



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASIGA 100 YIL





TOSHKENT TIBBIYOT 100 AKADEMIYASIGA YIL

Toshkent tibbiyot akademiyasi tashkil etilganining
100 yilligiga bag'ishlangan

**“Toshkent tibbiyot akademiyasiga 100 yil – buyuk ishlar va yangi
kashfiyotlar davri”**

mavzusidagi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami

Сборник материалов научно-практической конференции с международным
участием, посвященной 100-летию Ташкентской медицинской академии,
**«100 лет Ташкентской медицинской академии – эпоха больших
свершений и открытий»**

Collection of materials of the scientific and practical conference with
international participation, dedicated to the 100th anniversary of the Tashkent
Medical Academy,

**"100 years of the Tashkent Medical Academy – the era of great
achievements and discoveries"**



Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию Ташкентской медицинской академии,
«100 лет Ташкентской медицинской академии – эпоха больших свершений и открытий»

2022 год
г. Ташкент, Узбекистан

Toshkent tibbiyot akademiyasi tashkil etilganining 100 yilligiga bag'ishlangan

“Toshkent tibbiyot akademiyasiga 100 yil – buyuk ishlar va yangi kashfiyotlar davri” mavzusidagi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami

2022 yil
Toshkent sh., O'zbekiston

Collection of materials of the scientific and practical conference with international participation, dedicated to the 100th anniversary of the Tashkent Medical Academy,

"100 years of the Tashkent Medical Academy – the era of great achievements and discoveries"

2022
Tashkent, Uzbekistan

Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 432 пациентов с панкреонекрозом. 244 больных составили группу сравнения, которым проведено традиционное лечение; 188 пациентов составили основную клиническую группу, которые подвергнуты лечению согласно нашим разработкам.

Результаты исследования. Традиционное лечение панкреонекроза показало, что в контрольной группе 25,0% больных были оперированы, а общая летальность составила 12,3%. Проведенный критический анализ неудовлетворительных результатов традиционного лечения позволил определить ряд причин: отсутствием конкретных временных критериев наступления фазы секвестрации; наличием плотного инфильтративного процесса не только при стерильном, но и при инфицированном панкреонекрозе, когда техническое выполнение хирургических вмешательств в достаточном объеме не предоставляется возможным.

Учитывая вышеизложенные факты, были проведены ряд исследований. На основании анализа данных МСКТ было показано, что в отличие от данных Филина В.И., который указывал на начало процесса секвестрации с 14 суток, процесс секвестрации начинается с 30-40 суток с момента заболевания. На томограммах участки секвестрации визуализируются как бесструктурные чередующиеся зоны с низкой и высокой плотностью по типу «черных точек».

На основании проведенных морфологических исследований выделены две формы ИП: инфильтративная и секвестрированная. При инфильтративной форме заболевания макроскопически отмечается некроз тканей ПЖ, но ткани инфильтрированы, некротические ткани находятся в одном инфильтративном конгломерате. При секвестрированной форме ИП отмечается некроз тканей ПЖ, некротические очаги (секвестры) расположены изолированно от основной паренхимы ПЖ и свободно лежат в ССС или парапанкреатической клетчатке.

Учитывая вышеуказанные результаты, была пересмотрена тактика лечения панкреонекроза, который наряду с традиционным подходом, доказывал целесообразность более позднего оперативного вмешательства, а также проведения консервативной терапии при инфильтративной форме инфицированного панкреонекроза.

Заключение. Оптимизированная лечебная тактика способствовало достоверному уменьшению удельного веса хирургических вмешательств в лечении панкреонекроза с 25,0% до 12,2% и снижению показателя летальности с 12,3% до 6,9%.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**Хакимов М.Ш., Файзуллаев Б.Б., Асатуллаев Ж.Р.
Ташкентская медицинская академия**

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с панкреонекрозом путем определения сроков наступления фазы секвестрации для определения оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ данных результатов мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) пациентов с панкреонекрозом в динамике лечения.

Полученные результаты. Для определения сроков наступления фазы секвестрации и оценки степени поражения поджелудочной железы (ПЖ), была определена частота наиболее частых признаков панкреонекроза.

На 7-е сутки с момента заболевания при проведении анализа данных МСКТ диффузное увеличение размеров ПЖ было диагностировано в 100% наблюдений. В 90% случаях отмечалось неровность контуров железы, уплотнение парапанкреатической клетчатки, неоднородность паренхимы. Плотность ПЖ по шкале Хаунсфилда составляла 30-35 НУ.

На 14-е сутки МСКТ диффузное увеличение, сглаженность контуров, неоднородность паренхимы отмечались во всех наблюдениях. При болюсном усилении выявлялись гипо- и аваскулярные очаги с вовлечением парапанкреатической клетчатки. Денситометрическая плотность ПЖ сохранялась на цифрах 30-35 НУ.

На 30-е сутки процесс организации некроза в паренхиме ПЖ способствует образованию псевдокист, содержащие некротические ткани, формируются единичные участки секвестрации. Однако указанные изменения были отмечены в единичных случаях. Участки секвестрации визуализировались как бесструктурные чередующиеся зоны с низкой и высокой плотностью по типу «черных точек». Плотность железы колеблется в пределах 25-30 НУ.

В последующие сутки (45-60-е сутки) томографические признаки диффузного поражения тканей ПЖ и парапанкреатической клетчатки уменьшаются. Неоднородность паренхимы, сглаженность контуров железы, диффузное увеличение ее размеров отмечается менее чем у половины пациентов. Очаги секвестрации увеличиваются в объеме. В зоне секвестрации плотность тканей колебалась от 5 до 15 НУ.

Заключение. Проведенные нами исследования показали, что процесс секвестрации в ПЖ начинается с 30-40 суток с момента заболевания, а не с 14-х суток, как приводится в классификации Филина В.И. Для определения оптимальных сроков наступления фазы секвестрации необходимо использование МСКТ. Это позволяет конкретизировать сроки возможного выполнения хирургических вмешательств и предупреждает выполнение необоснованных операций в ранней фазе заболевания.

ВЫБОР ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТАРР) ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Халиков С.П., Хусинов Д.О., Рахмонов У.Р., Эшкузиев М.Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Пластика паховых грыж является одной из самых распространенных хирургических манипуляций, используемых во всем мире, большее количество данных операций выполняется открытым передним доступом, хотя лапароскопическая герниопластика была внедрена в хирургическую практики еще в прошлом веке (Claus C, Furtado M, Malcher F). Развитие эндовидеохирургических технологий позволило на порядок уменьшить степень интраоперационной хирургической агрессии и минимализировать число послеоперационных осложнений, однако отношение к данным манипуляциям остается двояким, что требует дальнейшей оптимизации тактических и технических аспектов.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж.

Материал и методы. За период с 2020 по 2022 года, на кафедре факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии выполнено 23 лапароскопических герниопластик (ТАРР) при двух сторонних паховых грыжах, с одномоментной пластикой паховых ямок при помощи эндопротезов. Все больные были мужского пола в возрасте от 22 до 69 лет. Рецидивная грыжа отмечалась у трех больных, герниопластика которой была ранее выполнена открытым путем.

Результаты исследования. Длительность оперативного вмешательства составил в среднем $93,9 \pm 10,2$ минут. Средний койко-день был 6 суток. Во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде осложнений, корректирующих повторным оперативным вмешательством у данных больных, не отмечались. Применение лапароскопической пластики паховых грыж привело к уменьшению количества послеоперационных осложнений на 5,5% ($p < 0,05$), сокращению сроков пребывания больного в стационаре на 4,9%, способствуя более ранней активизации пациентов и уменьшению болевого синдрома в послеоперационном периоде ($p < 0,05$). Используя широкое рассечение париетальной брюшины в области паховых ямок, достигается

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ АНОМАЛИЕЙ КИАРИ 1 ТИПА АССОЦИИРОВАННОЙ С СИРИНГОМИЕЛИЕЙ	64
Рузметов Б.Ш., Джуманиязов Р.А., Юсупова Б.Ш.....	64
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ «НЕМОВЕН» ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАН В ОБЛАСТИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ	65
Садыков Р.А., Рузибаев Р.Ю., Умаров Д.А.....	65
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФРАКЦИОННОГО СО2-ЛАЗЕРА ПРИ РУБЦАХ ПОСЛЕ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ	66
Садыков Р.Р., Турсунова Ж.А.....	66
УСПЕШНОЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОСЛЕОЖГОВОЙ КОНТРАКТУРОЙ И НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	66
Садыкова М.А.	66
ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	67
Сапаев О.К., Рузматов И.Б., Кодирова А.М.	67
ТАКТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ	68
Солод Э.И., Лазарев А.Ф., Гудушаури Я.Г., Какабадзе М.Г., Калинин Е.С., Коновалов В.А.	68
РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА.....	69
Солод Э.И., Лазарев А.Ф., Гудушаури Я.Г., Какабадзе М.Г., Раскидайло А.С., Калинин Е.С., Коновалов В.А.	69
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА.....	70
Солод Э.И., Лазарев А.Ф., Калинин Е.С., Коновалов В.А.	70
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИИ	71
Тажин К.Б., Джаркеев К.С., Казбеков А.Б.	71
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИИ БАНКАРТА И ЕЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ С УКРЕПЛЕНИЕМ КАПСУЛЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ	72
Ужахов И.М.....	72
ГРЕЙВС КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСИ ВА ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	73
Хайитбоева К.Х., Сапаев Д.Ш.....	73
ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА.....	74
Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Маткулиев УИ., Дехконов Ж.К.	74
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	74
Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Асатуллаев Ж.Х., Файзуллаев Б.Б., Мухаммадиев М.Х.	74
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	75
Хакимов М.Ш., Файзуллаев Б.Б., Асатуллаев Ж.Р.....	75