



**ZAMONAVIY KLINIK
LABORATOR TASHXISI
DOLZARB MUAMMOLARI**
xalqaro ilmiy-amaliy
anjuman



27 dekabr 2022 yil



O'zbekiston Respublikasi Sog'Liqli saqlash vazirligi

www.ssv.uz

Toshkent tibbiyot akademiyasi

www.tma.uz

химерного гена BCR-ABL больные были отнесены в группу пациентов с Ph-отрицательным хроническим миелопролиферативным заболеванием, форма которого (эритремия, сублейкемический миелоз) верифицировалась на основании выявления молекулярно-генетического маркера – мутации в гене Jak2 и комплекса клинико-лабораторных критериев. В кариотипе лиц группы контроля цитогенетические маркеры, ассоциированные с гемобластомом, отсутствовали.

Внедрение в алгоритм диагностики больных гемобластомами нескольких молекулярных маркеров значительно повлияло на точность диагноза, оптимизировать стратегию лечения.

Литература.

1. Mohammed [Bushra](#), [Al-Thwani Amina Namma](#). The Relationship between Cigarette Smoking and Some Genetic and Immune Aspects in a Sample of Iraqi Smokers Supervised by // September 2018, DOI: [10.13140/RG.2.2.12705.04962](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12705.04962)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Маликов Н.М., Якубов Д.Р., Мустафакулов Г.И., Атаков С.С.
Ташкентская медицинская Академия

На протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных колопроктологов остается проблема лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ). Несмотря на то, что различные методы хирургического лечения данной патологии описаны в многочисленных монографиях, журнальных статьях, частота неудовлетворительных результатов лечения остается достаточно высокой (рецидивы – 10-15%, нагноение раны – 20-25%), при этом сроки стационарного и амбулаторного лечения увеличиваются до 30-70 дней.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 25 больных эпителиальным копчиковым ходом, находившихся в отделении плановой хирургии «Яккасарайское районное медицинское объединение-многопрофильная центральная поликлиника со стационарной частью» база ТМА в период с июня 2018г. по май 2021г. Хирургическое лечение пациентов было выполнено в следующем объеме: под спинальной анестезией в положении больного на операционном столе по Депажу после обработки операционного поля 70% раствором этилового спирта двумя полулунными кожными разрезами экономно иссекали эпителиальный копчиковый ход с патологически измененными тканями в пределах здоровых. Выполнялся тщательный гемостаз. Всем больным было выполнено интраоперационное измерение хирургического дефекта после иссечения блока патологически измененных тканей. В среднем длина раны составила $12,29 \pm 0,62$ см; ширина – $7,73 \pm 0,45$ см, при этом глубина раны в среднем равнялась $5,35 \pm 0,26$ см. Далее производилось укрепление крестцовокопчиковой фасции по предложенной методике: по средней линии

дна раны, отступя по 0,25 см в каждую сторону от средней линии, накладывался простой непрерывный обвивной шов нитью «Викрил-рапид» 3/0 (ПГА-рапид, Сафил-квик) с атравматической иглой на крестцово-копчиковую фасцию. Контроль гемостаза. Используемой устройсто состоит из двух пластин – оснований с отверстиями для шовных лигатур, и перфорационными отверстиями, двух панелей, закрепленных на пластинах – основаниях с помощью двух петель, одна из которых разборная и имеет резьбовую втулку, выкрутив которую, появляется возможность откинуть панели и получить доступ к послеоперационной ране (при перевязках), зубчатых реек, закрепленных на панелях соответственно, зубчатой втулки, снабженной шляпкой и коромыслом, зажимного винта с гайкой. Перед наложением швов пластины – основания устройства подшивались одиночными узловыми швами к краям раны через имеющиеся в пластинах отверстия. Рана ушивалась «наглухо» адаптационными швами по Донати с захватом в шов укрепленной крестцово-копчиковой фасции. Далее сближались вышеуказанные панели, закрепленные на пластинах – основаниях и, соответственно, края раны, втулка фиксировалась зажимным винтом. Данный способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода позволяет достичь иммобилизации и дозированного сближения краев раны. Конструкция аппроксимационно-иммобилизационного устройства обеспечивает прочную фиксацию пластин с панелями между собой и единственное возможное движение их относительно друг друга – вдоль фронтальной оси устройства. Демонтаж устройства производили на 7 – 9 дни от операции, но, при необходимости, устройство может быть демонтировано раньше.

Результаты. Продолжительность операции составила от 35 до 50 минут. Общая гипертермия у прооперированных больных держалась в среднем $0,5 \pm 0,28$ суток (от 0 до 2 суток), причем выше $37,50^{\circ}\text{C}$ температура тела больных не поднималась. Перевод пациентов с постельного на палатный режим осуществлен у 21 (85%) на первые сутки после операции, 4 (15%) пациента были активизированы на вторые сутки. Длительность антибактериальной терапии в послеоперационном периоде составила $7,0 \pm 0,75$ суток (от 5 до 10 суток). Пациенты выписывались от 9 до 12 суток после операции, при этом общий койко-день составил $12,13 \pm 0,67$ (от 10 до 15 суток). Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было. В ближайшем послеоперационном периоде было фиксировано 1 осложнение: у больного на 4 день послеоперационного периода было отмечено возникновение гематомы в средней трети послеоперационной раны в связи с чем аппроксимационно-иммобилизационное устройство было демонтировано, 2 шва было снято, гематома дренирована, рана в этом месте велась открытым методом.

Выводы. Данные проведенного анализа результатов лечения больных эпителиальным копчиковым ходом показали, что комбинированный способ радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода с укреплением крестцово-копчиковой фасции перед проведением через нее

шовных лигатур и с использованием аппроксимационно-иммобилизационного устройства позволяет получить крайне малое количество ранних послеоперационных осложнений за счет снижения вероятности прорезывания шовных лигатур на фасции, обеспечивает прочную фиксацию краев раны между собой с возможностью дозированного сближения их, а так же снижение действия сил натяжения тканей при сведении краев раны на наложенные швы, что ведет к снижению сроков постельного режима, равно как и послеоперационного койко-дня, уменьшению временной нетрудоспособности, ранней социальной адаптации больных.

Литература.

1. Лаврешин Петр Михайлович, Никулин Дмитрий Юрьевич, Кораблина Софья Сергеевна Диагностика и лечение эпителиального копчикового хода // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. №4.

2. Ревецкий Владимир Павлович, Латынина Вера Ивановна, Ядыкина Татьяна Константиновна, Филимонов Сергей Николаевич Эффективный способ оперативного лечения хронической гнойно-свищевой формы эпителиального копчикового хода на стадии абсцесса // МВК. 2018. №2.

3. Karimov X. Y., Ergashev U. Y., Yakubov D. R. Complex treatment in severe forms of acute paraproctitis // Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 9. – С. 199-203.

4. Эргашев У. Ю. и др. Нарушение целостности стопы у пациентов с сахарным диабетом (обзор литературы) // Journal of new century innovations. – 2022. – Т. 17. – №. 1. – С. 7-18.

5. Моминов А. Т. И др. Проблемы обезболивания в амбулаторной хирургии // European Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2022. – Т. 10. – С. 81-89.

COVID-19 КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Муминов О.А., Курбонова З.Ч.

Тошкент тиббиёт академияси,

2-Зангиота юкумли касалликлар шифохонаси

Янги минг йилликда одамлар бир неча бор хавфли вируслар таъсирига дуч келди. Вабо ва тиф ўрнини вируслар эгаллади. Атроф-мухитнинг ўзгариши, иклимнинг иссиши, аҳоли зичлигининг ошиши ва бошқа омиллар хавфли вируслар пайдо бўлишига олиб келса, аҳолининг юқори миграция фаоллиги уларнинг бутун дунё бўйлаб тарқалишига ёрдам берди. 2019 йил коронавируси ҳозирда ҳам давом этаётган COVID-19 глобал пандемиясига олиб келди ва халқаро фавқулудда ҳолат сифатида тарихга кириб улгурди. Биз ҳали бу касалликнинг хусусиятларини ўрганишимиз, сабоқ олишимиз, аҳоли соғлигини сақлашимиз, диагностик, даволаш ва прогностик камчиликларни таҳлил қилишимиз керак.

	СТАНДАРТНОГО ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КАРИОТИПА БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 134-135.
88.	Маликов Н.М., Якубов Д.Р., Мустафакулов Г.И., Атаков С.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 135-137.
89.	Муминов О.А., Курбонова З.Ч. COVID-19 КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 137-139.
90.	Муминов О.А., Курбонова З.Ч. COVID-19 ПАТОГЕНЕТИК АСПЕКТИ. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 139-141.
91.	Мусаков М.С. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 141-143.
92.	Мустанов Ж.А., Расулов Ш.М. ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИНИ ТАШХИСЛАШДА КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 143-145.
93.	Мухамедова Н.Х. ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ПРЕ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 145-146.
94.	Нажмутдинова Д.К., Худойберганава Ш.Ш. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ФОНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 147-148.
95.	Нажмутдинова Д.К., Худойберганава Ш.Ш. ТЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. Замонавий клиник лаборатор ташхиси долзарб муаммолари, 2022, №1. Б. 148-149.
96.	Нуриддинова Н.Ф., Нишонов А.А. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. Замонавий клиник лаборатор