



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION, SCIENCE AND
INNOVATIONS OF THE REPUBLIC
OF UZBEKISTAN



ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE

www.adti.uz

October 6, 2023

International scientific and practical conference on

“Problems of Modern Surgery”

MATERIALS



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**

**X.T.MUSASHAYXOV
G.M.XODJIMATOV
SH.Y.BUSTANOV**

**COMPUTER GRAPHICS
EDITORS**

**F.A.ABDULXODIMOV
Y.S.GROMOV**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

Заключение Выполнение остеосинтеза без вскрытия зоны перелома, обеспечивает благоприятные условия формирования костной мозоли, позволяет достичь консолидации в обычные сроки, без какой-либо внешней (дополнительной) иммобилизации. Таким образом, малоинвазивная методика ChM позволяет сократить сроки госпитализации и реабилитации пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Касимов У.К., Еркулов А.Ш., Султанова Д.У., Косимова М.С.
Ташкентской Медицинской Академии, Ташкент, Узбекистан;

Актуальность. Хирургическая инфекция мягких тканей является спутником специалистов всех профилей. В настоящее время проблема лечения гнойно-некротических заболеваний мягких тканей остается весьма актуальной, активно обсуждаемой в отечественной и зарубежной литературе, несмотря на достаточно широкий спектр методов лечения.

Цель. Изучить состояние службы хирургической инфекции мягких тканей в Республике Узбекистан, по результатам пролеченных больных в 2022 году.

Методы исследования

В основу данной работы положен анализ результатов лечения больных в Республиканском Центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за 2022 год, где за этот период было пролечено 2515 больных с хирургическими инфекциями различной локализации. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, которые непосредственно за первой помощью обращались к нам в клинику и вторую группу пациенты, которым проведены различные лечебные мероприятия по месту их дислокации. Согласно данной градации из 2515 больных первичных было 392 (15,6%), а вторичных 2123 (84,4%).

Результаты. Нами проведен анализ вторичных больных с хирургическими инфекциями мягких тканей. Хирургическая инфекция мягких тканей выявлена у 509 пациентов (23,9%), остальные 1614 (66,1%) были пациенты с хирургическими инфекциями мягких тканей различных анатомических структур. При этом у 268 пациентов (52,6%), данная патология развилась на фоне сахарного диабета. Наиболее часто встречались пациенты с флегмонами различной локализации, которая была выявлена у 184 пациентов (36,1%), на втором месте больные с гнойно-некротическими ранами – 96 (18,9%). Абсцесс мягких тканей с карбункулом диагностирован у 82(16,1%) и 61(12,0%) пациентов. Менее часто встречались рожистое воспаление, которое диагностировано у 26 больных (5,1%) и анаэробные флегмоны – 28 (5,5%). У 14 пациентов – 2,7% выявлен инфильтрат мягких тканей. Хотелось бы отметить, что на фоне проводимого консервативного лечения у больных удалось добиться регресса воспалительного процесса. При анализе распределения этих больных по Республике было выявлено, что основным контингентом являются жители г. Ташкента и Ташкентской области, а в совокупности было обращение со всех регионов Республики. Пациенты до поступления находились на лечении в среднем от 7 до 10 дней в 65% случаев (331), четверть (117 – 23%) больных получало лечение по месту первичного обращения свыше 10 дней и менее часто поступали больные (61 – 12%), которые находились на лечении до 7 дней. Причиной неудовлетворительных результатов лечения была поздняя диагностика, когда пациенты лечатся не в профильных учреждениях. Данный критерий был выявлен у 346 пациентов (68%). Неадекватное хирургическое вмешательство зарегистрировано у 356 пациентов (70%), когда делались маленькие инцизии, с целью опорожнения гнойника, без

адекватной некрэктомии, с недоучетом глубины поражения тканей, тогда как сохранение патологического процесса в глубине тканей отмечено у 56% пациентов (285). Целенаправленное изучение этой проблемой показало, что ведущей причиной неудовлетворительных результатов лечения – является отсутствие унифицированного подхода в диагностике, лечении и оперативном вмешательстве больных с данной патологией, когда в патологическом очаге доминируют некротические изменения. Для ранней диагностики больных нами применена бальная шкала, которая позволяет по конкретным клиническим признакам и набранным баллам определять показания к оперативному лечению.

Данная шкала была применена у 176 пациентов (34,5%) с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей различной локализации. При этом все больные, до поступления в нашу клинику, находились на стационарном лечении в других учреждениях. Из них 21,8% (111) лечились по поводу флегмоны, 32 пациента (6,3%) по поводу карбункула, 24 (4,7%) по поводу анаэробной флегмоны и 9 с рожистым воспалением нижних конечностей (1,8%). Эти больные были переведены в наше отделение в результате неэффективности полученного лечения.

Из исследованных пациентов у 159 больных сумма набранных баллов была в пределах 18 – 22, что явно свидетельствовало о показании к оперативному вмешательству. Все они были прооперированы, причем гнилостный процесс занимал обширное пространство. Результаты исследования показали положительный эффект использования данного способа именно на ранних стадиях течения. Она отличается своей простотой, доступностью, с возможностью предположения развития гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях.

Выводы. Достигнутые результаты лечения больных с тяжелыми формами хирургических инфекций мягких тканей связаны в первую очередь с разработанной в клинике системой ранней диагностики и организационно-лечебных мероприятий: радикальной хирургической операцией патологического очага, бактериологическим мониторингом и целенаправленной антибактериальной терапией. При лечении хирургической инфекции развившейся на фоне сахарного диабета необходимо учитывать глубину и объем поражения тканей. В зависимости от глубины поражения характер оперативного вмешательства должен быть дифференцированным. В послеоперационном периоде необходим дифференцированный подход в зависимости от фазы раневого процесса, при этом в 1 фазе необходимо учитывать уровень поражения тканей.

БУЙИН ФЛЕГМОНАНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОНН ТЕХНОЛОГИЯЛАР УРНИ.

Касимов У.К., Ёркулов А.Ш., Косимова М.С., Султанова Д.У.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Флегмона шеи, как осложнение нозологий, которыми занимаются стоматологи, отоларингологи и челюстно-лицевые хирурги часто представляет серьезную опасность для жизни пациентов. Развившаяся флегмона шеи усугубляется при наличии сопутствующих заболеваний, в частности сахарного диабета. Они протекают крайне тяжело, часто осложняется распространением гнойного процесса в средостение и развитием полиорганной недостаточности, что в 10–15% случаев приводит к летальному исходу. У таких больных гнойный процесс склонен к молниеносному распространению.

Цель. Оценка эффективности применения метода отрицательного воздействия на раневой процесс в области шеи.

Материалы и методы. В данное исследование были включены 29 больных с сахарным диабетом, у которых развилась флегмона шеи, без ограничений по возрасту, за период с 2021 – 2022 год. Больные были разделены на две группы: основная – 16 пациентов и контрольная 13. Отличительной особенностью было применение традиционных методов лечения в контрольной группе, которое заключалось в применении дренирования и последующих мажевых повязок, согласно фазе течения раневого процесса. В основной группе применялась повязка из гидрофобной полиуретановой губки со средним размером пор 1066 мкм, которую вырезали по размеру и форме имеющейся послеоперационной полости и укладывали в раневой дефект. Поверх губки подвели дренажную трубку с переходником и герметизировали повязку инцизией пленкой. В качестве источника отрицательного давления использовали аппарат RENASYS GO, компании Smith&Nephew» (США). Уровень отрицательного давления составлял 100 мм рт.ст. Повязки меняли 1 раз на 3, либо 5 сутки. Всем больным в день поступления в стационар проводили оперативное вмешательство, в объеме вскрытия, взятия материала для бактериологического исследования, с последующей санацией патологического очага растворами антисептиков, тщательным гемостазом и рыхлым марлевым тампонированием у основной группы и дренированием в контрольной. Больным назначали системную эмпирическую антибактериальную терапию, с учетом возможного возбудителя данного патологического процесса и пролонгированную по показаниям (выраженность синдрома системной воспалительной реакции) после получения результатов бактериологического исследования.

Результаты. Проведенное исследование показало, что NPWT по сравнению с традиционной местной терапией флегмон шеи улучшает течение основных стадий раневого процесса. Снижение уровня бактериальной обсемененности тканей раны ниже критического при NPWT достигалась в среднем к 3-м суткам против 7-х суток при традиционных методах местного лечения ран. На 7-е сутки лечения степень бактериальной обсемененности ран в основной группе составляла в среднем 10^2 — 10^3 микробных клеток на 1 г ткани, в группе сравнения — 10^5 . Средняя длительность стационарной антибактериальной терапии составила 5,2 суток в основной группе и 12,6 суток в группе сравнения. В контрольной группе у 4 больных процесс прогрессировал, развилась картина медиастенита, что послужило проведению повторных дренирующих операций и в 2 случаях у больных развился летальный исход. Таких осложнений в основной группе не наблюдалось. Немаловажное значение имеет и комфорт для пациентов, когда в основной группе, за счет активной аспирации и создания герметичных условий снижалось количество перевязок и соответственно, негативных ощущений, которые сохранялись в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, включение VAC-терапии при лечении больных с флегмонами шеи способствует скорейшему очищению раневой полости, более быстрому купированию проявлений системной воспалительной реакции и уменьшению сроков нахождения пациентов в стационаре. Широкое внедрение позволяет предупредить развитие медиастенита и соответственно снижению летальности.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	173
Юсупов Н.А., Камбаралиев Б.Р, Юлдашев А.К.	
ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ	174
Ш. Т. Каримбоев, Л. Д. Маллабоев, Б.Ж.Журабаев. И. П. Назаров	
СОВРЕМЕННЫЙ ИНТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ	175
ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.	
Ш.Т. Каримбоев Л.Д. Маллабоев Б.Ж.Журабаев И.П. Назаров	
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ.	176
Касимов У.К., Еркуллов А.Ш., Султанова Д.У., Косимова М.С.	
БУЙИН ФЛЕГМОНАНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОННИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР УРНИ.	177
Касимов У.К., Ёркулов А.Ш., Косимова М.С., Султанова Д.У	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ	179
Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Икромов Ф.В., Кодиров М.Ш., Солиев М.Б., Бахриддинов К.Б.	
ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С С АХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	181
Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Кодиров М.Ш., Солиев М.Б., Бахриддинов К.Б.	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	184
Касымов А.Л., Мансуров Ш.Ш., Мусашайхов Х.Т., Мамадиев Х.М.	
РОЛЬ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАТИКА ХЕМОБЕН ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	185
Касымов А.Л., Мансуров Ш.Ш., Мусашайхов Х.Т., Мамадиев Х.М.	