминов (Ташкент)
А.И. Икрамов (Ташкент)
С.А. Кабанова (Москва)
Р.Д. Курбанов (Ташкент)
А.Н. Лодягин (С.-Петербург)
Б.А. Магруппов (Ташкент)
И.П. Миннуллин (С.-Петербург)
А.Г. Мирошниченко (С.-Петербург)
Г.Ф. Муслимов (Баку)
Б.Ф. Мухамедова (Ташкент)

Ф.Г. Назыров (Ташкент)
З.М. Низамходжаев (Ташкент)
Ю.С. Полушин (С.-Петербург)
Д.А. Сапаев (Ургенч)
Р.П. Туляков (Карши)
А.Ю. Тухтакулов (Фергана)
А.Д. Фаязов (Ташкент)
А.Ф. Черноусов (Москва)
А.Т. Эрметов (Ташкентская обл.)
Başar Cander (Стамбул, Турция)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Адрес редакции: 100115, Узбекистан, Ташкент, Кичик халка йули, 2.

Тел.: (99871) 1504600, 1504601. E-mail: journal@empra.uz

www.ems-journal.uz

Индекс подписки 1204

Сайт Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан

www.empra.uz

Издательская лицензия АИ № 158. 14.08.2009.

Подписано в печать 7 октября 2022 г. Формат 60×84^{1/8}. Печать офсетная. Бумага мелованная.

Усл. печ. л. 39,06. Уч. изд. 42,87. Тираж 2 950. Заказ № 21-61.

Редакторы: Л. Бабаева, Т. Мирзаев. Технический редактор Л. Хижова. Корректор Ш. Иногамова.

Компьютерная верстка К. Голдобина, Б. Душанова, Ф. Хасанова

Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «Узбекистан».

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ассоциация врачей экстренной
медицинской помощи Узбекистана



THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE

Vol. 15, 3-4, 2022

PEER-REVIEWED SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL

Included the list of scientific publications recommended by the advanced attestation commission of the Republic of Uzbekistan for publication of the main scientific results of doctoral dissertations
Journal is indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

EDITORIAL BOARD (Tashkent):

Editor-in-Chief: ABDUKHAKIM MUMINOVICH KHADJIBAEV, Doctor of science, professor

R.N. AKALAEV, H.A. AKILOV, D.A. ALIMOV, B.K. ALTYEV, S.I. ISMAILOV,
SH.I. KARIMOV, K.E. MAHKAMOV, K.S. RIZAEV, Dj.M. SABIROV,
D.B. TULYAGANOV, F.A. KHADJIBAEV, V.H. SHARIPOVA,
B.I. SHUKUROV (executive editor)

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL

A.A. Abdurakhmanov (Tashkent)
M.M. Akbarov (Tashkent)
F.B. Alidjanov (Tashkent)
A.A. Alijanov (Namangan)
Sh.K. Atadjanov (Tashkent)
S.F. Bagnenko (St.-Petersburg)
S.M. Begaliyev (Nukus)
O.G. Buribayev (Tashkent)
E.Y. Valiev (Tashkent)
B.G. Gafurov (Tashkent)

B.T. Daminov (Tashkent)
A.I. Ikramov (Tashkent)
S.A. Kabanova (Moscow)
R.D. Kurbanov (Tashkent)
A.N. Lodyagin (St.-Petersburg)
B.A. Magrupov (Tashkent)
I.P. Minnullin (St.-Petersburg)
A.G. Miroshnichenko (St.-Petersburg)
G.F. Muslimov (Baku)
B.F. Mukhamedova (Tashkent)

F.G. Nazirov (Tashkent)
Z.M. Nizamkhodjaev (Tashkent)
Yu.S. Polushin (St.-Petersburg)
D.A. Sapaev (Urgench)
R.P. Tulyakov (Karshi)
A.Yu. Tukhtakulov (Fergana)
A.O. Fayazov (Tashkent)
A.F. Chernousov (Moscow)
A.T. Ermetov (Tashkent region)
Başar Cander (Istanbul, Turkey)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

**The editors do not always share the point of view of the authors of the published materials
Responsibility for the content of advertising is borne by advertisers**

Address of the editorial office:
100115, Tashkent, Uzbekistan, str. Kichik halka yuli, 2.
Tel: (99871) 1504600, 1504601
E-mail: journal@empa.uz; uzmedicine@mail.ru

www.ems-journal.uz

The website of the Association of Emergency Medicine Physicians of Uzbekistan:
www.empa.uz

**The Ministry of Health of Republic of Uzbekistan
Emergency Medicine Physicians Association of Uzbekistan**



ента через 24–48 часов, при распространении ВРВ в область дна желудка – клеевая облитерация цианоакрилатом или ретроградное лигирование; при IGV1 целесообразно проведение клеевой облитерации или ретроградное лигирование; при IGV2 рационально проведение клеевой облитерации. Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции разобщения гастроэзофагеального коллектора.

2 степень. Характеристика. Просачивание крови или капельное кровотечение.

Тактика лечения. При GOV1 необходимо выполнение склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – склеротерапия и лигирование ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение клеевой облитерации или лигирование нейлоновыми лигатурами. При выполнении манипуляции нередко сгустки крови мешают выполнению манипуляции. В этих случаях нами предложена методика выполнения эндоскопического исследования, которая заключается в том, что ножной конец стола опускается, а головной конец приводится в полувертикальное положение, что способствует низведению сгустков в просвет желудка, позволяя завершить манипуляцию.

3 степень. Характеристика. ВРВ покрыта свежими тромбами, кровотечения нет (это наблюдается у пациентов в течение суток после кровотечения).

Тактика лечения. При выполнении эндоскопической манипуляции наличие тромба не позволяет адекватно оценить границы кровоточащего участка ВРВ. Для этого необходимо выполнить промывание через эндоскоп данного участка и после промывания тромбов осуществлять манипуляцию. При GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

4 степень. Характеристика. Симптом белого сока (появляется в течение 2–7 суток после кровотечения, после выпадения тромба из источника кровотечения ВРВ).

Тактика лечения. Выполнение мероприятий, направленных на профилактику рецидива кровотечений, не требующую специальной подготовки (типа установка зонда Блэкмора, промывания зоны источника кровотечения). Объем вмешательства аналогичен предыдущей степени кровотечения: при GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирования; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при

IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

Заключение. Предложенная нами классификация позволяет объективно оценить интенсивность пищеводных кровотечений, а предложенная лечебная тактика способствует выбору надежного способа гемостаза.

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ДАВОЛАШДА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАРНИНГ АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Шоназаров Ж.

Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги. Бугунги кунда панкреатобилиар соҳасини ташхислаш ва даволашда кам инвазив эндоскопик амалиётлар (ЭА) кенг қўлланилмоқда, баъзи ҳолларда унинг ретроград усули ўзига хос «олтин стандарт» ҳисобланади. Муқаррар равишда бундай ҳолда ЭА ўзига хос асоратлар билан бирга келиши мумкин, уларнинг айримларида ҳатто ўлим ҳолати юзага келади.

Мақсад. ЭАдан кейинги асоратларни, профилактика ва даволаш чораларининг жорий этилганлигини ҳисобга олган ҳолда таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. 778 та РЭА бажарилган 530 ўт тош касаллиги билан беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Ушбу амалиётлардан кейин 40 (5,1%) ҳолатда турли хил асоратлар ривожланиб, улар 3 (0,4%) ҳолатда ўлимга олиб келган. РЭА бажаришда киритилган даволаш ва профилактик тадбирларнинг самарадорлигини баҳолаш учун фаолият давримизни 2 босқичга бўлдик: 1-босқич – 2010–2015 йиллар; 2-босқич – 2016–2021 йиллар.

Натижалар. Фаолиятнинг биринчи даврида юзага келган асоратларни таҳлил қилганда уларга бир неча диагностик, техник ва тактик хатолар сабабчи бўлганлиги аниқланди. Жумладан, меъда ости безининг энзиматик фаоллигини камайтириш ва ичакни етарли даражада бўшаштириш учун операциядан олдинги тайёргарлик тўлиқ қўрилмаган. ЭРПХГни албатта бажариш мақсади қўйилгани ҳисобидан, амалиёт давомийлиги ўртача $56 \pm 8,5$ дақиқани ташкил этган. Ундан ташқари, папиллотомия кесмаси узунлигининг ошиши билан обструктив сариқликнинг клиник қўринишини бир босқичли ҳал этиш истаги қайд этилган, бу эса, ўз навбатида, қон кетиш ва холангит каби асоратлар сонини янада ошириб юборган. Ушбу даврда қайд этилган ўлимларнинг сабабидан бири қон кетиш бўлган бўлса, иккинчисиники панкреонекроздир.

Иккинчи даврда постманипуляцион асоратлар сонининг камайишига МРТ-холангиографиянинг клиник амалиётга киритилиши катта ҳисса қўшди, у дуоденоскопия билан биргаликда панкреатобилиар патологияси бўлган беморларни операциядан олдинги ташхислаш учун стандарт алгоритмга айлан-

ди. Кейингиси – ўт йўлларини стентлаш амалиётига, айниқса, уларни канюляция қилишда қийналишлар бўлган ҳолатларда кўрсатмаларни кенгайтирдик. Худди шу даврда 3-даражали папиллостенози бор беморда «рандеву» усули ишлатилди. Биринчи ва иккинчи даражали папиллотом кесмаларидан қон кетиш бўлганида муносабат ҳам ўзгарган: уларга аксарият ҳолларда актив тактика ишлатилмади. Йирингли холангитда эса ўт йўлларини антиград усули орқали дренажлаб узоқ муддатли санация бажарганмиз. Ўткир постманипуляция панкреатит клиникасида амалиётнинг 2-қунидан асосий панкреатик йўлини шошилиш стентлаш амалга ошириш йўлга қўйилди. Фаолиятнинг 2-босқичида ишлаб чиқилган чора-тадбирлар асоратларни 6,9% дан 3,6% гача камайтиришга имкон берди.

Хулоса. Фаолият даврларига хос бўлган постманипуляция асоратларнинг таҳлили уларнинг пасайиш динамикасини кўрсатади. Таҳлилимиз РЭАнинг хавфсизлигини таъминлаш учун профилактика ва даволаш чораларини албатта бажариш лозимлигини кўрсатиб берди.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, И.У. Элмуротов

Ташкентская медицинская академия,
Узбекистан

Актуальность. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) является одной из основных причин хирургических неотложных состояний, требующих экстренных оперативных вмешательств. Несмотря на современные достижения абдоминальной хирургии, результаты лечения больных с ОСКН нельзя признать удовлетворительными, так как рецидивы ОСКН составляют от 12,6 до 45%, а связанная с этим летальность – 7–19%.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с ОСКН путем дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения в зависимости от интраоперационной оценки тяжести клинической ситуации.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 124 пациентов с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Возраст пациентов колебался от 18 до 76, составляя в среднем $37,6 \pm 10,3$ года. Преобладали лица мужского пола – 69 пациентов (55,6%). Большинство больных – 117 (94,4%) в анамнезе перенесли одну операцию на органах брюшной полости или малого таза. Интраоперационная профилактика спайкообразования у данных пациентов осуществ-

лялась согласно предложенной нами системе оценки тяжести спаечного процесса, которая была верифицирована морфологически. В зависимости от тяжести спаечного процесса у 6 (4,8%) пациентов была выявлена I степень, у 69 (55,6%) – II, у 41 (33,1%) – III, у 7 (5,6%) – IV и у 1 (0,8%) – V степень тяжести спаечного процесса. Согласно разработанному нами алгоритму, все больные были подвергнуты оперативному лечению. 105 (84,7%) пациентам выполнено рассечение спаек, 3 (2,4%) – лапароскопический адгезиолизис, 12 (9,7%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок», 3 (2,4%) – рассечение спаек, резекция тонкого кишечника с наложением энтеростомы и в 1 (0,8%) случае наложен еюнотранsverзоанастомоз.

При I степени тяжести спаечного процесса интраоперационная профилактика спайкообразования не проводилась. При II степени из 69 больных в 17 наблюдениях из-за отсутствия лекарственных средств профилактика не проводилась, в 51 (41,1%) случае использован гидрокортизон, в 1 (0,8%) – мезогель. При III степени из 41 пациента у 2 интраоперационная профилактика не проведена, в 11 (8,9%) случаях использован гидрокортизон и в 28 (22,6%) наблюдениях – мезогель. При IV и V степенях во всех случаях (6,4%) использован мезогель.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: серома раны – 2 (1,6%) случая; нагноение послеоперационной раны – 1 (0,8%); кровотечения в брюшную полость – 1 (0,8%); бронхолегочные осложнения – 1 (0,8%); острый инфаркт миокарда – 1 (0,8%); ранняя ОСКН, разрешенная консервативно, – 1 (0,8%) случай. Эпизодов ранней ОСКН, требующей повторного оперативного вмешательства, не наблюдалось. В отдаленном послеоперационном периоде случаев поздней спаечной кишечной непроходимости также не отмечалось. Послеоперационная летальность составила 4 (3,2%) случая.

Вывод. Предложенная нами система оценки тяжести спаечного процесса в брюшной полости, согласно которой выделяют пять степеней тяжести патологического процесса в зависимости от распространенности и морфологической структуры спаек, является удобной в использовании и практичной в применении.

Разработанная система позволяет дифференцированно подходить к выбору объема хирургического вмешательства и способа интраоперационной профилактики спайкообразования и способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>А.М. Хаджибаев, Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, Т.Т. Мансуров</i>	169
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, К.С. Элмуратов, Б.И. Шукуров, Г.К. Элмуратов, М.М. Пулатов</i>	170
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, Ж.А. Джураев, М.М. Пулатов</i>	171
ШКАЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, Р.А. Рахимова, К.С. Элмуратов, Б.И. Шукуров, Г.К. Элмуратов, М.М. Пулатов</i>	172
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Р.А. Рахимова, Д.Н. Эргашев, А.А. Исматов, Ж.А. Джураев, Р.К. Садиков</i>	172
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА <i>Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков, А.Г. Махамадаминов, А.А. Набиев, А.С. Халилов</i>	173
ПРЕДИКТОРЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАНЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ОТКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ <i>Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков, А.Г. Махамадаминов, А.С. Халилов, А.А. Набиев</i>	173
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Ф.А. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, А.Б. Курбонов, Д.Т. Пулатов</i>	174
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ <i>Д.М. Хакимов, Г.М. Ходжиматов, Х.Х. Хамдамов, Б.Б. Карабоев, Н.А. Касимов, Г.З. Бакиров, А.А. Абдужабборов, С.М. Яхёев</i>	175
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ И ВЫБОРА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА <i>Д.М. Хакимов, Г.М. Ходжиматов, Х.Х. Хамдамов, Б.Б. Карабоев, Н.А. Касимов, Г.З. Бакиров, А.А. Абдужабборов, С.М. Яхёев</i>	176
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА <i>М.Ш. Хакимов, У.И. Маткулиев, Ш.Э. Ашууров, Г.Р. Кодирова</i>	176
МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ДАВОЛАШДА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИНГ АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ <i>Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Ашууров Ш.Э., Асанов Б.П., Шоназаров Ж.</i>	177
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, И.У. Элмуратов</i>	178