



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)

ринита. Пациентам первой группы проведен традиционный метод, а второй группе - усовершенствованный способ подслизистой вазотомии нижних носовых раковин.

Результаты исследования и их обсуждения. Ведущими жалобами больных обеих групп были затрудненное носовое дыхание периодического или постоянного характера, заложенность в носу, выделения из носа и необходимость пользоваться сосудосуживающими каплями. Некоторая часть пациентов жаловалась на нарушение сна, периодические головные боли и заложенность в ушах.

При передней и задней риноскопии у всех больных обнаружено значительное увеличение нижних носовых раковин в объеме за счет расширения и разрастания сосудистой сети, а при исследовании функционального состояния носа выявлены заметные нарушения дыхательной, обонятельной и защитной функций носа. Показаниями для проведения хирургического лечения были неэффективность ранее проведенной консервативной терапии, зависимость от сосудосуживающих препаратов и отсутствие острой гнойной патологии со стороны околоносовых пазух.

Для сравнительной оценки эффективности традиционной подслизистой вазотомии носовых раковин и предлагаемого нами метода больные были разделены на две группы. В первую (контрольная) группу вошли 22 больной, а вторую (основная) группу составили 22 пациент с кавернозной формой хронического гипертрофического ринита.

Больным первой группы проведена традиционная подслизистая вазотомия нижних носовых раковин под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией (Sol. Novocaini 1% - 5,0). Скальпелем по переднему концу нижней носовой раковины проводили разрез слизистой оболочки до кости длиной 0,5 - 1,0 см. Далее в разрез вводили распатор, которым продвигаясь по поверхности кости, отслаивали слизистую оболочку и разрушали сосудистую сеть на всем протяжении носовой раковины. При этом, следует отметить повышенную кровоточивость из раны у 17 из 22 больного, в связи с чем операцию приходилось завершать передней марлевой тампонадой носа.

Пациентам второй группы мы проводили подслизистую вазотомию нижних носовых раковин по нашей методике, суть которой заключается в том, что остро заточенный трубчатый распатор, подключенный к электроотсосу, без предварительного разреза вводили в толщу нижней носовой раковины в глубину 3 см и подслизисто разрушали ткань носовой раковины в течение 8-10 секунд. Метод позволяет осуществлять разрушение патологически измененной стромы носовой раковины щадящее, без повреждения физиологически важного эпителиального покрова слизистой оболочки. При применении усовершенствованного способа подслизистой вазотомии ни одного случая значительного кровотечения из операционной раны (в отличие от традиционной), требующей тампонады носа, мы не наблюдали.

Клинические исследования показали преимущества подслизистой вазотомии по новой методике перед традиционной, что выражалось в отсутствии значительного кровотечения из раны и достаточно быстром заживлении послеоперационной раны. У пациентов основной группы восстановление основных функций носа происходило быстрее, чем у больных контрольной группы, которым проведена традиционная подслизистая вазотомия носовых раковин.

В первые сутки после операции отмечались умеренная набухлость нижних носовых раковин и скопление слизисто-фибринозного налета в области раневого отверстия. В послеоперационном периоде ежедневно проводятся туалет полости носа электроотсосом, анемизация слизистой 0,1% раствором нафтизина и массаж слизистой носа кортикостероидной мазью и спреем, что значительно ускоряет процессы заживления в носовой полости.

К концу второй и началу третьей недели у больных наступало улучшение носового дыхания за счет втягивания и уменьшения в объеме нижних носовых раковин и расширения общего носового хода

Контрольные осмотры больных, проведенные через 2 и 4 месяца после операции показали высокую эффективность подслизистой вазотомии нижних носовых раковин по новой методике. У 19 пациентов сохранялось хорошее носовое дыхание, они перестали пользоваться сосудосуживающими каплями. У 3 отмечено удовлетворительное носовое дыхание, при этом они изредка пользовались сосудосуживающими каплями.

Выводы. Усовершенствованный метод подслизистой вазотомии носовых раковин при кавернозной формы гипертрофического ринита является физиологичным, щадящим и эффективным методом выбора хирургического лечения и может успешно применяться в клинической практике отечественной ринологии.

Список литературы.

1. Коркмазов А.М. Обоснование применения низкочастотной ультразвуковой кавитации в раннем послеоперационном периоде ринохирургических больных /Коркмазов А. М., Гизингер О. А/ Российская оториноларингология -2017-№5— С. 97-107
2. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон-2016- 115 с.
3. Сущева Н.А. Оптимизация режимов и способов воздействия на ткани нижних носовых раковин диодного и гольмиевого лазеров при лечении больных вазомоторным ринитом /Н.А. Сущева, Ф.В. Семенов/ Российская ринология -2017- № 3— С.16-23.

Турдалиев З.З.,Наджимитдинов Я.С., ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность. Пузырно-влагалищный свищ (ПВС) представляет собой «аномальное» эпителизированное, с фиброзными краями сообщение между мочевым пузырем и влагалищем, что приводит к ложному недержанию мочи. Помимо медицинских последствий, свищи оказывают отрицательное влияние на физическую, психическую, социальную и сексуальную жизнь пациентов.

Причиной ПВС могут быть длительные затрудненные роды, злокачественные заболевания половых органов и лучевая терапия, тем не менее, наиболее частой причиной формирования свищей являются ятрогенные повреждения мочевыводящих путей [1,4].

На сегодняшний день нет единого мнения по поводу выбора метода закрытия ПВС. Чаще всего выполняют трансвагинальный или трансабдоминальный (трансвезикальный) доступы. Для профилактики рецидива ПВС используют интерпозицию различных биологических тканей (лоскут Martius, мышца, большой сальник, брюшину или ауто-трансплантат слизистой оболочки мочевого пузыря). Тем не менее, рецидива ПВС составляет от 5 до 10% случаев [2]. Множество методик фистулографии и хирургических доступов свидетельствует об отсутствии удовлетворенности урологов результатами хирургического лечения пузырно-влагалищных свищей, поэтому мы решили усовершенствовать технику ушивания свища, чтобы уменьшить количество рецидивов.

Цель исследования. Оценка результатов оперативного лечения женщин с пузырно-влагалищными свищами ятрогенного характера с использованием усовершенствованной техники фистулографии.

Материалы и методы исследования.

Ретроспективно проанализированы результаты оперативного лечения 101 пациентки с ПВС за период с января 2012 г. по декабрь 2018 г. Средний возраст женщин $46,85 \pm 10,06$ года (от 29 до 57 лет). Причиной обращения женщин к врачу было выделение мочи из влагалища. Высоким свищ считали, если отверстие располагалось выше уровня межмочеточниковой складки (63%), низким – если дефект в слизистой мочевого пузыря был ближе к внутреннему входу уретры (37%). При распределении пациенток в зависимости от размера свища использовали классификацию предложенную T.W. Goh [1]. Средний размер свища составил $23,5 \pm 1,6$ мм (диапазон от 10 до 32 мм). Размеры свища менее 15 мм выявлены у 44% пациенток, от 15 до 30 мм – у 46%, более 3 мм – у 10% женщин.

Перед операцией осуществляли санацию мочевого тракта, учитывая при этом результаты бактериологического исследования мочи и чувствительность микрофлоры к антибиотикам. Хирургическое вмешательство выполняли после ликвидации пиурии. После операции устанавливали уретральный катетер, продолжительность дренирования мочевого пузыря в среднем составляла $13,26 \pm 2,36$ суток. Причиной формирования ПВС в 86,1% случаев была выполненная гистерэктомия по поводу доброкачественной патологии матки (миомы, кисты) или послеродового кровотечения, у 13,9% женщин свищ образовался после операции на влагалище. Рецидив свища был у 23 (22,7%) пациенток.

Ликвидацию ПВС осуществляли, используя три способа: у 10 (9,9%) больных выполняли вагинальный доступ, у 72 (71,3%) женщин произвели трансвезикальный (методика O'Connor), у остальных 19 (18,8%) пациенток применили комбинированный трансабдоминально-трансовезикальный доступ. Следует отметить, что при выполнении трансабдоминального доступа применили интерпозицию лоскута большого сальника, располагая его между мочевым пузырем и передней стенкой влагалища.

Результаты исследования их обсуждение.

Ликвидировать ПВС удалось у 94 (93,1%) женщин. Однако у 7 (6,9%) пациенток в связи с рецидивом патологии спустя три месяца была выполнена повторная фистулография, для этого использовали трансабдомино-трансовезикальный доступ с интерпозицией лоскута большого сальника. Уретероцистоанастомоз был выполнен в 8 случаях, так как свищ располагался близко к устью мочеточника, и рубцовый процесс приводил к деформации/ обструкции мочеточника. Дренирование мочевого пузыря выполняли с помощью введенного через уретру катетера типа Foley, который удаляли в течение 6-10 дней после оперативного вмешательства.

Единого мнения по поводу хирургического доступа для ликвидации ПВС до сих пор нет. Так B. Bodner-Adler и соавт. [3], изучив литературу, обнаружили, что эффективность операции при ПВС составляет 97,98%, при этом наиболее часто хирурги использовали трансвагинальный доступ (39%), затем трансабдоминально- трансовезикальный доступ (36%), лапароскопический или роботизированный способ (15%) и комбинированный трансабдоминально-трансвагинальный доступ (3%).

Нами в большинстве случаев (71,3%) для ликвидации свища применен трансвезикальный доступ. Следует отметить, что этот метод менее травматичен, чем трансабдоминальный, тем не менее, позволяет при необходимости достаточно тщательно выделить свищ и отделить стенку мочевого пузыря от влагалища. Однако в 3 случаях, когда отверстие свища располагалось над межмочеточниковой связки и имело большие размеры (более 10 мм), предпочтение отдавали комбинированному трансабдоминально-трансовезикальному доступу (18,8%). При выполнении операции, используя этот доступ, мы также осуществляли интерпозицию между стенкой мочевого пузыря и влагалища лоскута большого сальника.

S.J. Hillary и соавт. [9] оценили эффективность фистулографии в зависимости от использованного доступа. При применении трансвагинального доступа операция была эффективнее, чем при использовании трансабдоминального – соответственно в 90,8 и 83,9% случаев. По нашим данным, среди 10 женщин, у которых для ликвидации ПВС использован трансвагинальный доступ, рецидив патологии возник у 6 (60%). Мы предпочли этот доступ в связи с сохраненной подвижностью матки и ее шейки, при достаточной для выполнения манипуляции емкости влагалища и из-за низко расположенного свища. Однако нами не был оценен размер ПВС, который был более одного сантиметра. Только у одной пациентки после трансвезикального доступа был рецидив ПВС, причина которого, по нашему мнению, заключалась в том, что в достаточной степени не выполнено отделение стенки мочевого пузыря от влагалища. Всем больным выполнено повторное вмешательство. Для ликвидации ПВС использовали комбинированный трансабдоминально-трансовезикальный доступ, в достаточной степени был мобилизован детрузор мочевого пузыря от стенки влагалища, используя при этом катетер типа Foley, что позволило эффективно ликвидировать свищ и выполнить интерпозицию лоскута большого сальника.

Altaweel W.M. и соавт. [2] используя лоскут большого сальника, авторы добились эффективности фистулографии в 95% случаев. Из 19 женщин, у которых был применен нами трансабдоминально-трансовезикальный доступ, интерпозицию лоскута большого сальника использовали у 17 (89,5%). Ни у одной пациентки не было рецидива ПВС.

Bodner-Adler B. и соавт. [3] выполнили многофакторный анализ эффективности фистулографии в зависимости от размера и места расположения свища в мочевом пузыре. Полностью удалось ликвидировать ПВС в 86,7% случаев. При этом частота рецидива свища была статистически значимой, когда его длина превышала 10 мм. По нашим данным

рецидив ПВС возник у 7 женщин, причем в 85,7% случаях размеры свища были более одного миллиметра и располагались ниже уровня межмочеточниковой связки. Дренирование мочевого пузыря после операции - неотъемлемый компонент хирургической коррекции ПВС. Hillary C.J. и соавт. [5] считают, что удаление уретрального катетера спустя 10 дней после операции является оптимальной тактикой. Мы избавляли пациенток от уретрального катетера, в среднем спустя $8,5 \pm 1,2$ дня после фистулографии, что позволяет уменьшить частоту возникновения внутрибольничной инфекции и сократить сроки реабилитации.

Выводы

1. При ПВС размерами более 15 мм методом выбора является трансабдоминально-трансвезикальный доступ, целесообразно выполнить интерпозицию биологической ткани (большой сальник, лоскут париетальной брюшины) между стенкой мочевого пузыря и влагалищем, что позволяет исключить рецидив патологии.

3. Результаты оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей зависят от многих факторов, основным из которых является опыт оперирующего хирурга.

Список литературы.

1. Abram P. Obstetric Fistula in the Developing World: An International Consultation on Vesicovaginal Fistula. – Marrakech (Morocco), October 13-16, 2010. – Montreal: Societe Internationale d’Urologie / Abram P. // 2012.
2. Altaweel W.M.. Interposition flaps in vesicovaginal fistula repairs can optimize cure rate / Altaweel W.M., Rajih E., Alkhudair W. // Urol. Ann. – 2013. – Vol. 5, №4. – P. 270-272.
3. Bodner-Adler B. Management of vesicovaginal fistulas (VVF) in women following benign gynaecologic surgery: A systematic review and meta-analysis / Bodner-Adler B., Hanzal E., Pablik E. et al. // PLoS One. – 2017. – Vol. 12, №2. – P. 61-68.
4. El-Azab Ah.S. Update on vesicovaginal fistula: A systematic review / El-Azab Ah.S., Abolella H.A., Arab M.F. // J. Urol. – 2019. – Vol. 17, №1. – P. 61-68.
5. Hillary C.J. The aetiology, treatment, and outcome of urogenital fistulae managed in well-and low-resourced countries: a systematic review Hillary C.J., Osman N.I., Hilton P. et al. // Europ. Urol. – 2016. – Vol. 70. – P. 478-492.

Турдибоев Ш.А., Бердиев Р.Н., Кодиров Д.И.

ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы

ГООУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Актуальность. Большой удельный вес черепно-мозгового травматизма (ЧМТ), высокая летальность и инвалидизация пострадавших, фактический рост числа нейротравм, неутешительные данные долгосрочных прогнозов выводят проблему нейротравматизма в разряд приоритетных [1, 3]. Данные эпидемиологических исследований в течение последних 25 лет показывают, что в общей структуре травматизма повреждения центральной нервной системы составляют до 30-40%, а среди причин инвалидизации населения, наступивших вследствие всех травм, особенно при её сочетании с экстракраниальными повреждениями они выходят на первое место, составляя 25-30% [2,4]. Ежегодно в мире от черепно-мозговой травмы погибает 1,5 млн чел., а 2,4 млн становятся инвалидами. В России ежегодно черепно-мозговую травму получают около 600 тыс. чел., из них 50 тыс. погибают, а еще 50 тыс. становятся официальными инвалидами. По данным Национального института общественного здоровья, ежегодный ущерб от ЧМТ оценивается в 500 млрд руб. [5]. Исследования зарубежных авторов показывают, что среди пострадавших с ЧМТ различной тяжести около 30% погибают на догоспитальном этапе, из числа госпитализированных от 20 до 30% умирают в стационаре, и еще 10-20% остаются глубокими инвалидами. Только 50-60% выписанных больных полностью восстанавливаются или сохраняют негрубые неврологические нарушения

Цель исследования. Выявить характер клинического течения сочетанной черепно-мозговой травмы в остром периоде.

Материал и методы исследования. В работе представлены результаты анализа клинических наблюдений и специальных методов исследования 166 больных за 2018- 2021 гг. находившихся в нейрохирургическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Структура сочетанной черепно-мозговой травмы по возрастным группам следующая: от 18 до 30 лет – 34 наблюдений, 30–40 лет – 39 наблюдений, 41-60 лет – 56 наблюдений, 61-80 лет включительно – 37 наблюдений. Наибольшее количество пострадавших приходится на работоспособный возраст.

Результаты и их обсуждение. Из анализированных пострадавших в возрасте от 18 до 30 лет с черепно-мозговой травмой наблюдалось частое ее сочетание с переломами костей скелета, что имело место в 127 (76,5%) случаях. Сочетание с другими повреждениями было у 38 (22,9%) больных. Наибольшее количество поступивших пришлось на весенне-летний период (май-август) – 111 (66,9%) больных, что связано с повышенной активностью детей, увеличением дорожно-транспортного травматизма.

Анализ клинических наблюдений показал, что наиболее частой формой сочетанной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у больных является сотрясение головного мозга - оно диагностировано у 80 (48,1%) больных, ушиб головного мозга легкой степени – у 28 (16,9%), ушиб головного мозга средней степени тяжести – у 33 (19,9%) пострадавших, ушиб головного мозга тяжелой степени – у 25 (15,1%) обследованных. Ушибы головного мозга в сочетании со сдавлением отмечались у 34 (20,5%) больных: вдавленные переломы черепа – у 9 (26,5%), эпидуральные гематомы – у 17 (50%) внутримозговые гематомы – у 5 (14,7%), а у 3 (8,8%) пострадавших верифицирована субдуральная гематома. Тяжелая ЧМТ чаще встречалась в возрасте 18-30, при этом у мужчин более чем в 2 раза чаще, чем у женщин.

Из 166 больных с доминирующей черепно-мозговой травмой в числе сочетанных травматических повреждений опорно-двигательного аппарата были переломы бедренной кости 26 (15,6%) наблюдениях, переломы костей голени были диагностированы у 35 (21,1%) обследованных, переломы плечевой кости были у 35 (21,1%) пострадавших, костей

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.....	407
Салимов Д.С., Носири К.Н., Умарова З.Д.	408
СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ.....	408
Салимов Ф.М., Курбанов Н.Р., Раджабов Д.Р.	410
СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ГУБ ...	410
Сангинов Д. Р. ¹ , Хусейнзода З.Х. ² , Ганиев Д.Ф. ²	411
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	411
Сангинов Д.Р. ¹ , Райхонов Ф.Х. ² , Ниязов И.К. ^{1,2}	413
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.....	413
Сангинов Д. Р. ¹ , Хусейнзода З. Х. ² , Юлдошев Р.З. ¹	415
ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 И ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ.....	415
Сараев А.Р., Назаров Х.Ш., Ашуров Д.М.....	417
КОРОТКИЙ КУРС АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	417
Сармисокова Х.Дж., Нарзуллоева Ш.Б., Пулатова Ф.Дж.	418
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЁННЫХ АСПЕКТОВ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ЦРБ ДАНГАРЫ В ТЕЧЕНИЕ 2019-2021 ГОДОВ	418
Сафаров А.С., Холов К.А., Фарозов Х.А.	420
АЛГОРИТМ В ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.....	420
Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А.	421
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.....	421
Сафаров Д.М., Ниёзов М.М.	423
ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ..	423
Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Махмадалиев Б.Г.	424
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	424
Собиров С.С. ² , Гоибзода А.Д. ^{1,2} , Рафиев Ф.Р. ^{1,2} , Камолов А.Н. ^{1,2}	426
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	426
Солиев О.Ф. ¹ , Султанов Д.Д. ^{1,2} , Курбанов Н.Р. ^{1,2}	428
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ МИНИФЛЕБЭКТОМИИ (ASVAL) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	428
Солиева Ш.А. ¹ , Адылова Ф.Х. ² , Мирзоева Х.Б. ¹	428
ТЕРАПИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В ДОПЕРФОРАТИВНОЙ СТАДИИ.....	428
Солихзода А.М., Шосайдзода С.С., Бобоев Х.О.....	430
ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕАНГИМАТОЗА ПЕЧЕНИ	430
Солихов Д.Н., Салимов Х.Г., Усмонов Б.Н.....	431
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ.....	431
Солихов Д.Н., Салимов Х.Г., Усмонов Б.Н.....	433
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОРОТКИХ И ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ У МУЖЧИН.....	433
Соловьев Е.А. ¹ , Коваленко Т.В. ^{1,2} , Дуванский В.А. ²	434
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УДАЛЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ (СТЕЛЮЩИХСЯ) ОПУХОЛЕЙ – LST (LATERALLY SPREADING TUMOR) ТОЛСТОЙ КИШКИ	434
Страшнов Д.В.....	436
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.....	436
Стяжкина С.Н., Осипова И.А., Камашева Ю.П.	437
СОЧЕТАНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	437
Стяжкина С.Н., Бадертдинова Г.Р., Ахметшина А.Р.....	438
КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	438
Стяжкина С.Н., Наймушина У.В., Пыжьянова С.А.....	439
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, СОЧЕТАННОГО С COVID-19	439
Стяжкина С.Н., Турсукова П.А., Войнова А.А.	440
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ...	440
Султонова Ф.А.	442
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ РЕФРАКЦИИ.....	442
Тоиров А.С., Хамдамов Б.З., Ахмедов А.И.	444