



**Ministry of
Health**



**Ministry of Higher
and Secondary Special
Education**



**Ministry of Innovative
Development**



**Andijan State
Medical Institute**

PROBLEMS OF MODERN SURGERY

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
WITH THE PARTICIPATION OF FOREIGN SCIENTISTS

MATERIALS



**12 OCTOBER, 2022
ANDIJAN**



PROBLEMS OF MODERN SURGERY

SCIENTIFIC EDITOR

M.M.MADAZIMOV

RESPONSIBLE EDITORS

K.Z.SALAKHIDDINOV

J.A.JOHONGIROV

G.N.MAMATKHUJAEVA

**MEMBERS OF THE
EDITORIAL BOARD**

B.R.ABDULLAJANOV

S.Z.SALAKHIDINOV

X.T.MUSASHAYXOV

SH.Y.BUSTANOV

**COMPUTER GRAPHICS
EDITORS**

Y.S.GROMOV

S.X.ABDURAKHMONOV

A.S.KURBONOV

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Баратова К. У.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования. Выявить информационную значимость капиллярно венозной разницы гемоглобина крови для экстренной диагностики нарушения микроциркуляции у больных с перитонитом.

Материал и методы. Кровь капиллярной и из подключичной вены на содержание гемоглобина исследовали микрокалориметром МКМФ-1 всего у 31 больных в возрасте от 23 лет до 51 года с различной этиологией перитонита, дважды в сутки: при поступлении в стационар до и после суточной инфузионной терапии, одновременно определяли ЦВД, почасовой диурез. У всех больных имелась яркая клиническая картина эндотоксикоза за счёт перитонита: гипертермия, одышка, тахикардия, олигоурия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, высокая активность трансаминаз. Все больные получали антибактериальную, инфузионную интенсивную терапию до и после операции. Расчет инфузионных растворов производили в зависимости от массы тела, состояния тяжести и степени эндотоксикоза. В составе инфузионной терапии Гелофузин в/в капельно получали 11 больных.

Результаты и их обсуждения. Проведенные исследования показали достоверную разницу капиллярно венозного гемоглобина- от 7 до 19 г/л ($P < 0,05$) у больных с перитонитом.

При этом обнаружено, что самая большая разница капиллярно венозного гемоглобина у больных с панкреатитом. Потеря жидкости при панкреатите на фоне выраженной интоксикации по-видимому еще усугубляет реологические свойства крови, что приводит тяжелому нарушению микроциркуляции. Выявлена прямая корреляционная связь между тяжести перитонита и разницей капиллярно-венозной разницы гемоглобина, чем больше распространенный перитонит тем более большая разница капиллярно-венозного гемоглобина, по видимому за счет нарушения микроциркуляции, что объясняется гиповолемией. В группе больных которые получали в составе инфузионной терапии Гелофузин наступила значительное снижение капиллярно-венозной разницы гемоглобина, что свидетельствует об улучшении микроциркуляции.

Выводы. Определение капиллярно венозной разницы гемоглобина крови свидетельствует о нарушении микроциркуляции при перитонитах и позволяют выделить степень нарушения микроциркуляции, что дает возможность определения объема инфузионной и выбора состава инфузионной терапии.

У больных с перитонитом на почве панкреатита для улучшения микроциркуляции целесообразно применение инфузионной терапии коллоидными растворами (Гелофузин), так как в этих случаях нарушение микроциркуляции является следствием гиповолемии.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ БИТИШМАЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ САМАРАДОРЛИГИ.

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

*Республика Болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий амалий маркази
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент., Ўзбекистон*

Долзарблиги: Сўнги йилларда болаларда ўтказилган абдоминал операциялардан кейин битишмали касалликлар билан асоратланиш холлари барқарор тарзда кўпайиб бормоқда. Касалликнинг диагностикасидаги хатоликлар, қорин бўшлиғи жарроҳлик амалиётларидан кейин 18,0%-24,0% гача қорин бўшлиғи битишмали касалликлар билан асоратланишга, асоратларнинг ўзи эса 15,0%-20,0% холда ўлим билан тугашига сабаб бўлмоқда. Шу сабабдан

хам ушбу муаммо ечимига қаратилган илмий изланишлар кўлами ўзининг долзарблигини йўқотгани йўқ.

Тадқиқотимиз мақсади: Болаларда қорин парда ўткир битишмали ичак тутилиши даволаш ва диагностикасида эндовизуал эндовидеолапароскопик технологияларни қўллаш самарадорлиги, қулайликларини баҳолашдан иборат.

Материал ва текшириш усуллари: Республика болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий-амалий марказига 2010-2021йиллар давомида ўткир ичак тутилиши аломатлари билан 78 нафар бемор даволанган. Беморларнинг 57 (73,1%) нафари эрта битишмали ичак тутилиши аломатлари билан мурожаат қилган. Мазкур гуруҳ беморларининг 43 (75,5%) нафари эрта битишмали ичак тутилишини оддий формаси билан мурожаат қилишган, ўтказилган консерватив даво муолажалари самара бермагандан сўнг, қорин бўшлиғи битишмаларни эндовидеолапароскопик усулларда бартараф этилди ва қорин бўшлиғига марказда тадбик этилган фибринолитик аралашмаси схема бўйича юборилиб, битишмали жараёнларга қарши режали даво муолажалари олиб борилди. Беморларнинг 14 (24,5%) нафарида ўтказилган консерватив терапиядан кейин умумий аҳволи яхшиланди, оғриқлар босилди, соғлом ҳолатда уйига жавоб берилди. Беморларнинг 21 нафари эса (26,9%) муасассамизга кечки битишмали ичак тутилиши аломатлари билан тушди. Беморларни 18(85,7%) нафарида тўлиқ операция олди тайёргарлигидан сўнг эндовидеолапароскопик усулда странгуляцион ичак тутилиши бартараф этилди. Мазкур гуруҳ беморларига қорин бўшлиғи битишмаларнинг қайталанишини олдини олиш учун, озонлаштирилган натрий хлор эритмаси билан ювилиб, схема бўйича ФЛС эритмаси юборилди. Физиотерапевтик даво муолажалари (УВЧ, лидаза электрофорез билан) буюрилди. Қолган 3(14,3%) нафар беморларга ўтказилган консерватив муолажалардан кейин ичак тутилиши аломатлари бартараф этилди, қусиш тўхтаб, қоринда оғриқлар йўқолди, ичак перистальтикаси пайдо бўлиб, ичининг келиши тикланди. Ушбу гуруҳ беморлари марказда 2 кун мобайнида динамикада кузатилганидан кейин уйига жавоб берилди. Аммо, орадан 2-3 ҳафта ўтиб, беморлар шифохонага ўткир битишмали ичак тутилиши аломатлари билан қайта мурожаат қилдилар. Беморларда стандарт бўйича тўлиқ текширишлар ўтказилган сўнг ташҳис ойдинлаштирилиб, операция олди тайёргарчиликлари ўтказилганидан кейин жарроҳлик амалиёти аввал диагностик лапароскопия, интероперацион битишмалар ҳолати баҳоланиб, ипсимон ва битишмали странгуляцион ичак тутилишлари бартараф этилди. Қорин бўшлиғи аввал декасан эритмаси билан ювилди ва фибринолитик эритма билан ишлов берилди. Қорин бўшлиғига назорат учун дренаж найча қолдирилди. Битишмаларни пайдо бўлиши организм реактивлигига, жарроҳлик муолажасининг жароҳатлилик даражасига, ва яна бир қанча бошқа омилларга боғлиқ эканлиги боис ушбу беморларга операциядан кейинги даврда физиотерапевтик муолажалар электрофрез КJ билан, қўшимча равишда per os Серрата препарати 10 кунга буюрилди. Беморларнинг барчасида операциядан кейинги яқин ва олис муддат натижалари таҳлил қилинганида қорин бўшлиғи битишмали жараёнлари аниқланмади.

Хулоса: Шундай қилиб, болаларда қорин парда ўткир битишмали ичак тутилишида видеолапароскопик адгезиолизис ўтказилиши операция шикастини камайтиради, қайта битишма ҳосил бўлиши хавфини 3,3 баробар пасайтиради, асоратларнинг камайиши, жарроҳлик амалиётига кетадиган вақт, беморнинг физик активлигининг тикланиши, беморнинг ҳаёт сифатини яхшилайти ва яхши косметик самара қолдиради.

Всем больным диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии. У 262 (18,9%) больных диагноз цирроз печени установлен впервые, 195 (14,1%) больных поступили в состоянии печеночной комы в отделение реанимации, 128 (9,3%) пациентов поступили с сильными болями в животе, по ходу обследования установлен «асцитический перитонит», которым проведена лапароскопическая санация брюшной полости.

При эзофагогастродуоденоскопии варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка по Шерцингеру 1 ст. были выявлены у 145 (10,4%) больных, 2 ст. у 416 (29,9%), 3 ст. у 557 (40,1%) и 4 ст. – 228 (16,4%). У 41 (2,9%) больных варикозное расширение вен в пищеводе и в кардиальном отделе желудка не отмечено.

Функциональное состояние печени по Чайлду - Пью класс - А установлен у 228 (16,5%), класс – В – у 674 (48,6%), класс - С у 485 (34,9%) больных. При УЗИ исследовании ЦП + асцит установлены у 738 (53,2%) больных, спленомегалия у 536 (38,6%), тромбоз воротной вены у 30 (2,2%), признаки сдавления воротной вены у 15 (1,1%) пациентов.

Тяжесть состояния больных и степень кровопотери оценивали на основании данных физикальных методов обследования, лабораторных исследований и гемодинамических показателей. Всем больным с кровотечением проводили интенсивное комплексное лечение; применение зонда-обтуратора Блекмора, эндоскопическое лигирование, гемостатическую терапию, снижение портального давления, гемоплазмотрансфузии для восполнения кровопотери и симптоматическое лечение.

От прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и от профузных пищеводных кровотечений умерли 243 (17,5%) больных.

Результаты лечения: Применением вышеотмеченных мероприятий получили положительные результаты у 888 (64,0%), у остальных 142 (10,2%) на высоте кровотечения производились следующие виды операции; Пациора 98 (69,0%), операция Пациора-Таннера со спленэктомией (СЭ) 14 (9,8%), шунтирующие операции сосудов у 31 (21,8%) больных.

У 21 больных, оперированных на высоте кровотечения, была достигнута полная остановка, лишь у 3 больных с терминальной стадией ЦП после операции Пациора не удалось добиться полного гемостаза, продолжение которого привело к летальному исходу.

Заключение. В комплексе интенсивной терапии - разобщающие операции у больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка дали положительный результат в большинстве случаев. Исходя из этого, тотальное разобщение варикозных вен гастроэзофагального коллектора является наиболее эффективным методом лечения у больных с синдромом портальной гипертензии. Применение эндоскопических методов остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода улучшает результаты лечения у этой тяжелой категории больных.

БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ТЕШИЛГАН ЯРАЛАРИНИ ЭНДОВИДЕЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

*Салимов Ш.Т., Бердиев Э.А., Абдусаматов Б.З., Пирназаров И.П
Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий-амалий маркази
Тошкент тиббиёт академияси., Тошкент, Ўзбекистон*

Долзарблиги: Педиатрия амалиётида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси барқарор ўсиб бормоқда. Охирги тиббиёт маълумотларига таяниб, айтиш мумкин—ки болаларда ўн икки бармоқли ичак пиёзчаси яраси 99% ҳолатларда учраса, 0,5–0,75% – ошқозонда, 0,25% ҳолатларда эса аралаш турлари кузатилади. Энг жиддий асоратлар ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилишидир, бу эса шошилишч жарроҳлик амалиётини талаб қилади.

Ишнинг мақсади даволашни мақсадга мувофиқлиги, диагностика тадбирларининг ва самарадорлигини аниқлаш ва болаларда ошқозон яраси касаллигини эндовидеолапароскопик жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини ўрганишдир.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Республика Болалар кам инвазив ва эндовизуал илмий ва амалий марказида 2012-2021 йиллар давомида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси ташхиси билан жарроҳлик амалиёти ўтказилган 12 ёшдан 18 ёшгача бўлган 35 нафар беморлар ўрганилди. Шулардан 4(11,5%) нафари киз, 31 (88,5%) нафари эса ўғил болалардан иборат бўлган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Барча беморлар шошилиш равишида тўлиқ диагностик текширувлардан сўнг, интенсив даво муолажалари ва операция олди тайёргарлиги учун жарроҳлик реанимация бўлимига ётқизилди. Беморларни қабул қилишда уларни умумий ҳолати 32 нафарини ўрта оғир, қолган 3 нафари оғир ҳолатда деб баҳоланди. Барча беморларда касалликнинг ўртача давомийлиги олти соатгача бўлган. 85% болаларда "анамнезида ошқозон ва 12-бармоқ ичак яраси" билан касалланиши кузатилмаган. 34 (97,1%) нафар беморларда умумий перитонеал симптомлар, фақат биттасида эпигастрал соҳасида маҳаллий оғриқлар бўлган. Қорин бўшлиғи органларининг умумий рентгенографияси 28 беморларда (80,0%) диафрагма ости соҳасида ҳаво мавжудлигини кўрсатди. 7 нафар беморларда (20,0%) гастрофиброскопия текшируви ўтказилди ва текширувдан сўнг такрорий қорин бўшлиғи рентгенографиясида диафрагма остида эркин ҳаво пайдо бўлди. Гастрофиброскопия пайтида ошқозон яраси 4 нафар беморда топилган. 34(97,1%) нафар беморларда эндовидеолапароскопик пилоротомия жарроҳлик амалиёти бажарилди ва битта болада пилоромиотомия Фреде-Веберу-Рамштедт усулда анъанавий усулда бажарилди. 12-бармоқ ичак перфорацияси 16 нафар (45,8%) болаларда кузатилган бўлиб, яра 12-бармоқ ичак юқори қисмида (pars superior) жойлашган. 9 нафар (25,8%) болаларда тешилган ошқозон яраси ошқозоннинг пилорик соҳасида жойлашган. Ошқозон перфоратив яраси 6 нафар (17,1%) беморларда бўлиб, асосан яра ошқозон олдинги юзаси катта эгриликда – 2 нафарида ва 1 нафарида эса ошқозон кичик эгрилигида жойлашганлиги аниқланди. Перфоратив яраларнинг ўлчамлари диаметри 3мм дан 9 мм гача бўлган думалоқ склеротик тўқималардан ташкил бўлган. Яранинг ташқи юзаси ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, яра қирраларини текислаш амалга оширилмади. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг перфоратив яралари видеолапароскопик усулда икки қаторли чоклар билан тикилди (назогастрал зонд ошқозон ва унинг пилорик бўлимига жойлаштирилди). Қорин бўшлиғида тешилган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси билан хлорид кислота ва сафро таъсири туфайли қорин пардада кимёвий куйиши содир бўлишини ҳисобга олсак – тактика қуйидагича эди. Барча беморлар қорин бўшлиғини 8-10 литр ҳажмдаги озонга тўйинтирилган физиологик эритма билан ювилиб санация қилинди ва қорин бўшлиғига назорат учун дренаж найча қолдирилди. Операциядан кейинги даврда беморлар ошқозон ва 12-бармоқ яраси касалликлари учун стандарт протоколлар билан даволанишди. Уларнинг барчаси қоникарли ҳолатда шифохонадан уйига жавоб берилди. Операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмади. Дастлабки уч йил ичида қорин бўшлиғи битишмалли касаллигига қарши даво курслари ўтказилди. Узоқ муддатли даврда барча беморлар 6 ой ва бир йил давомида эндоскопик текширувдан ўтдилар - ошқозон ва 12-бармоқ яраси тузалганлиги аниқланди, кайталанувчи абдоминал синдромлар безовта қилмаган.

Хулосалар. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни тешилган яраларини кам инвазив эндовидеолапароскопик усулларда даволаш яраларни тикиш техникаси ишончлилиги, органларга кам шикаст етказиш, беморларни эрта фаоллаштириш имконини беради, стационар даволаниш вақтини қисқартирадилар.

затруднением глубокого вдоха и выдоха. Активный выдох и сдерживание кашля приводит к закрытию дыхательных путей, пневмонии и ателектазам.

ESPВ (Erector Spinae Plane Block) Блокада мышц выпрямляющий позвоночник - это относительно новый метод регионарной анестезии под УЗИ контролем для лечения острой и хронической боли в передней, задней и латеральной области грудной клетки. ESPВ блокирует дорсальные и вентральные ветви грудных спинномозговых нервов, расположенных в плоскости между мышцей выпрямляющий позвоночник и поперечными отростками грудных позвонков.

Материалы и методы.

В Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицины за 2020-2021 г.г. провели ESPВ под УЗИ контролем у 22 пациентов с множественными переломами ребер. Критерии исключения: коагулопатия, аллергия на местные анестетики. Вводили местный анестетик раствор бупивакаина 0,25% 20мл в плоскость между мышцей выпрямляющий позвоночник и поперечными отростками грудных позвонков, по 5 мл с повторными аспирациями. После блока всем пациентам применили мультимодальное обезболивание в виде Парацетамол 1000мг в\в и Анальгин 2000мг в\в. Возраст от 18 до 70 лет, из них 15 мужчин, составляет 60% и 7 женщин, составляет 40%. Первичными результатами была оценка боли по ВАШ (визуальная аналоговая шкала) после 30 минут ESPВ блока.

Результаты: До выполнения ESPВ блока все пациенты испытывали боль по ВАШ >7 баллов, через 30 минут после ESPВ блока все пациенты испытывали боль по ВАШ <3 балла. Осложнений нет.

Вывод: ESPВ блок под УЗИ контролем эффективно обезболивал область грудной клетки, тем самым снижая риск послеоперационного делирия, потребность в опиатах, а также позволяет активизировать пациента и улучшает подвижность грудной клетки (возможность активного кашля).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Абдусаматов Б.З., Умаров К.М., Бердиев Э.А. Ли Л.В.

Ташкентская медицинская академия

*Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии
детского возраста МЗРУз. г. Ташкент, Узбекистан*

Актуальность: Некротический энтероколит (НЭК) – специфическое заболевание, характерное для периода новорожденности. В тактике лечения новорожденных с перфоративным НЭК используется первичная лапаротомия, иссечение некротизированных тканей, резекция измененной кишки, наложение кишечного анастомоза или стомы. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28 до 54%, а после оперативных вмешательств — 60%, не смотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных.

Целью исследования явилось улучшение хирургической тактики при лечении новорожденных с НЭК III-A и III-B степени.

Материалы и методы: В Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста за период 2014-2021гг. поступили 79 новорождённых с диагнозом НЭК III-A и III-B степени для обследования и оперативного лечения. Среди них мальчиков было 43 (54,4%), девочек 36 (45,6%). В 71 (89,9%) случае показанием к оперативному вмешательству явился свободный газ в брюшной полости, был произведен лапароцентез. Всем детям проводились клинические, лабораторные,

рентгенологические методы исследования и УЗИ. При исследовании лабораторных данных оценивали признаки анемии, гипопроотеинемии, билирубинемии и электролитные нарушения.

Результаты и обсуждения. По данным лабораторных исследований крови у большинства детей с НЭК III-A и III-B степени установлена анемия. Данные лабораторной диагностики белой крови были характерны для общего инфекционно-воспалительного процесса: лейкоцитоз с нейтрофилезом, у 15 (19,0%) новорожденных - лейкопения. Почти у всех пациентов имело место нарушение электролитного обмена - падение уровня калия, что свидетельствовало о парезе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), снижение уровня натрия вследствие потерь жидкости через ЖКТ, снижение концентрации кальция, как косвенный признак воспаления в дистальных отделах подвздошной кишки. Была обнаружена закономерность изменений лабораторных показателей у новорожденных с тяжелыми и осложненными формами заболевания - острая тромбоцитопения, коагуляционные нарушения, тяжелая гипопроотеинемия, выраженный ацидоз. Как известно, одним из основных, самых важных и объективных методов диагностики НЭК III-A и III-B стадии у новорожденных является рентгенологическое обследование (обзорная рентгенография брюшной полости). На обзорных рентгенограммах у исследуемых нами пациентов были выявлены симптомы, характерные для осложненного НЭК: асцит - в 17 (21,5%), расширение желудка - в 59 (74,7%), наличие газа в портальной вене - в 7 (8,8%), пневмоперитонеум - в 71 случаях (89,9%). Всем детям с осложненным НЭК проводилось УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, которое позволило выявить инфильтраты, абсцессы, жидкость в брюшной полости. При пневмоперитонеуме 71 (89,9%) пациентам до радикальной операции был выполнен лапароцентез, как важный этап, в предоперационной подготовке для стабилизации состояния, снижения внутригрудного и внутрибрюшного давления. После операции всем проводилась ИВЛ, инфузионная терапия коллоидно-кристаллоидными растворами для коррекции гемодинамических и коагуляционных нарушений, антибактериальная терапия. Средняя длительность предоперационной подготовки была 6-12 часов. В зависимости от уровня перфорации ЖКТ были выявлены высокие и низкие перфорации: желудок у 11 (15,6%), тощая кишка у 15 (21,1%), подвздошная кишка у 31 (43,7%) пациентов и толстая кишка у - 14 (19,7%) детей. Операцию выполняли под интубационным наркозом. Использовали поперечном разрез выше пупка, обеспечивающий тщательную ревизию и санацию брюшной полости. В обязательном порядке выполняли удаление некротизированных тканей. Дальнейший объем операции зависел от выявленных изменений и их локализации. Если поражение выявляли в верхних отделах ЖКТ (желудок, 12-перстная кишка, тощая кишка), производили ушивание дефекта или наложение анастомоза «конец-в-конец» отдельными узловыми швами. При множественных перфорациях, визуализации участков предперфорации и нарушений микроциркуляции формировали двустольную илеостому выше места поражения (в -34 (47,9%) случаях). С единичными перфорациями толстого кишечника без нарушения микроциркуляции на переднюю брюшную стенку выводили поврежденный участок в виде двустольной колостомы у - 13 (18,3%) пациентов. При одиночных, но обширных поражениях по всей окружности кишки - производили резекцию некротизированных участков с формированием двустольной раздельной стомы у 8 (11,3%), или одностольной концевой у - 5 (7,0%) больных. Ранние послеоперационные осложнения развились у 9 детей: спаечная кишечная непроходимость - в 5 (7,0%) случаях, в 1 (1,4%) случае была несостоятельность кишечных анастомозов. У трех детей, наблюдался некроз культы стомы, потребовавший рестомии. Послеоперационная летальность составила 29 (40,8%), (из них 69% летальных исходов наблюдалось в группе маловесных новорожденных), у которых отмечалось прогрессирующее течение НЭК и перитонита. При патологоанатомическом исследовании основными причинами смерти были сепсис, тяжелое течение, двусторонняя пневмония, полиорганная недостаточность.

Выводы: Лапароцентез с дренированием брюшной полости на этапе предоперационной подготовки позволяет провести полноценную предоперационную подготовку ребенка, что положительно отражается на результатах лечения.

Операцией выбора при некротическом энтероколите является наложение декомпрессивных кишечных стом, с помощью которых максимально сохраняется длина кишечника и снижается риск развития синдрома короткой кишки.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Умаров Э. Б., Жаббаров Н. З., Мамадалиев Д. М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цели. Оценить адекватность различных методик анестезии при операции остеосинтеза бедренной кости у детей разного возраста и течение ближайшего послеоперационного периода у детей после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 60 пациентов в возрасте от 3 до 14 лет. Всем пациентам выполнялась операция интрамедуллярного остеосинтеза бедренной кости после предварительного нахождения на скелетном вытяжении. Проведен сравнительный анализ методик тотальной внутривенной анестезии на основе пропофола, кетамина, а также lowflowанестезии с применением ингаляционного анестетика Севофлуран.

Результаты. Сравнение показателей систолического диастолического и среднего артериального давления, частоты сердечных сокращений, SpO₂, газового состава крови, кислотно-щелочного состояния не выявило значимых отклонений от нормы, однако более стабильными эти показатели оставались в группах, где проводилась ТВА на основе пропофола, низкпоточная анестезия с применением Севофлурана. Кроме того, при проведении ингаляционной анестезии низким потоком свежих газов отмечалось достоверно более низкое количество послеоперационной рвоты по сравнению с другими методиками, а также сокращался срок пребывания пациентов на ИВЛ (в случае lowflowанестезии). Оценивая материальные затраты на проведение анестезий наиболее экономичной методикой оказалась оказалась применение низкпоточной анестезии.

Выводы. Исследование различных методик проведения анестезии детям с изолированной скелетной травмой нижних конечностей выявило отсутствие значимых отличий в состоянии гемодинамики, газового состава крови, кислотно-щелочного состояния.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РАЗРАБОТКИ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А., Мамарасулова Д.З.,
Хасанов Д.Ш., Сотволдиев К.Х., Ибрагимова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. На сегодняшний день, согласно данным ВОЗ и Европейской ассоциации, рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологических заболеваний.

Также, РМЖ занимает устойчивое первое место в структуре онкологических заболеваний, наблюдаемых у женщин Андижанской области.

Всем известно, что результаты лечения РМЖ зависит от стадии заболевания. За последние годы, в общей популяции в скрининге РМЖ единственным эффективным методом является маммография. Он позволяет обнаруживать заболевание на этапе до предклинического периода и вносит значительный вклад при уменьшении смертности в результате заболевания.