



Министерство здравоохранения и
социальной защиты населения
Республики Таджикистан



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

70

ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ

Том-1

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

Душанбе
25 ноября 2022г.



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**



**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

ТИББИ МУОСИР: АНЪАНАҶО ВА ИННОВАТСИЯ

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

MODERN MEDICINE: TRADITIONS AND INNOVATIONS

Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина:
традиции и инновации» с международным участием

ТОМ-1

25 ноября 2022
Душанбе (Dushanbe)

ной реакции, при этом обращало на себя внимание несоответствие тяжести общего состояния больного местному статусу заболевания. Отсутствие гноя в очаге воспаления при пункции и по результатам УЗИ у 21 больного трактовалось как серозная фаза воспаления, и показания к оперативному лечению не выставлялись. В последующем, прогрессирование патологического процесса приводило к вторичным изменениям - некрозу кожи, диагноз становился очевидным, однако хирургическое лечение на этой стадии нельзя считать своевременным. При исследовании посевов из гнойных очагов у 90% больных микробные ассоциации включали от 2 до 4 видов микроорганизмов, в 10% рост микроорганизмов не обнаружен, несмотря на продолжающийся гнилостно-некротический процесс в мягких тканях. Наряду с хирургическими вмешательствами, одним из важных звеньев комплексного консервативного лечения являлась своевременная, адекватная антибактериальная терапия. В качестве препаратов выбора использовали фторхинолоны III-IV поколения - у 22,1% больных, цефалоспорины III-IV поколения - у 33,7%, гликопептиды - у 16,5%, ингибиторозащищенные пенициллины - у 12,5%. У всех больных ряд антибактериальных препаратов, не обладающих спектром действия на анаэробную микрофлору, дополняли метранидазолом. При септическом состоянии считаем оправданным назначение группы оксазолидинов (линезолид), карбапенемов (тиенам, менем). Следствием хирургического лечения некротизирующей инфекции неизбежно становились обширные послеоперационные раны, требующие пластического закрытия. При этом хирургическое лечение изначально выполнялось на фоне формирования вторичных некрозов кожи, что сопровождалось значительными потерями кожи, раневой дефект становился обширным, что зачастую позволяло закрыть его лишь с помощью свободной кожной пластики расщепленным трансплантатом, из-за обширности дефекта в несколько этапов, принципиально не позволяющим восстановить полноценный кожный покров. Высокие ампутации у больных с некротизирующей рожой на нижних конечностях произведены 4 больным на уровне бедра, что составило -13,6%. Общая летальность составила - 6,8%. (2больных). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Выводы. Таким образом, современная терапия у больных с осложненной некротической рожой базируется на необходимости комплексного подхода к этой проблеме, а именно: адекватное хирургическое лечение гнойного очага, этапные некрэктомии, рациональное назначение антибактериальных препаратов с учетом чувствительности их к микрофлоре, высеваемой из гнойного очага в последующем свободная кожная пластика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возможность проведения отсроченной некрэктомии в лечении больных с тяжёлыми формами рожи / Ю.Г. Шапкин [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2. – С. 190-193.
2. Гаин, Ю.М. Эмпирическая антибактериальная терапия тяжелой формы рожистого воспаления / Ю.М. Гаин, С.В. Шахрай, В.Г. Богдан // Хирургия Восточная Европа. – 2012. – № 3. – С. 248-249.
3. Гостищев, В.К. Стрептококковая инфекция в хирургии / В.К. Гостищев, К.В. Липатов, Е.А. Комарова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 12. – С. 14-17.
4. Гринев, М. В. Некротизирующий фасциит – клиническая модель раздела медицины: медицина критических состояний / М.В. Гринев, А.Ю. Корольков, К.М. Гринев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2013. – Т. 172, № 2. – С. 032 - 038.
5. Лучшев, В.И. Рожа: клиника, диагностика, лечение / В.И. Лучшев, С.Н. Жаров, И.В. Кузнецова // Российский медицинский журнал. – 2012. – №3. –С. 42 – 44.

Наджимитдинов Я.С., Рахимов Н.М., Кариев С.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Камни, расположенные в мочеточнике являются причиной острой суправезикальной обструкции, проявляющейся почечной коликой и причиняющей детям нестерпимые страдания, что требует устранения причины обструкции в экстренном порядке. Способы лечения разнообразны, и включают: выжидательную тактику, установку мочеточничкового стента, экстракорпоральную ударно-волновую литотрипсию (ЭУВЛ), уретероскопию с интракорпоральной литотрипсией и, наконец, традиционную уретеролитотомию, которую на сегодняшний день используют очень редко [1,2]. Однако, при проведении консервативного лечения приступы почечной колики повторяются до момента самостоятельного отхождения камня, увеличивается риск развития различных осложнений- угнетение функции почки, обострение инфекции мочевого тракта [1]. До настоящего времени нет единого мнения, какой оптимальный метод лечения необходимо выбрать при почечной колике у пациентов детского возраста.

Результаты исследований, проведенные у взрослых пациентов подтверждают, что экстренная ЭУВЛ является наиболее предпочтительным методом лечения при камнях мочеточника, которые сопровождаются почечной коликой [3,4,5]. Однако результатов применения ЭУВЛ при почечной колике у детей в литературе мы не обнаружили.

Цель исследования. Изучить эффективность ЭУВЛ при камнях мочеточника и почечной колике у детей.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 58 пациентов обратившихся с января 2018 по ноябрь 2020 года, с почечной коликой, которая не купировалась при применении нестероидных противовоспалительных средств или повторялась неоднократно в течение 24 часов. Средний возраст детей составил $12,8 \pm 3,8$ лет (диапазон от 6 до 16 лет), мальчиков было 35 и девочек -23. Внутривенную урографию (ВВУ) производили только в тех случаях, когда по данным обзорной урографии были сомнения в размерах и уровне расположения камня.

Средний коэффициент эффективности (КЭ) ЭУВЛ вычисляли с помощью формулы предложенной Piguí M., и соавторами (4): Количество полностью избавленных от камней пациентов (%) $\times 100 / (100 + \text{число больных, которые подверглись повторному сеансу литотрипсии} (\%) + \text{число проведенных дополнительных манипуляций} (\%))$.

Результаты исследования и их обсуждение. Госпитализированы в стационар на одни сутки 48 (82,7%) пациентов, остальным ЭУВЛ выполнено в амбулаторных условиях. Средний размер камней составил $10,4 \pm 3,5$ мм (6-25 мм). Камни располагались в проекции тазового отдела мочеточника у 38 (66%) детей, в подвздошном отделе у 7 (12%) и поясничном - в 13 (23%) случаях. Среднее количество ударных волн во время одного сеанса составило $830,2 \pm 20,4$ при мощности 17-18 кв. Анализ результатов ЭУВЛ проведен с учетом двух показателей: локализации камня в мочеточника (поясничный, подвздошный или тазовый отдел) и его размеров (более 10 мм или менее 10 мм.).

Наилучшие результаты были получены у 41 пациента с камнями размерами менее 10 мм (средний размер камня $7,2 \pm 1,3$ мм), которые располагались в дистальном отделе мочеточника. Фрагменты камней начинали отходить в течение первых двух суток после ЭУВЛ и 33 (КЭ составил 80%) ребенка полностью избавились от них к концу 5 суток. У двух детей фрагменты отошли полностью в течение последующих нескольких дней. При камнях размерами более 10 мм (средний размер камня составил $13,6 \pm 5,7$ мм), у 17 детей на вторые сутки, фрагменты камня отошли полностью только у 9 (КЭ составил 53%) пациентов и к концу 5 суток еще у 6 (КЭ - 35%). Больные этой группы полностью избавились от фрагментов камней к концу 7 суток наблюдения. Причем, у двух детей, в интрамуральном отделе мочеточника сформировалась каменная дорожка протяженностью от 10 до 14 мм, которую смогли ликвидировать применением консервативной терапии. Каких-либо различий в сроках отхождения фрагментов камней после ЭУВЛ в зависимости от локализации в мочеточнике выявлено не было.

Согласно рекомендациям «European Association of Urology» тактика лечения пациентов с камнями мочеточника зависит главным образом от их размеров и места расположения, и в меньшей степени от формы [4]. Активное вмешательство показано при размерах камня превышающих 6-7 мм в диаметре, в следующих ситуациях: медикаментозное лечение не приводит к успеху, у пациентов с острой персистирующей обструкцией сопровождающейся нарушением функции почки, у пациентов с инфекцией мочевого тракта, при риске развития пиелонефроза или сепсиса, двусторонней обструкции, единственно функционирующей почке [4,5].

За последние 10 лет, постоянное совершенствование минимально инвазивных технологий, в том числе ЭУВЛ, позволило урологам отказаться от более «агрессивных» методов лечения при камнях расположенных в мочеточнике. По данным Gofrit O.N., и соавт. и Kumar A., и соавт. экстренно выполненная ЭУВЛ у пациентов с почечной коликой позволяет добиться лучших результатов, чем «отсроченная» [1,2]. При этом полное избавление от камней наблюдали в 74%-86% в зависимости от их размеров и их локализации. По нашим данным после ЭУВЛ у детей с размерами камня, превышающими 10 мм, полное избавление от фрагментов наблюдали в более длительный промежуток времени, по сравнению с пациентами, которые имели конкременты менее 10 мм. По данным Tligui M., и соавт. полностью избавиться от камней после первого сеанса литотрипсии удалось только в 68% случаев [4]. Автор обнаружил, что необходимость в повторном сеансе зависит, в первую очередь, от размеров камня и, во вторую, от его расположения в мочеточнике. В нашем исследовании ни у одного пациента не возникла необходимость выполнения повторной ЭУВЛ, так как во всех случаях удалось раздробить камень на достаточно мелкие фрагменты, которые отошли самостоятельно. Подобное положение, на наш взгляд, можно объяснить тем, что ударная волна не теряет свою энергию при прохождении через тело у ребенка меньшего по размеру, чем у взрослых пациентов [1, 6]. Перед проведением ЭУВЛ многие авторы рекомендуют выполнять стентирование мочеточника для ликвидации почечной колики с одной стороны, облегчения отхождения фрагментов камней с другой [4,6,8]. Кроме того, протяженность мочеточника у детей меньше чем у взрослых пациентов, и перистальтика его более активная. Учитывая изложенное выше, мы отказались от стентирования мочеточника при выполнении ЭУВЛ. Правильность сделанного нами выбора подтверждают результаты литотрипсии: ни в одном случае не понадобилась декомпрессия мочевого тракта из-за обструкции мочеточника фрагментами камня.

Выводы. Таким образом, ЭУВЛ выполненная в экстренном порядке является наиболее целесообразным методом лечения при камнях мочеточника и позволяет избавить ребенка от страданий в короткие сроки. Мы согласны с мнением других авторов, что необходимо широко применять этот метод при почечной колике, в том числе и у детей. Несомненными являются преимущества: отпадает необходимость длительного лечения с помощью противовоспалительных средств и длительной госпитализации. Следует отметить, что выбор метода лечения (медикаментозная терапия, ЭУВЛ или уретероскопия) необходимо согласовать с родителями пациента, которые должны располагать полной и достоверной информацией о преимуществах и недостатках каждого малоинвазивного метода, в том числе и о возможных осложнениях.

Список литературы.

1. Choi H.J. Usefulness of early extracorporeal shock wave lithotripsy in colic patient with ureteral stone / Choi H.J., J.H., Bae J., Cho M.C., Lee H.W., Lee K.S. // Korean J Urol.- 2012.- №53(12).-P. 853-859
2. Kumar A. A prospective randomized comparison between early (<48 hours of onset of colicky pain) versus delayed shockwave lithotripsy for symptomatic upper ureteral calculi: a single center experience / Kumar A., Mohanty N.K., Jain M., Prakash S., Arora R.P. // J Endourol.- 2010.-№24.-P.S2059-66.
3. Preminger G.M. 2007 guideline for the management of ureteral calculi / Preminger G.M. Tiselius H.G., Assimos D.G., Alken P., Buck C., Gallucci M. // J Urol.- 2017.-178.-№7.-P.2418-34.
4. Tligui M. Emergency extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for obstructing ureteral stones / Tligui M., El Khadime M.R., Tchala K., Haab F., Traxer O., Gattegno B. // Eur Urol. -2013- №43.-P.552-555.
5. Tombal B. Prospective randomized evaluation of emergency extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) on the short-time outcome of symptomatic ureteral stones / Tombal B., Mawlawi H., Feyaerts A., Wese F.X., Opsomer R., Van Cangh P.J. // Eur Urol.- 2015.- №47.- P.855-859.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ	305
Муродов Ш.Д., Шоев М.Д., Саидов Д.Х.	307
ТАСВИРИ ЭНДОСКОПИИ КОВОКИИ БИНИ ЗИМНИ ДЕФОРМАТСИЯИ МИЁНДЕВОРИ БИНИ, ДАР ЯҚЧОЯҒИ БО РИНИТИ АЛЛЕРГИКИ	307
Муродов Ш.Д., Туйдиев Ш.Ш., Исупова Ш.Ф.	308
ЭКТОРИНС- С В РИНОЛОГИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ	308
Муродов Ш.Д., ¹ Махмудназаров М.И., ² Лукманова С.Г.	309
ПРИМЕНЕНИЕ РИНАЛЕР АУ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	309
Муродова П.Ф., Исмоилова М.А.	310
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ	310
Мусоев Д.А., Мансуров Х.Н., Курбонов Дж. Дж., Камолзода Ф.М.	311
ОСЛОЖНЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	311
Мусоев Д.А., Курбонов Д.М., Курбонов Д.Д., Солехов А.С.	312
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ	312
Мустафакулов С.С.	314
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧЕСКОГО ПЛАЗМОЛИФТИНГА У МУЖЧИН С НЕОБСРУКТИВНОЙ АЗОСПЕРМИЕЙ	314
Мухамедова И.Г., Аскарлов А.Т., Ботуров У.Н.	315
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ХРЯЦА КОЛЕННОГО СУСТАВА	315
Мухиддинов Д. Б., Базаров Н.И., Гафоров К.А.	316
КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССАХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДОПЩЖ) ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	316
Мухтарова П.Р., Шукурова Р.Б., Абдуллоева М.К.	317
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ	317
Мухтарова П.Р., Тагоймуродова Ш.Ф., Касиров И.	319
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ГОРТАНИ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	319
Мшар С.В., Алексеев С.А.	320
ГИБРИДНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПОДВЗДОШНОГО И ПОДЗДОШНО-БЕДРЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	320
Набиев М.Х., Сирочов Г.Н.	322
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	322
Набиев М.Х., Иноятзода Д.Н., Саидов Ч.Х.	324
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ	324
Наджимитдинов Я.С., Рахимов Н.М., Кариев С.С.	325
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИЯ ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ	325
Нажмидинов Х.Н., ² Одинаев Х.С., ^{1,2} Саъдуллоев Ф.С., ^{1,2} Сидиков А.Ш.	327
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ	327
Назаров И.Р., Аскарлов А.Т., Хасанов Б.Н.	328
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	328
Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Г., Факиров Х.З.	328
РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	328
Назаров Х.Ш., Сараев А.Р., Сайдалиев Ш.Ш.	330
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	330
Назаров Ш.К., Факиров Х.З., Али-Заде С.Г.	331
ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА	331
Назаров Ш.К., Давлатов Д.Ё., Сайдалиев Ш.Ш., Ёров С.К.	333
СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ	333
Назаров Ш.К., Давлатов Дж.Ё., Факиров Х.З., Али-Заде С.Г.	334
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	334
Назаров Ш.К., Абдуллоев Ф.М., Ёров С.К., Давлатов Дж.Ё.	336
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА АЛЬВЕОККОКОЗА ПЕЧЕНИ	336
Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Зарипов М.Т., Асадуллоева Э.И.	338
ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	338