

ISSN 2010-9881

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiyasi jurnali

Вестник экстренной медицины

Научно-практический журнал
Ассоциации врачей экстренной
медицинской помощи Узбекистана

«Шошилич тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
политравма ва ўткир юрак-қон томир касалликларда
ёрдам кўрсатиш масалалари»
XVIII Республика илмий-амалий анжумани
МАТЕРИАЛЛАРИ
2023 йил, 12 октябрь, Бухоро ш., Ўзбекистон

МАТЕРИАЛЫ
XVIII Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
вопросы оказания помощи при политравмах и острой
сердечно-сосудистой патологии»
12 октября 2023 года, г. Бухара, Узбекистан

2023, 16(3)

Ilmiy-amaliy jurnal

EMPA.UZ

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACISI SOʻGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA SHOŠILINCH TIBBIY ЁРДАМ ИLMИЙ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН SHOŠILINCH TIBBIY ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ RESPUBLIKI UZBEKISTAN
RESPUBLIKANSKIY NAUCHNIY TSENTR EKSTRENNAY MEDITSINSKOY POMOSH
ASSOCIATSIYA VRACHEY EKSTRENNAY MEDITSINSKOY POMOSH UZBEKISTANA

«Шошинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
ПОЛИТРАВМА ВА ЎТКИР ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА
ЁРДАМ КЎРСАТИШ МАСАЛАЛАРИ»
XVIII Республика илмий-амалий анжумани

МАТЕРИАЛЛАРИ
2023 йил 12 октябрь
Бухоро ш.

МАТЕРИАЛЫ
XVIII Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ
И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ»
12 октября 2023 года
г. Бухара



ЎЗБЕКИСТОН SHOŠILINCH TIBBIY
ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ



ТАШКЕНТ - 2023

риб, 10 минг
шлади. 2019-
ги коронави
вж олган ўта
зимов Аҳмад
бош хирург
ят олиб бор-
имча ташкил
ашган шифо-
ик хизматни
ллотдаги хи-
да эпидемия
и ўта ишонч-
драларни иш-
а оширишда
ташкилотчи-
баркамол хи-
ни, ўта юқо-
ссини намо-
г кунда ҳам у
зий филиали-
и мудир ва-
и ишлаб, ви-
хирургларига
моқда.
шинч тиб-
ари ассоциа-
рув кенгаши,
иёт ахборот-
таҳририяти
Азимовични
сана билан
айди ва унга
г-саломатлик,
дат, оиласи-
отиржамлик,
ва улкан за-

II. Острые хирургические заболевания и травмы органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства

Признаками ОА на УЗИ считали диаметр отростка > 6 мм, толщину стенки более 2 мм, максимальную боль над аппендиксом, гиперэхогенную периаппендикулярную ткань, а на МСКТ – увеличение диаметра отростка более 7 мм, толщину стенки более 2 мм, утолщение стенки слепой кишки, инфильтрат периаппендикулярной жировой клетчатки.

Результаты и их обсуждение. Согласно ДШОА Alvarado, больные были распределены на 3 подгруппы. У 21 (17,2%) больного первой подгруппы с набором баллов 1–4 (ОА маловероятен) по ДШОА проводилось динамическое наблюдение в течение 6–8 часов, с повторным подсчетом баллов. У 9 (43%) пациентов возникло подозрение на ОА (5–8 баллов) (подозрение на ОА, и он вероятен), им было выполнено УЗИ червеобразного отростка (ЧО). При этом признаки ОА выявлены у 7 (77,7%) больных, у 2 (22,3%) исключены. В последующем диагноз подтвержден при ВЛС.

Во вторую подгруппу вошли 64 (52,4%) больных, у которых, по данным ДШОА, набор баллов составил 5–8 баллов. Им было выполнено УЗИ ЧО. При этом УЗ-признаки ОА выявлены у 46 (72,0%) больных, у 15 (23,4%) получены неоднозначные результаты. У 3 (4,6%) – другая патология в брюшной полости: апоплексия яичников – у 2, внематочная беременность – у 1 больной.

В указанных подгруппах всего у 73 (59,8%) больных применялся УЗИ ЧО, из них у 53 (72,6%) диагноз подтвержден. У 17 больных первой и второй подгрупп с неоднозначными результатами УЗИ во вторую очередь выполнялось МСКТ брюшной полости. При этом у 15 (88,2%) пациентов выявлены атипичные формы ОА, а у 2 (11,8%) – другие сопутствующие заболевания.

Больных 3 подгруппы было 37 (30,3%). У пациентов с баллом 9 и более по ДШОА (9–10 – ОА весьма вероятен) ложноотрицательный результат УЗИ может повлиять на тактику введения, затягивать оперативное лечение и повышать риск перфорации. Поэтому мы в этой подгруппе УЗИ ЧО не проводили. Им была рекомендована ВЛС.

У 10 больных 3 подгруппы УЗИ и МСКТ применялись при подозрении на осложнения ОА: аппендикулярный инфильтрат (3), аппендикулярные (2) и периаппендикулярные абсцессы (5). Всего у 25 (92,5%) больных на МСКТ подтверждено наличие деструктивных и осложненных форм острого атипичного аппендицита.

При выявленных на УЗИ и МСКТ признаках ОА при ВЛС обнаружены различные виды атипичных форм ОА: ретроцекальное расположение – у 53 (63,9%), медиальное – у 11 (13,3%), тазовое – у 10 (12,0%), ретроперитонеальное – у 5 (6,0%), подпеченочное – у 4 (4,8%) пациентов.

Вывод. Таким образом, применение УЗИ и МСКТ для диагностики атипичных и редких форм ОА позволяет устанавливать правильный диагноз в 76%

и 92,5% случаев соответственно, а в 25% случаев – предотвратить «напрасную» аппендэктомия.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ПОДХОДОВ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*М.Р. Каримов, Ж.Р. Асатуллаев,
Ж.Ш. Абдукаримов, Ш.Ш. Шамшиддинов*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом путем усовершенствования тактических подходов в лечении острого панкреатита.

Материал исследования. Анализ результатов обследования и лечения 142 пациентов с деструктивными формами острого панкреатита. 64 больных составили группу сравнения, которым проведено традиционное лечение; 78 пациентов составили основную клиническую группу, у которых комплекс лечебных мероприятий осуществлялся согласно нашим разработкам.

Результаты исследования. Традиционное лечение панкреонекроза показало, что в контрольной группе 25,0% больных были оперированы, а общая летальность составила 12,5%. Проведенный критический анализ неудовлетворительных результатов традиционного лечения позволил определить ряд причин:

1. Согласно классификации Атланта-92, которая отражает морфологические процессы, происходящие в поджелудочной железе (ПЖ), при отечном панкреатите и стерильном панкреонекрозе проводится консервативная терапия, при инфицированном панкреонекрозе – хирургическое лечение. Согласно классификации Филина В.И., которая отражает фазы клинического течения заболевания, в ферментативной и реактивной фазах проводится консервативная терапия, в фазе секвестрации – хирургическое лечение. Однако между этими классификациями не указана имеющаяся взаимосвязь, которая присутствует в каждом случае развития острого панкреатита (ОП) и в зависимости от их взаимосвязи должна меняться лечебная тактика.

2. В проведенных ранее нами исследованиях показано, что инфицированный панкреонекроз имеет две формы – инфильтративную (когда показано консервативное лечение) и секвестрированную (когда показано оперативное лечение). Необходимо отметить, что аналогичная тенденция отмечается и при стерильном панкреонекрозе.

3. Согласно классификации Филина В.И., различают ферментативную, реактивную фазы и фазу секвестрации. При ферментативной и реактивной фазах заболевания тактика идентичная. Учитывая данный факт, многие исследователи в настоящее время выделяют раннюю и позднюю фазы заболевания. Разработка лечебного алгоритма с по-

II. Острые хирургические заболевания и травмы органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства

добным делением фаз заболевания позволит упростить и повысить практичность предлагаемой схемы в лечебной тактике.

4. Анализ клинических случаев трансформация отечного панкреатита в панкреонекроз, стерильного панкреонекроза в инфицированный показал, что из 13 случаев трансформаций в 12 наблюдениях этот процесс наступил при явлениях билиарной гипертензии, что обосновывает необходимость проведения декомпрессии билиарной системы.

5. Низкая клиническая эффективность используемых антисептических средств ввиду высокой патогенности микрофлоры, вызывающей инфицированный панкреонекроз.

Учитывая вышесказанные недостатки, нами определена взаимосвязь между морфологическими формами и фазами заболевания; обоснована необходимость чрескожных антеградных эндобилиарных вмешательств в лечении острого панкреатита, разработан новый способ санации патологического очага при панкреонекрозе.

Заключение. Оптимизированная лечебная тактика способствовала достоверному уменьшению удельного веса хирургических вмешательств в лечении панкреонекроза с 25,0% до 11,5% и снижению показателя летальности с 12,5% до 6,4%.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*А.М. Карлыбаев, Е.К. Калмурзаев,
М.Н. Медетбеков*

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является современным методом хирургического лечения, который предлагает меньшую инвазивность, быстрое восстановление и благоприятные результаты для пациентов.

Целью данного исследования является описание первого опыта лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в Каракалпакском филиале РНЦЭМП.

Материал и методы. Пациент Ж.А., 29 лет (ИБ №8736/1751), поступил с жалобами на острую боль в верхней части живота, рвоту и общую слабость. Были проведены обследования, включая клинический осмотр, лабораторные исследования, а также инструментальные методы исследования (рентгенография и фиброгастродуоденоскопия). В результате обследования у пациента была подтверждена перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. Учитывая стабильное состояние пациента и отсутствие признаков обширного перитонита, малоинвазив-

ное лапароскопическое ушивание перфорации было выбрано в качестве метода лечения.

Результаты. После 2-х кратной обработки операционного поля 1% раствором йодоната, произведено формирование пневмоперитонеума с использованием CO₂, объемом около 3 литров. Для этого в точке Калька над пупком введена игла Вереша. В операционную полость введен троакар с видеосистемой под контролем оптики. В левой подреберной области введен 11-миллиметровый троакар, а в правой подреберной области – один 5-миллиметровый троакар.

В брюшной полости обнаружено наличие около 80 мл серозной жидкости в правом боковом канале и субпечени. Жидкость была отсосана. При осмотре желудка было обнаружено его слабое расширение. На переднебоковой стенке двенадцатиперстной кишки обнаружен участок, покрытый фибринными налетами, который был разъединен тупым способом. На этом участке выявлен язвенный инфильтрат размером 1,5×1,5 см с перфорационным отверстием размерами 0,8×0,8 см, покрытым тонким фибринным налетом. Фибринный налет был удален, и было обнаружено полное перфорирование с выделением содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. Для декомпрессии введен назогастродуоденальный зонд, а перфорационное отверстие было ушито интракорпорально двухрядными узловыми швами.

Брюшная полость была промыта теплым 0,9% физиологическим раствором и осушена. Субпеченочная область была дренирована, и конец дренажной трубки был выведен в правую боковую область через контрапертуру. При дальнейшей ревизии было обнаружено, что тонкая и толстая кишки расширены, но других патологий в органах брюшной полости не выявлено. После завершения операции операционная рана была тщательно ушита слоями. Швы были нанесены на кожу и наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период у пациента прошел без осложнений. На 6-й день после операции пациент был выписан с рекомендациями о дальнейшем наблюдении. Важными аспектами в плане восстановления являются рациональное питание, прием противоязвенных препаратов и контрольные обследования. Эти меры помогут обеспечить успешное и стабильное восстановление после лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Опыт и результат данного лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки показывает высокую эффективность лапароскопической хирургии в области оказания экстренной медицинской помощи и могут быть полезными для будущих клинических случаев.

II. Острые хирургические заболевания и травмы органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства

пило 92 больных с повреждением грудной клетки, то в 2022 году из 234 госпитализированных больных их было только 19. Оказание помощи этой категории пациентов до последнего времени проводилось общепринятыми методами обследования и лечения. Массовое поступление пострадавших, нехватка специалистов и отсутствие условий для оказания специализированной помощи, занятость операционной бригады при многих ситуациях вынудило пересмотреть тактику оказания помощи при ЧС. При наличии пневмогемоторакса, гемоторакса выполняли дренирование плевральной полости, а затем решали вопрос о выполнении торакотомии. Эпизодически выполнялась и видеоторакоскопия, при наличии пневмогемоторакса в ситуации, когда нельзя было исключить проникающий характер ранения с повреждениями внутренних органов грудной клетки, а также при возможном продолжающемся кровотечении с интенсивностью до 200 мл в час. Возраст пострадавших составил от 15 до 68 лет. Мужчин было 95 (85%), женщин – 16 (15%). Дренирование плевральной полости произведена у 58 больных, торакотомия – у 48 больных. У 35 пострадавших торакотомия выполнена по поводу продолжающегося внутриплеврального кровотечения. Проведено ушивание раны лёгкого – у 28, частичная резекция – у 9, удаление инородного тела – у 7, перевязка или коагуляция межреберных сосудов – у 18, внутренней грудной артерии – у 6, ушивание раны диафрагмы – у 2 больных. У 7 пострадавших ранение носило торакоабдоминальный характер, в связи с чем у них выполнена лапаротомия. Надо отметить, что пострадавшие поступали в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии, и им сразу начинали ИТ. На основе анализа лечения этой группы пострадавших, а также учитывая сложность обстановки, особое внимание обращалось на возможность повреждения того или иного органа. Это позволило систематизировать лечебно-диагностические мероприятия, проводящиеся в этих случаях одновременно. Были выделены следующие синдромы: I – Синдром дыхательной недостаточности: а) нарушение проходимости дыхательных путей; б) нарушение красности грудной клетки; в) компрессия лёгкого жидкостью (кровь); г) пневмоторакс. II – Геморрагический синдром: а) продолжающееся открытое кровотечение; б) внутреннее кровотечение. III – Синдром сердечно-сосудистой недостаточности: а) тампонада сердца; б) экстракардиальная тампонада вследствие напряжённой эмфиземы; в) ушиб сердца. IV – Синдром повреждения других органов: а) повреждение пищевода; б) повреждение трахеи и главных бронхов; в) повреждение крупных сосудов грудной клетки. Главными задачами торакотомии являлись остановка кровотечения и устранение бактериального загрязнения плевральной полости. Это достигалось положением зажимов или тампонированием плев-

ральной полости. 2 этап – в операционной продолжали ИТ или больной переводился в отделение реанимации для стабилизации жизненно важных функций организма. 3 этап – окончательное хирургическое лечение проводилось в период от 1 до 24 часов. В остальных случаях решение вопроса о необходимости интраторакального вмешательства осуществлялось после торакоскопии. Торакоскопия выполнялась под местной анестезией, и целью такой торакоскопии было следующее: кровотечение, остановившееся или продолжающееся, если «да» – установить его источник; объем гемоторакса; наличие повреждений диафрагмы. В связи с этим у 23 больных после дренирования плевральной полости нам пришлось в сроки от 12 до 48 часов выполнить широкую торакотомию и устранить причину. При торакоскопии с последующим дренированием позволяли проводить лечебно-диагностические мероприятия в режиме «ДС». В этой ситуации всегда можно вернуться к более полному исследованию органов грудной клетки и лечебным манипуляциям выведения пациента из критического состояния, подготовке бригады хирургов, инструментов и аппаратуры. Нами было проанализировано 24 торакоскопии, выполненной у пострадавших, у 16 больных торакоскопия оказалась окончательным способом лечения. У 8 больных после осмотра плевральной полости потребовалось более обширное оперативное вмешательство. Ушивание раны лёгкого выполнено у 6 больных, коагуляция и перевязка межреберных сосудов – у 4 больных, ушивание раны диафрагмы – у 1 больного. Летальность наступила у 2 пострадавших, которые поступили в крайне тяжелой степени травматического шока.

Выводы:

- 1) Использование программы «ДС» у пострадавших с травмой грудной клетки показало высокую эффективность и надежность, обеспечивая благоприятное течение послеоперационного периода.
- 2) Использование торакоскопии, не требующей сложного оборудования и выполняющейся под местной анестезией, является важным диагностически-лечебным мероприятием для определения выбора дальнейшей тактики лечения.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*М.Ш. Хакимов, А.А. Имамов,
М.Р. Каримов*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Обоснование хирургической тактики лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза в условиях хирургического стационара.

II. Острые хирургические заболевания и травмы органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 120 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2017 по 2022 год. Мужчин было 83 (69,2%), женщин – 37 (30,8%). В возрасте до 44 лет было 9 (7,5%) пациентов, от 45 до 59 лет – 46 (38,3%), от 60 до 75 лет – 63 (52,5%), старше 75 лет – 2 (1,7%) больных.

Время от клинического проявления заболевания до поступления в стационар составляло от 6 часов до 12 дней. Причиной острой обтурационной кишечной непроходимости стал опухоль слепой кишки – у 9 (7,5%) пациентов, опухоль восходящего отдела – у 11 (9,2%), опухоль поперечно-ободочной кишки – у 12 (10,0%), опухоль нисходящего отдела – у 8 (6,7%), опухоль сигмовидной кишки – у 59 (49,2%) и опухоль прямой кишки – у 21 (17,5%) больных.

Результаты исследования. При поступлении пациентов в стационар проводилось обследование и лечение пациентов по установленным протоколам. В течение первых 2–4 часов проводилась стандартная консервативная терапия, направленная на консервативное разрешение непроходимости, неэффективность которой явилась показанием к экстренному хирургическому вмешательству.

В первые 4 часа были оперированы 108 больных, 8 пациентов были оперированы через 12–24 часов после проведения рентгеноконтрастного исследования на пассаж бария. У 4 больных явления острой кишечной непроходимости разрешились консервативными мероприятиями.

При отсутствии метастазов, подвижных опухолей и стабильном состоянии пациентов выполняли радикальные операции; при наличии метастазов, наличии увеличенных лимфатических узлов и распространении процесса в соседние органы ограничивались наложением разгрузочных стом.

При локализации процесса в слепой кишке у 5 пациентов наложена илеостома, 2 больным произведена резекция купола слепой кишки, еще 2 – левосторонняя гемиколэктомия.

При поражении восходящей кишки в 6 случаях наложена илеостома, в 5 наблюдениях выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

При локализации опухолевого процесса в поперечно-ободочной кишке 2 пациентам наложена подвешная илеостома, 6 больным произведена левосторонняя и 4 пациентам – правосторонняя гемиколэктомия.

При поражении нисходящего отдела толстого кишечника в 8 случаях произведена правосторонняя гемиколэктомия.

При локализации опухоли в сигмовидной кишке в 2 наблюдениях наложена подвешная илеостома (из-за наличия множественных линейных разрывов серозной оболочки поперечно-ободочной кишки и

восходящей кишки), 18 больным выполнена правосторонняя гемиколэктомия, 35 пациентам наложена сигмостома (из них в 15 случаях выполнена резекция сигмовидной кишки). У 4-х больных, у которых консервативная терапия была эффективной, после дополнительного обследования диагностирована опухоль сигмовидной кишки. Из них 2 пациентам выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, 2 больным произведено эндоскопическое бужирование сигмовидной кишки.

При поражении прямой кишки во всех случаях выполнена сигмостомия (в 4 наблюдениях произведена резекция прямой кишки).

Мы не являемся сторонниками наложения первичных анастомозов даже при выполнении радикальных операций. Лишь в 2 наблюдениях после левосторонней гемиколэктомии был наложен илеотрансверзоанастомоз.

В послеоперационном периоде в 13 (10,8%) случаях отмечено развитие послеоперационных осложнений. В 1 наблюдении отмечено выпадение стомы, что потребовало повторной операции; еще у 1 пациента отмечено внутрибрюшное кровотечение из брыжейки кишечника, что потребовало релапаротомии с прошиванием кровоточащего сосуда; в 8 случаях отмечены раневые осложнения и у 3 больных развились бронхолегочные осложнения. В послеоперационном периоде в 4 (3,3%) случаях отмечен летальный исход (в 1 наблюдении – из-за тромбоэмболии легочной артерии, в 2 – из-за развития острого инфаркта миокарда, в 1 – из-за полиорганной недостаточности на фоне продолжающегося перитонита).

Заключение. При обтурационной непроходимости кишечника объем оперативного вмешательства определяется распространенностью опухолевого процесса, состоянием больного и уровнем подготовки хирурга.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашууров,
Г.Р. Кодирова*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Разработать систему оценки интенсивности пищеводных кровотечений и предложить оптимальную лечебную тактику.

Материал исследований. Анализ результатов обследования и лечения 257 пациентов с пищеводными кровотечениями на фоне портальной гипертензии. Возраст больных колебался от 27 до 71 года. Мужчин было 174, женщин – 83. В анамнезе у 114 были эпизоды кровотечения, остановленные консервативными мероприятиями и выполнением эндоскопических манипуляций.

Результаты исследований. Нами предложена классификация степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Тактика лечения зависела от локализации ВРВ.

1 степень. Характеристика. Активное венозное кровотечение. Из-за высокого портального давления струя бьется на противоположную стенку пищевода или кровь быстро закрывает камеру эндоскопа, или вообще невозможно определить источник из-за интенсивности кровотечения.

Тактика лечения: при GOV1 показана установка Блекмора с последующим лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24–48 часов; при GOV2 также необходима установка Блекмора с последующим лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24–48 часов, при распространении ВРВ в область дна желудка – клеевая облитерация цианокрылатом или ретроградное лигирование; при IGV1 целесообразно проведение клеевой облитерации или ретроградное лигирование; при IGV2 рационально проведение клеевой облитерации. Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции разобщения гастроэзофагеального коллектора.

2 степень. Характеристика. Просачивание крови или капельное кровотечение.

Тактика лечения. При GOV1 необходимо выполнение склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение клеевой облитерации или лигирование нейлоновыми лигатурами. При выполнении манипуляции нередко сгустки крови мешают выполнению манипуляции. В этих случаях нами предложена методика выполнения эндоскопического исследования, которая заключается в том, что ножной конец стола опускается, а головной конец приводится в полувертикальное положение, что способствует низведению сгустков в просвет желудка, что позволяет завершить манипуляцию.

3 степень. Характеристика. ВРВ покрыта свежими тромбами, кровотечения нет (это наблюдается у пациентов в течение суток после кровотечения).

Тактика лечения. При выполнении эндоскопической манипуляции наличие тромба не позволяет адекватно оценить границы кровоточащего участка ВРВ. Для этого необходимо выполнить промывание через эндоскоп данного участка и после промывания тромбов осуществлять манипуляцию. При GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

4 степень. Характеристика. Симптом белого сока (появляется в течение 2–7 суток после кровотечения после выпадения тромба из источника кровотечения ВРВ).

Тактика лечения. Выполнение мероприятий, направленных на профилактику рецидива кровотечений, не требующую специальной подготовки (типа установка зонда Блекмора, промывание зоны источника кровотечения). Объем вмешательства аналогичен, как и при предыдущей степени кровотечения: при GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

Дифференцированный подход к выбору метода гемостаза позволил повысить частоту первичного гемостаза с 74,6% до 91,1%, снизить частоту открытых хирургических вмешательств с 10,4% до 6,5% и летальность – с 14,2% до 8,9%.

Закключение. Предложенная нами классификация позволяет объективно оценить интенсивность пищеводных кровотечений, а предложенная лечебная тактика способствует выбору надежного способа гемостаза.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов,
О.Т. Сатторов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение клинических результатов лечения больных с калькулезным холециститом путем анализа осложнений лапароскопической холецистэктомии и выбора мер их профилактики.

Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 4519 пациентов с калькулезным холециститом, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2013 по 2022 год. 4181 больных оперированы по поводу хронического, 338 – острого калькулезного холецистита. Показаниями к ЛХЭ было неосложненное течение хронического и острого калькулезного холецистита.

Результаты исследований. Нами проанализированы интра- и послеоперационные осложнения, которые были обусловлены техническими моментами выполнения хирургических вмешательств. Осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями (холедохолитиаз, патология внепеченоч-

II. Острые хирургические заболевания и травмы органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства

ных желчных протоков, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии, острый инфаркт миокарда и т.д.), в данное сообщение мы не включали.

В группе пациентов с хроническим калькулезным холециститом отмечены следующие осложнения: желчеистечение – 12 (0,29%) наблюдений, несостоятельность культи пузырного протока – 6 (0,14%), кровотечения из пузырной артерии – 4 (0,10%), повреждения холедоха – 3 (0,07%), повреждение полых органов – 2 (0,05%), послеоперационный панкреонекроз – 2 (0,05%), термические стриктуры желчных протоков – 3 (0,07%), подкожная эмфизема – 12 (0,29%), пневмоторакс – 1 (0,02%), раневые осложнения – 16 (0,38%).

После операции по поводу острого калькулезного холецистита желчеистечение наблюдалось в 6 (1,78%), несостоятельность культи пузырного протока – в 4 (1,18%), кровотечения из пузырной артерии – в 2 (0,59%), повреждения холедоха – в 4 (1,18%), послеоперационный панкреонекроз – в 6 (1,78%), термические стриктуры желчных протоков – в 2 (0,59%), подкожная эмфизема – в 6 (1,78%), раневые осложнения – в 8 (2,37%) случаях.

В зависимости от характера осложнений лечебная тактика была различной.

При желчеистечении осуществлялся динамический контроль за состоянием брюшной полости, и во всех случаях на 3–7-е сутки осложнение было ликвидировано консервативными мероприятиями.

При несостоятельности культи пузырного протока на 2–4-е сутки пациенты были подвергнуты повторной лапароскопии. В 6 наблюдениях выполнено лапароскопическое клипирование культи пузырного протока, в 4 случаях произведено открытое хирургическое вмешательство.

При кровотечении из пузырной артерии у 2 больных осуществлен гемостаз лапароскопическим способом, а у 4 – посредством открытой операции.

При перерезке холедоха хирургическая тактика зависела от момента выявления осложнения. Если повреждение диагностировали интраоперационно, в 1 наблюдении произведено наложение билиобилиарного анастомоза «конец в конец» (через 6 месяцев у больной развилась стриктура, что потребовало наложения гепатикоюноанастомоза), в 3 случаях произведена гепатикоюноанастомозия по Ру. В 3 наблюдениях осложнение диагностировано на 1–3-е сутки после ЛХЭ. 2 пациентам наложена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), в 1 случае произведено лапароскопическое дренирование гепатикохоледоха и в сроки от 3 до 8 месяцев всем больным произведена гепатикоюноанастомозия по Ру.

При термических стриктурах желчных протоков у пациентов развивалась клиника механической желтухи. Этим больным произведено ЧЧХС с

последующей реконструктивной операцией на билиарной системе.

При развитии панкреонекроза в 2 наблюдениях произведены открытые хирургические вмешательства, в 6 – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. В последующем 4 пациентам выполнены некросеквестрэктомии с этапными санациями.

При повреждении полых органов, абсцессе брюшной полости, подкожной эмфиземе, раневых осложнениях, пневмотораксе лечебные мероприятия осуществлялись согласно существующим стандартам.

Летальность отмечена в 5 (0,11%) случаях. При хроническом холецистите причиной летального исхода в 2 наблюдениях явился панкреонекроз, в 1 – внутрибрюшное кровотечение; при остром холецистите в 1 – панкреонекроз, в 1 – перитонит в результате абсцесса брюшной полости.

Проведенный критический анализ причин интра- и послеоперационных осложнений позволил разработать ряд профилактических мер.

1. При остром холецистите выполнение ЛХЭ целесообразно в первые 72 часа с момента заболевания. В более поздние сроки развивающиеся деструктивные изменения со стороны желчного пузыря повышают риск развития осложнений.

2. Учитывая зависимость частоты осложнений от выраженности морфологических изменений в желчном пузыре и опыта хирурга, нами разработан рейтинговый подход к выбору хирургической бригады для осуществления ЛХЭ.

3. С целью предупреждения возможного развития термической стриктуры желчных протоков после удаления желчного пузыря необходимо ограничить выполнение коагуляции нижней 2/3 части его ложа.

4. При невозможности идентификации элементов шейки желчного пузыря предложена методика лапароскопической холецистэктомии, которая заключалась в следующем: на 1,5–2 см выше шейки на передней стенке в поперечном направлении рассекали стенку желчного пузыря, далее в продольном направлении Т-образно вскрывали просвет желчного пузыря. Вскрытие тела желчного пузыря позволяло нам с внутренней стороны желчного пузыря определить пузырный проток и предупредить повреждение внепеченочных желчных протоков и близлежащих анатомических структур, которые при выраженном воспалительном процессе часто не имеют четкой анатомической картины.

Таким образом, предложенные нами профилактические меры позволили снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений с 3,7% до 1,3%.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.Ш. Хахимов, С.Я. Камалова

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) путем дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 150 пациентов с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Возраст пациентов колебался от 18 до 67, составляя в среднем $39,3 \pm 9,8$ года. Преобладали лица мужского пола – 89 пациентов. Большинство больных (125–83,3%) в анамнезе перенесли одну операцию на органах брюшной полости или малого таза. Все пациенты были распределены на две клинические группы: контрольную (80 больных), которым произведена традиционная терапия, и основную (70 пациентов), где были использованы усовершенствованные нами подходы.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе 10 больным выполнена резекция тонкого кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза. В 2 наблюдениях отмечено развитие несостоятельности швов межкишечного анастомоза, что потребовало выполнения повторного хирургического вмешательства. В 1 случае отмечен летальный исход. Одной из причин развития несостоятельности швов, на наш взгляд, является высокое внутрикишечное давление и неадекватная декомпрессия зоны анастомоза ввиду дислокации энтерального зонда.

Нами был разработан трехпросветный энтеральный зонд, который позволяет проводить локальную декомпрессию зоны межкишечного анастомоза и выполнять изолированно декомпрессию проксимальной и дистальной частей кишечника. При этом дислокация зонда с зоны анастомоза не отмечается.

В основной группе резекция кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза выполнено 7 пациентам. Применение разработанного нами энтерального зонда позволило достичь адекватной декомпрессии кишечника и предупредить развитие такого грозного осложнения, как несостоятельность швов энтеро-энтероанастомоза. Летальных случаев не наблюдалось.

Заключение. Разработанный нами энтеральный зонд способствует интраоперационной профилактике развития осложнений и уменьшает частоту послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

РОЛЬ ИРРИГОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

М.Ш. Хахимов, М.Р. Каримов,

С.П. Халиков, Ш.Э. Ашууров

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Определение роли ирригографии в ранней диагностике заболеваний толстого кишечника.

Материалы и методы исследований. В период с 2017 по 2022 годы в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии на наблюдении с подозрением на острую хирургическую патологию находилось 319 пациентов. Из них в 204 случаях острая хирургическая патология органов брюшной полости была исключена.

Результаты исследования. Из 204 больных в 79 наблюдениях была выполнена ирригография. Это исследование производилось пациентам при неэффективности симптоматической консервативной терапии в течение 2–3 дней; при наличии кишечного дискомфорта (при отсутствии явной патологии на ЭГДФС и УЗИ брюшной полости); при периодических схваткообразных болях в животе, купируемых приемом спазмолитиков, и отсутствии явных причин для болей; при наличии в семейном анамнезе пациентов с онкологической патологией. Эти клинические ситуации трактовались как «кишечная колика». В 2 случаях диагностирована долихосигма, у 3 пациентов – дивертикулы толстого кишечника, в 7 наблюдениях обнаружена опухоль толстого кишечника. Ранняя диагностика заболеваний толстого кишечника позволила в ранние сроки выполнить радикальные оперативные вмешательства. Необходимо отметить значимость ранней диагностики при опухолях толстого кишечника, что позволяет выполнять одноэтапные радикальные операции.

Заключение. Ранняя диагностика рака толстой кишки в начальной стадии заболевания и своевременно выполненное оперативное вмешательство позволяет избежать развития тяжелых осложнений и будет способствовать улучшению результатов лечения больных с данной патологией. Поэтому наличие кишечного дискомфорта, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, должно служить поводом для тщательного обследования ободочной кишки. Оперативные методы и технические приемы при данной патологии достаточно разработаны, общеизвестны и принципиальны, а результаты лечения и летальность зависят от стадии злокачественного процесса и сроков госпитализации для оперативного вмешательства.

СОДЕРЖАНИЕ

ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ <i>Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, А.О. Жалилов</i>	124
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ <i>Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, Ш.Б. Исабаев, Ш.М. Саидметов, Б.Н. Курбанбаев</i>	125
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА <i>Р.Н. Кадиров</i>	125
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ Т-ОБРАЗНОГО МИНИСТЕРНОТОМНОГО ДОСТУПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) <i>А.Б. Каипов, А.А. Абдурахманов, Д.Б. Тохтарбаев, С.А. Турсунов, Ф.А. Маматалиев</i>	127
ЛАПАРОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>С.Ж. Камолов, Б.А. Янгиев, Ф.Ш. Мавлянов</i>	127
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И МСКТ-ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА <i>Д.Р. Каримов, Ф.А. Хаджибаев, Р.З. Мадиев, Ш.Э. Баймурадов</i>	128
✓ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ПОДХОДОВ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>М.Р. Каримов, Ж.Р. Асатуллаев, Ж.Ш. Абдукаримов, Ш.Ш. Шамшиддинов</i>	129
ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>А.М. Карлыбаев, Е.К. Калмурзаев, М.Н. Медетбеков</i>	130
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>К.С. Маматов, А.А. Азимов, Ю.Р. Маликов</i>	131
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК <i>У.М. Маткаримов, Н.И. Махмудов, И.М. Акбаров</i>	131
IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS IN ACUTE PANCREATITIS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC DIFFUSED LIVER DISEASES <i>Mirzaev V.I., Ganjiev F.Kh, Khamroyev Kh.N.</i>	132
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТОМ <i>Т.Я. Мусоев, Л.Р. Кенжаев, Ш.М. Абдурахманов</i>	132
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭРПХГ И ЭПСТ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ <i>Т.Я. Мусоев, У.О. Абидов, А.А. Хайдаров, Л.Р. Кенжаев</i>	133
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Т.Я. Мусоев, Ш.М. Абдурахманов, Л.Р. Кенжаев, У.М. Эгамов</i>	134
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов</i>	135
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов</i>	136

СОДЕРЖАНИЕ

THE IMPORTANCE OF OBJECTIVE EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF STRANGULATED HERNIAS COMPLICATED BY ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION <i>Tulyaganov D.B., Khoshimov D.E., Pulatov D.T.</i>	149
RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VOLVULUS OF THE SIGMOID COLON ON THE BASIS OF A NEW METHOD OF RSCEM <i>Tulyaganov D.B., Abdulkhatov M.Kh., Pulatov D.T., Khoshimov D.E.</i>	149
ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ <i>А.Ю. Тухтакулов, Н.И. Махмудов, Б.А. Туйчиев</i>	150
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА <i>Г.У. Убайдуллаев, Б.Ш. Исматов, Н.А. Сайфуллаев, У.А. Мамадиев, Ш.О. Туйчиев</i>	151
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, М.М. Пулатов, Б.Т. Гулямов, Б.И. Шукуров, К.С. Элмуродов</i>	152
ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ФАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ <i>А.М. Хаджибаев, К.С. Элмуродов, З.М. Рузиева, Б.И. Шукуров, Ш.К. Элмуродов</i>	153
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПОСТРАДАВШИХ С РАНЕНИЕМ СЕРДЦА <i>Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков, А.Г. Мирзакулов, У.А. Абдуганиев</i>	154
ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОЧКИ (ДИАГНОСТИКА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ) <i>Ф.А. Хаджибаев, А.Т. Эрметов, О.Ж. Ашууров</i>	155
ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ <i>Ф.А. Хаджибаев, Д.Р. Каримов, Ш.Э. Баймурадов, Р.З. Мадиев</i>	155
ПРОГРАММА «DAMAGE CONTROL» У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ <i>Д.М. Хакимов, Ф.П. Касимов, У.Н. Бобоев</i>	156
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>М.Ш. Хакимов, А.А. Иمامов, М.Р. Каримов</i>	157
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ <i>М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашууров, Г.Р. Кодирова</i>	158
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, О.Т. Сатторов</i>	159
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>М.Ш. Хакимов, С.Я. Камалова</i>	161
РОЛЬ ИРРИГОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА <i>М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, С.П. Халиков, Ш.Э. Ашууров</i>	161
ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА <i>М.А. Хашимов, А.Б. Ешмуратов, А.Г. Мирзакулов</i>	162