



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

Филиал ташкил қилинганлигининг 30 йиллигига бағишланган
**«ТИББИЁТДА МИНИИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ
МУАММОЛАРИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ»**
мавзусидаги Халқаро илмий-амалий анжуман тўплами.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**«ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ »**

Материалы Международной научно-практической конференции
посвящённой 30 летию основания филиала

Тахририят хайъати:

Редакционная коллегия:

Шадманов А.К., Исмаилов У.С., Рузибаев Р.Ю., Абдуллаев Р.Б., Батиров Д.Ю.,
Юлдашев Б.С., Хаджиев Д.Ш., Сапаев О.Қ., Юсупова М.А., Матризаева Г.Дж.,
Авезов М.И., Машарипов О.О., Сапаева Ш.А., Сатликов Р.К., Мадримова А.Г.,
Ходжаниязов А.А., Хаджиева Н.М.

**ТТА Урганч филиали
Кенгаши томонидан 2022 йил
27 августда чоп этишга
тавсия этилган, (1-сон
баённома)**

Ушбу илмий ишлар тўпламида тиббиёт олий ўқув юртлирида фаолият олиб бораётган профессор-ўқитувчилар бажараётган илмий-тадқиқот ишлари натижалари ўрин олган. Тезисларнинг мазмуни ва улардаги хатоликлар учун масъулият муаллифлар зиммасидадир.

В сборник научных трудов вошли результаты научно-исследовательских работ, проведенных профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов. Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.

29-30 сентябрь 2022 йил. Урганч. Ўзбекистон

КИРИШ СЎЗИ

Ассалому алайкум, хурматли халқаро илмий-амалий анжуман иштирокчилари, хурматли меҳмонлар, ҳамкасблар, хонимлар ва жаноблар! Сизларга, бугунги “Тиббиётда миниинвазив технологияларнинг муаммолари ва истиқболлари” мавзусидаги Халқаро илмий-амалий анжуманимизга хуш келибсизлар деймиз! Барчамизга маълумки, кейинги йилларда миниинвазив технологиялар беморларга ташхис қўйиш ва даволашда тиббиётнинг деярли барча соҳаларида амалиётга шиддат билан кириб келди. Бугунги кунга келиб, ушбу технологиялар қўлланилмайдиган тиббиёт соҳаси қолмади десак, ҳеч муболага бўлмайди. Аммо, шундай бўлса ҳам, ҳозирги кунгача ушбу технологияларни беморларга ташхис қўйиш ва даволашда янада самаралироқ қўллаш бўйича мавжуд бўлган муаммолар ва келажақдаги қўлланилиши истиқболлари, имкониятлари ва натижаларига бағишланган ушбу анжуманда, маърузачиларимиздан жуда долзарб, кизиқарли ва фойдали маърузалар кутиб қоламиз. Юқори технологик, миниинвазив ташхислаш ва даволаш усуллари, уларнинг амалиётда қўлланилиши, самарадорлиги ва истиқболлари ҳақиқатдан ҳам энг долзарб мавзулардан бири ҳисобланади. Шу сабабли, ўйлайманки, тиббиётда энг долзарб мавзулардан бирига бағишланган бугунги халқаро анжуман тиббиёт соҳаси амалиётида фаолият олиб бораётган кенг кўламли мутахассислар, ёш олимлар, магистрлар, клиник ординаторлар, қолаверса, талабаларимиз учун ҳам катта бир мактаб бўлади.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалида “Тиббиётда миниинвазив технологияларнинг муаммолари ва истиқболлари” мавзусидаги Халқаро илмий-амалий анжуманининг ўтказилиши хорижий олимлар, мамлакатимизнинг етук олимлари, тажрибали мутахассислари билан ўзаро фикр алмашиш, илмий-тадқиқот ишларини амалиётга тадбиқ қилиш имкониятини беради. Анжуманда ўқиладиган ҳар бир маъруза, тақдим этиладиган янги маълумотлар амалий шифокорлар фаолиятида муҳим рол ўйнашига ишонаман.

Барчангизни халқаро илмий-амалий анжуманнинг бошланиши билан табриклайман, унинг юқори даражада ўтишига ишонч билдириб, анжуман ишига омад тилайман.

*ТТА Урганч филиали директори
Р.Ю. Рузубаев*

кистах позволяет сократить вероятность технических сложностей со вскрытием гидатиды с 52,1% (у 38 из 73 больных в группе сравнения) до 14,5% (у 9 из 62 пациентов в основной группе) за счет увеличения доли успешного выполнения по соответствующим показаниям PAIR-способа с 11,0% (у 8 больных) до 27,4% (у 17 пациентов) и PEVAC с 8,2% (6) до 22,6% (14) ($\chi^2=23,617$; $df=3$; $p<0,001$). Смена тактики по ликвидации ОП при традиционной ЭЭ в сторону увеличения доли полного или частичного ушивания с 47,9% (у 259 из 541 больных в группе сравнения) до 77,5% (378 из 488 пациентов в основной группе) позволило снизить долю дренирования и (или) абдоминализации с 49,9% (270) до 19,5% (95) ($\chi^2=104,014$; $df=2$; $p<0,001$), сократить длительность дренаженосительства $14,3\pm 11,8$ до $11,0\pm 9,4$ суток ($t=3,51$; $p<0,001$), частоту ближайших осложнений с 4,1% (22) до 1,8% (9) ($\chi^2=4,336$; $df=1$; $p=0,038$), отдаленных - с 6,9% (37 из 540 больных в группе сравнения) до 3,1% (15 из 488 пациентов в основной группе) с уменьшением необходимости повторных вмешательств для их лечения с 2,6% (у 14 пациентов) до 1,0% (у 5 больных) ($\chi^2=7,696$; $df=2$; $p=0,022$).

ЗНАЧЕНИЕ ТОРАКОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Саттаров О. Т., Жуманазаров А.У., Арипов Ш.Ш.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить возможности торакокопии (ТС) в экстренной торакальной хирургии.

Материалы и методы: За с 2014 г. по 2021г. в экстренном хирургическом отделении Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии было выполнено 82 диагностических ТС. Операция выполнялась на видеостойках фирмы Storz под общим обезболиванием с интубацией трубкой Карленса и отдельной вентилиацией. Мужчин было 44, женщин – 30, средний возраст составил 46,9 года (от 16 до 78 лет).

Результаты: При наличии гемоторакса видимость была очень плохой, так как жидкая кровь и сгустки поглощают много света, но при разбавлении содержимого изотоническим раствором хлорида натрия видимость улучшается. Кроме того, заполнение изотоническим раствором плевральной полости позволяло по выделению воздуха легко обнаружить раны легкого. Ревизию плевральной полости выполняли в такой последовательности: при отсутствии признаков продолжающегося интенсивного кровотечения из раны грудной стенки после эвакуации крови и сгустков сначала осматривали перикард, затем средостение и корень легкого; производили ревизию диафрагмы; проводили ревизию легкого и грудной стенки. Если при ревизии обнаружены признаки повреждения сердца или магистральных сосудов средостения, корня легкого, попытки ТС вмешательства прекращались и переходили на конверсию (торакотомный доступ). При инструментальной ревизии раны легкого определяли глубину и направление раневого канала, оценивали отношение раневого канала к элементам корня, определяли поступление крови и воздуха. Инструментальную ревизию ран легкого надо осуществлять мягким эндохирургическим зажимом. ТС ревизия ран глубиной более 1,5 см, расположенных в прикорневой зоне или в проекции корня, опасна. В случае глубоких ран с интенсивным кровотечением, поступлением воздуха, с наличием напряженной внутрилегочной гематомы расширяли доступ до мини-торакотомии, выполненной в наиболее удобной для манипуляций проекции раны легкого на грудную стенку. У 68 больных выявлен посттравматический гемоторакс и гемопневмоторакс различных сроков давности. В 14 случаях диагностирован спонтанный пневмоторакс (у 8 буллезная эмфизема легких, в 2 случаях отрыв легочно-плевральной спайки, у 2 перфорация кисты легкого и у 2 больных причину пневмоторакса выявить не удалось). Применение унифицированной методики оперативной ТС позволяло снизить количество торакотомий в 2 раза, послеоперационных осложнений на 62,8%, послеоперационной летальности – на 34%, а также сократить сроки стационарного лечения в среднем на 5,7 дня, временной

нетрудоспособности - на 11,4 дня. ТС при ранениях груди является прерогативой не эндоскописта, а хирурга с опытом как в ургентной торакальной хирургии, так и в эндоскопической хирургии. Более того, применение ТС при сочетанных ранениях груди и живота требует наличия опытной хирургической бригады, необходимого оборудования и инструментария для выполнения торакотомии, а при необходимости — и лапаротомии.

Заключение: ТС позволяет решить основные задачи операции при проникающих ранениях груди: диагностировать анатомический характер травмы, восстановить герметичность легкого, устранить внутриплевральное кровотечение и гемоторакс. Несмотря на то, что ТС занимает больше времени и стоит дороже, она легко переносится пациентами, резко сокращает длительность стационарного лечения и исключает осложнения, связанные с торакотомией (насильственное расширение ребер, большая площадь контаминации мягких тканей и т. д.). Однако она не заменяет традиционную хирургическую технику у пациентов с абсолютными показаниями к торакотомии и при гемодинамической нестабильности пациентов.

ВЫБОР СПОСОБЫ В ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Хаитбаев С.К.

*Ургентский филиал Ташкентской медицинской академии,
ХФ РНЦЭМП*

Актуальность: Диагностика и лечение холелитиаза является актуальной проблемой в современной хирургии по сей день. Желчнокаменная болезнь относится к одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы и, по данным литературы, встречается у 10-15% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению числа больных каждое десятилетие примерно в два раза. По данным литературы, это заболевание в два-три раза чаще встречается у больных сахарным диабетом, нежели у лиц без нарушений углеводного обмена. Факторами риска развития холелитиаза у больных сахарным диабетом являются возраст, высокий индекс массы тела и наследственный анамнез заболевания.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения при калькулезном холецистите и осложненным холедохолитиазом у контингента больных высокого анестезиологического и операционного риска.

Материалы и методы: В нашей клинике где находится кафедра «Факультетской и госпитальной хирургии» Ургентского филиала ТМА оперированы 81 больных в периоде с 2018 до июня 2022 года, с диагнозом острого калькулезного холецистита осложненным холедохолитиазом. Возраст составляет от 62-до 85 лет, средней возраст составил 66 лет. Из них женщин -39 (48,2%), мужчин-42 (51,8%), 12 (14,8%) пациенты госпитализированы в клинику на вторые сутки от начала заболевания, из них 28 (34,5%) пациента обратились и госпитализированы на 4-5 сутки, 18 (22,2%) пациентов прибыли на 5-7 сутки, остальные больные поступили на 7-8 сутки, из них 12 (14,8%) больных госпитализированы с клиникой желтухи, печеночной недостаточностью и с начальными признаками энцефалопатии.

Всем госпитализированным проведены стандартные методы обследования УЗИ брюшной полости, внутри и внепеченочных желчных путей, МРТ + холангиография, ЭГДФС, осмотр состояния БДС и ЭРПХГ. При обследовании выявлено что у всех больных отмечается сопутствующие заболевания, сердечно-сосудистой, дыхательной системы и сахарный диабет, что повышает риск анестезии при оперативном вмешательстве. У этих больных отмечены расширение холедоха до 12-14 мм.

Мы разделили больных на 3 группы. После проведения адекватного лечения сопутствующих заболеваний у первой группы (35 (43,2%)) больных со стороны желчевыводящих путей противопоказания к эндоскопическому вмешательству не

ОГЛАВЛЕНИЕ

I РАЗДЕЛ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ.....	4
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	4
<i>Курбаниязов З.Б., Мизамов Ф.О., Рахманов К.Э., Анорбаев С.А.</i>	<i>4</i>
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	4
<i>Маткулиев У.И., Батиров Д.Ю., Умаров З.З.</i>	<i>4</i>
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА.....	5
<i>Матмуротов К.Ж., Кучкаров А.А., Рузметов Н.А.</i>	<i>5</i>
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	6
<i>Мизамов Ф.О., Рахманов К.Э., Анорбаев С.А.</i>	<i>6</i>
ОСОБЕННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ.....	7
<i>Мизамов Ф.О., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Анорбаев С.А.</i>	<i>7</i>
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛУЧЕВОГО НЕРВА.....	8
<i>Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Хаитов А.О.</i>	<i>8</i>
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	8
<i>Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б.</i>	<i>8</i>
БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	9
<i>Рахметова М.Р., Палванова Д.П.</i>	<i>9</i>
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.....	10
<i>Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р., Рузматов П.Ю., Сапаев Д.Ш., Рузметов Б.А.</i>	<i>10</i>
ЗНАЧЕНИЕ ТОРАКОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	12
<i>Саттаров О. Т., Жуманазаров А.У., Арипов Ш.Ш.</i>	<i>12</i>
ВЫБОР СПОСОБА В ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ	13
<i>Хаитбаев С.К.</i>	<i>13</i>