



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ZAMONAVIY TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI

YOSH OLIMLAR XALQARO ANJUMANI

ACTUAL PROBLEMS OF MODERN MEDICINE

INTERNATIONAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS



ACTUAL PROBLEMS
OF MODERN MEDICINE

14 апрель 2023 года,
г.Ташкент

терапии (1 группа) и дополнительно получавших препарат Гепотек концентрат в дозе 10,0 мл в зависимости от степени выраженности ПЭ в течение 10 дней (2 группа). Группы больных были идентичные по возрасту и полу, площадью глубокого ожога.

У всех больных мы изучали уровень билирубина, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, мочевины, аммиака, протромбиновый индекс и время. Все исследования проводились в стадии острой ожоговой токсемии и септикотоксемии.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что нарушение функции печени в основном возникали (45,5%) в стадии токсемии и септикотоксемии. Нарушение функции ЦНС у 87,9% пострадавших выражались в виде сонливости, вялости, снижения аппетита, астенизации и безучастности. У 75,8% больных нарушения функции ЦНС проявлялись психомоторным возбуждением, бредом, галлюцинациями, астериксис ("хлопающий тремор"), клонус стоп, нарушение тест связи числ (тест Рейтана) и др. Явления токсического гепатита наблюдались у 27 (54%) обследованных. Они проявлялись увеличением печени, проявлением желтушности, рвотой, снижением показателя протромбинового индекса, гипербилирубинемией, и повышением уровня АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, мочевины и аммиака.

Такие признаки токсической энцефалопатии, как бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение под воздействием традиционной терапии ликвидировались. Остальные признаки нарушения функции ЦНС вялость, астенизация, сонливость, раздражительность, астериксис (клонус стоп), наблюдались в контрольной группе у 75,6% обследованных, а в группе с применением Гепотек (L-орнитин L-аспарат) токсический гепатит протекал компенсированно, печеночная недостаточность была выражена незначительно.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения препарата Гепотек в лечение больных с глубокими обширными ожогами с осложненной печеночной энцефалопатией. При назначении препарата Гепотек мы не наблюдали побочных или нежелательных эффектов, что свидетельствует о безопасности этого препарата.

Выводы. Включение в комплексную терапию Гепотек у больных с обширными глубокими ожогами способствует более компенсированному течению токсического гепатита. Снижается тяжесть печеночной недостаточности, степень функциональных нарушений, что выражается в улучшении клинико-биохимических показателей.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА

Бобожонов О.Х., Сахибоев Д.П.

Ташкентская медицинская академия

Цель: улучшить результатов лечения симптоматической артериальной гипертензии (АГ) надпочечникового генеза путем применением эндоваскулярных методов лечения.

Материал и методы: в работе проанализирован результатов лечения 100 больных с АГ оперированных во 2 – клинике ТМА. У этих больных гормональные исследования выявили гиперфункцию надпочечников. Всем больным было выполнено ультразвуковое сканирование почек, надпочечников, дуплексное сканирование брюшной аорты и почечных артерий, МСКТ надпочечников и по показанием произведены МСКТ – ангиография или брюшная аортография. В результате были исключены заболевания паренхимы почек и почечных артерий. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,2$ лет. У всех больных длительная гипотензивная терапия была неэффективна. Средние цифры АД составили: систолическое - $198 \pm 12,3$ мм рт

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛАТЕРАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Муртозаев Д.М., Сахиббоев Д.П., Алиджанов Х.К.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с двухсторонним атеросклеротическим поражением сонных артерий (СА) путем определения этапности и сроков каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 292 пациентов с билатеральным атеросклеротическим поражением СА, которым поэтапно выполнено 584 КЭАЭ в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии в 2007 - 2018 годах.

Больные разделены на контрольную и основную группы в зависимости от тактики хирургического лечения. Контрольная группа составила 87 (29,8 %) пациентов, которым поэтапно выполнено 174 каротидных реконструкций с обеих сторон. В основную группу вошли 205 (70,2 %) больных, которым с обеих сторон поэтапно выполнена КЭАЭ согласно тактике выбора наиболее пораженного каротидного бассейна и оптимизации сроков между операциями. Возраст пациентов колебался от 41 до 86 лет. В контрольной группе средний возраст составил $59 \pm 4,2$, в основной $61 \pm 3,6$ лет т ($p < 0,005$). В обеих группах преобладали мужчины, что составило 62 (71,2%) для контрольной и 144 (70,2%) для основной группы. Таким образом, пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу.

В обеих группах больные считались пациентами с повышенным операционным и анестезиологическим риском в виду наличия сопутствующих и фоновых заболеваний. Так 235 (80,4%) больных обеих групп имели гипертоническую болезнь, 201 (68,8%) ишемическую болезнь сердца и 145 (49,6%) сахарный диабет. Как в контрольной, так и в основной группе преобладали пациенты с перенесенным ишемическим инсультом 50 (57,4%) и 123 (60%) соответственно. Всем пациентам выполнялись стандартные методы исследования: дуплексное сканирование (ДС), мультислайсная компьютерная томографическая ангиография (МСКТА), компьютерная томография (КТ) головного мозга (ГМ), а также осмотр невролога с определением неврологического статуса.

Результаты. В обеих группах виды каротидных реконструкций были сопоставимы. Так предпочтение отдавалось каротидной эндартерэктомии по классической методике с наложением аутовенозной заплаты, в виду наличия протяженного поражения сонных артерий, что было зафиксировано в 129 (74,1%) и 283 (69,0%) больных контрольной и основной группы соответственно. Различия в ведении пациентов обеих групп составили: определение тактики хирургического лечения, выбора наиболее пораженного каротидного бассейна для выполнения КЭАЭ в первую очередь, определение показаний к использованию временного шунта, анестезиологического пособия, а также предложения оптимальных сроков для КЭАЭ на противоположной стороне.

Пациенты контрольной группы. 87 пациентам выполнено 174 КЭАЭ. При определении стороны, подлежащей каротидной реконструкции в первую очередь, КЭАЭ выполнялась в каротидном бассейне, где произошел ишемический эпизод у пациентов с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) и/или ИИ, вне зависимости от степени стеноза на противоположной стороне 50 (57,4%). Пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией и асимптомные больные первым этапом перенесли каротидную эндартерэктомию на стороне с большей степенью стенозирования 37 (42,6%). Сроки выполнения каротидной реконструкции на противоположной стороне варьировали от 2 недель до 5 лет, что в среднем составило 8,5 месяца по отношению к количеству пациентов.

Общее количество осложнений в контрольной группе пациентов составило 13 (7,4%) на количество выполненных операций. Структура осложнений представилась следующим образом: инсульт в оперированном бассейне – 6 (3,4%), из них 2 (1,1%) летальных исхода; тромбоз в раннем послеоперационном периоде – 2 (1,1%); гематома послеоперационной раны – 1 (0,57%), острый инфаркт миокарда 1 (0,57%), синдром гиперперфузии (в виду неконтролируемой артериальной гипертензии после второго этапа каротидной реконструкции) – 1 (0,57%) осложнившийся геморрагическим инсультом и завершившийся летальным исходом. Общая летальность составила 3 (1,7%) на количество выполненных операций. Таких осложнений как двухсторонний инсульт, нагноение послеоперационной раны не наблюдалось. Пациенты основной группы составили 205 больных, которым выполнено 410 каротидных реконструкций. Для выявления стороны первостепенной важности применялся дифференцированный подход с определением выраженности поражения правого и левого каротидного бассейна. Определялся суммарный стеноз сонных артерий, объемный кровоток в экстра- и интракраниальных артериях ГМ с учетом его адаптированного перераспределения и толерантности ГМ к ишемии. Учитывалась структура, поверхность и протяженность атеросклеротической бляшки по данным ДС и МСКТА. У больных, перенесших ИИ, уделяли внимание давности ишемического эпизода, выраженности и скорости регресса неврологического дефицита. Изучалось анатомическое строение Виллизиева круга и выраженность поражения сифона ВСА. Все вышеуказанные параметры учитывались для каждого каротидного бассейна как один из равных факторов, посредством чего для каротидной реконструкции выбирали наиболее пораженный каротидный бассейн. Сроки выполнения каротидной реконструкции на противоположной стороне варьировали от 45 дней до 6 месяцев, при этом наиболее лучший неврологический эффект достигался при соблюдении интервала от 2 до 3 месяцев между КЭАЭ. 115 (56,0%) пациентам основной группы использовали внутриартериальный временный шунт. Показанием к применению шунта явились двухсторонний критический стеноз СА, перенесенный ишемический инсульт или ТИА, а также низкая толерантность головного мозга к ишемии. При этом среднее время пережатия сонных артерий составило 6 ± 2 мин. Для определения толерантности ГМ к ишемии, применялся метод пробного пережатия общей и наружной сонной артерии с оценкой неврологического статуса, у больных оперируемых под регионарной анестезией 218 (53,2%).

Общее количество осложнений в основной группе пациентов составило 16 (3,9%) на количество операций. Структура осложнений представлена следующим образом: инсульт в оперированном бассейне – 7 (1,7%), из них 2 (0,5%) летальных исхода, что связано с критически низкой толерантностью головного мозга к ишемии; тромбоз в раннем послеоперационном периоде – 3 (0,7%) не ставший причиной ИИ, в связи с выполнением тромбэктомии и восстановлением кровотока; гематома послеоперационной раны – 3 (0,7%); нагноение послеоперационной раны – 1 (0,2%); синдром гиперперфузии – 1 (0,2%); интраоперационный острый инфаркт миокарда – 1 (0,2%), так же послуживший причиной летального исхода. Общая летальность в основной группе составила 3 (0,7%), на количество выполненных операций.

Таким образом, оптимизированная тактика позволила значительно повысить клинический эффект операции, что проявилось быстрым регрессом неврологического дефицита по сравнению с пациентами первой группы и снизить количество фатальных осложнений.

Выводы: 1. Пациенты с двухсторонним атеросклеротическим поражением СА составляют группу с повышенным риском периоперационной летальности, в связи с этим требуется индивидуальный и дифференцированный подход, определяющий выраженность поражения каротидного бассейна для определения этапности проведения операций. 2. По нашим данным оптимальные сроки выполнения каротидной реконструкции на контралатеральной стороне составляют от 2 до 3 меся-

Таким образом показано, что алкалоид протопин обладает выраженным релаксантным действием, в основе которого лежит его способность модифицировать свойства потенциалзависимых и рецептор-управляемых Ca –каналов ГМК воротной вены.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Исмаилов М.У., Пулатбекова С.У.

Ташкентская медицинская академия

Первостепенной задачей при механической желтухе является ранняя декомпрессия желчевыводящих путей, учитывая тяжесть патологии, желательны малоинвазивными способами.

Целью нашего исследования явилось изучить результаты декомпрессии желчевыводящих путей трансдуоденальными эндоскопическими способами при механической желтухе различной этиологии.

Материал и методы. Материалом исследования явилось результаты трансдуоденальных эндоскопических дренирующих вмешательств на желчных путях у 72 пациентов с механической желтухой желчнокаменной этиологии в возрасте от 26 до 84 лет. Среди них мужчин 27 и женщин 45. На момент поступления уровень общего билирубина у пациентов колебался от 36 до 522 мкмоль/л в среднем – $121,7 \pm 12,5$ мкмоль/л.

Результаты и их обсуждения. Всем больным помимо инфузионной, детоксикационной, спазмолитической, антибактериальной, гепатопротекционной терапии провели трансдуоденальную эндоскопическую декомпрессию желчевыводящих путей.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена 66 больным, из них 64 (88,9%) пациентам произведена ЭПСТ с литоэкстракцией, у 2 (2,8%) – из-за больших камней литоэкстракция не удалось. Им произведены открытые оперативные вмешательства. В 6 (8,3%) пациентам с холедохолитиазом, в связи с проблемами в фатеровом сосочке, произведены супрапапиллярная сфинктеротомия с литоэкстракцией.

После ЭПСТ у 6 (8,3%) больных наблюдался острый панкреатит, кровотечение из рассеченной папиллы - у 5 (6,9%). Во всех случаях осложнения после трансдуоденальных эндоскопических дренирующих вмешательств на желчных путях ликвидированы консервативными мероприятиями.

Таким образом, применение трансдуоденальных эндоскопических декомпрессий желчевыводящих путей при механической желтухе, на наш взгляд, оправдано в различных ситуациях блока наружных желчных путей. Такая методика дренирования могут безопасно применяться при желчнокаменной этиологии механической желтухи как основной и окончательной метод коррекции данной патологии.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Муртозаев Д.М., Сахибоев Д.П.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: определить возможности и изучить технические особенности выполнения видеоэндоскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников.

Материалы и методы. Наш опыт видеоэндоскопической адреналэктомии (АЭ) при доброкачественных опухолях надпочечников с июня 2009 года по декабрь 2016 года во

2-клинике ТМА составляет 108 оперативных вмешательств. Из них 97 операций были выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа (БТД), 2 - переднего трансабдоминального и 9 – из заднего ретроперитонеального доступа (РД). Из 108 операций у 57 (47,2%) больных операция выполнена справа, а у 51 – слева. У 5 больных симультанно выполнены ЛХЭ, у 2 - фенестерация кист печени, у одного – лапароскопическая герниопластика. Среди больных было 43 (39,8%) мужчин в возрасте от 16 до 64 лет и 65 (60,2%) женщин в возрасте от 18 до 70 лет. По морфологическому характеру опухоли больные были распределены следующим образом: аденома смешанного строения – 54, альдостерома – 20, феохромоцитома – 8, узелковая гиперплазия коры надпочечника – 7, киста надпочечника – 12, параганглиома – 2 и аденома коры надпочечника с малигнизацией выявлено у 5 больных.

Результаты. Размеры образований варьировали от 18 мм до 120 мм (в среднем 48 ± 11 мм). Средняя длительность операций при правосторонней АЭ посредством БТД составила 82 ± 17 минут, а при левосторонней – 97 ± 15 минут. Средняя длительность при правосторонней АЭ посредством РД составила 75 ± 16 мин, а при левосторонней – 72 ± 12 мин. При размерах опухоли до 10 см во всех случаях операция завершена без конверсий. При опухолях размерами от 8 до 10 см операция дополнялась “hand-assist”. Средняя кровопотеря во время операции была 67 ± 27 мл. Среди наших пациентов не было летальных исходов. Частота осложнений составила 2,77% (у 3 больных). Средняя продолжительность послеоперационного периода составило $4,3 \pm 0,6$ дней. Активизация больных, энтеральное питание, пациенты начинали на следующей день после операции. Применения наркотических анальгетиков не требовалось.

Выводы: Видеоэндоскопическая адреналэктомия при доброкачественных опухолях надпочечников размером до 100 мм выполнима, эффективна и достаточно безопасна. При опухолях размерами до 6 см считаем эффективным адреналэктомию посредством РД (повреждения внутренних органов минимальны). Адреналэктомию, при опухолях от 6 до 8 см эффективнее выполнять посредством БТД. При размерах опухоли от 8 до 10 см предлагаем методику лапароскопической адреналэктомии с “hand-assist”. При размерах опухоли надпочечника больше 10 см, на наш взгляд, целесообразна традиционная адреналэктомия. В то же время выбор операционного доступа зависит от опыта хирурга, уровня аппаратного обеспечения и качеством предоперационной топической диагностики.

ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАКРЫТЫМИ ТОРАКО - АБДОМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ

Махмудов Н.И., Эшонкулов Ч.И., Эгамбердиев Т.Э.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицины

В настоящее время диагностика и хирургическое лечение больных с сочетанной закрытой травмой груди и живота представляет собой довольно сложную и окончательно не разрешенную проблему. Изолированные повреждения внутренних органов встречаются в 5,1% случаев, а множественные и сочетанные травмы - в 20,4%. При этом тяжелые внутригрудные и внутрибрюшные повреждения в результате, например, дорожно-транспортных происшествий наблюдаются у 35-40% пострадавших. Летальность при сочетанной травме достигает 40–65%. При сочетанной травме (политравме) закрытая травма грудной клетки встречается у 85% пострадавших, сопровождается переломами ребер у 92% пострадавших, из них у 65% - множественными переломами. Используются клинические, рентгенологические методы исследования, включая рентген-исследование в динамике. Используются также диагностическая лапароскопия, лапароцентез и торакоцентез в общем ком-

датдаги ҳомиладорликда 2 дан ортиқ кесар кесиш амалга оширилганлиги; шо-шилинч кўрсатма билан биринчи кесар кесишни амалга ошириш; анамнезда сурункали эндометрит. Олдинги КК дан кейинги бачадонда чандиқ ва йўлдош олдинда ётиши бўлган беморларда йўлдош ўсиб кириши хавфи 2,6 баробар ортаганлиги аниқланди (ишончли интервал 95%). Йўлдош ўсиб киришининг энг муҳим ультратовуш белгилари: гипозхоген ретроплацентар соҳанинг йўқлиги, бачадондаги чандиқ соҳасининг васкуляризация индекси 50% дан ортиқлиги аниқланди; Допплерометрияга кўра, бачадон артерияларида периферик қаршилиқнинг пайиши, томирлардаги пульсация индексининг паст қийматлари акс этди (0,66); васкуляризация индексининг 50 % дан кам кузатилди. Ҳомиладорлик давридаги асоратлар 18-20 ҳафта ва 28-34 ҳафталарда ҳомила тушиш хавфининг (77%) ва анемиянинг ўрта ва оғир даражалари (79 %) эди; Қон йўқотишнинг умумий ҳажми бевосита йўлдошнинг инвазив чуқурлигига боғлиқ. Инновацион хирургик техника - метропластика билан плацентани устки қирраси бўйлаб кўндаланг кесма билан КК - 16,7%, бачадон тубидан кесар кесиш - 48,8%, метропластикасиз плацентани устки қирраси бўйлаб кўндаланг кесма билан КК - 37,5% , ушбу беморларда қон йўқотиш ҳажмини 1,4-1,9баробар камайтирди, гистерэктомиyani камайтириш ва аёлнинг репродуктив функциясини сақлаб қолиш имконини берди. Ҳомиладорликнинг 1 триместрида хавф гуруҳларини шакллантиришда йўлдош олдинда ётиши ва йўлдошнинг ўсиб кириши хавфини оширадиган омиллар: бачадонда чандиқ борлигини ва ультратовуш текшируви пайтида аниқланган хорион олдинда ётиши мавжудлигини ўз ичига олиши керак.

Хулоса. Йўлдошнинг чандиққа ўсиб кириши бўлган ҳомиладор аёлларни бошқариш алгоритми акушер-гинекологлар ва ультратовуш диагностикаси бўйича мутахассисларнинг тематик ва сертификатлаш бўйича ўқув дастурларининг ўқув ва тематик режаларига киритилиши керак. Йўлдошнинг чандиққа ўсиб киришини янада тўғри ташхислаш учун МРТ текшируви ҳисобланади.

НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Рахматуллаев Ф.Д., Сахиббоев Д.П.

Ташкентская медицинская академия

Цели исследования: в сравнительном аспекте провести оценку применения различных методов хирургического лечения доброкачественных опухолей надпочечников.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 240 больных с опухолями надпочечников, получавших лечение во 2-клинике ТМА с 2000 по 2016 годы. Из них 153 больных имели артериальную гипертензию различной степени, 36 больных - различные нейромышечные симптомы. У 51 больного опухоли выявлены при профилактическом обследовании, т.е., в 21,25% случаев была диагностирована «инциденталомы». Размеры новообразований колебались от 5 мм до 14 см. Пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 80 больных, перенесших традиционную адреналэктомию (ТАЭ) за период с 2000 года по сегодняшний период. Все больные оперированы тораколюмботомическим доступом. Во второй группе были 52 больных, которым выполнены рентгенэндоваскулярные вмешательства. В этой группе размеры опухоли были до 2 см, за тот же период, указанный выше. В третью группу вошли 108 пациентов, перенесших видеоэндоскопическую адреналэктомию (ВЭАЭ), выполненных боковым и прямым трансабдоминальным, а также ретроперитонеальным доступами, за период с 2009 года по настоящий период.

Группы по возрасту, полу, уровню и длительности артериальной гипертензии, сопутствующей патологии, локализации, морфологической форме опухоли были

сопоставимы. Топическая диагностика новообразований надпочечников осуществлялась с использованием лабораторных данных, МСКТ и УЗИ. Результаты лечения по гипотензивному эффекту оценивали по классификации ВОЗ.

Результаты исследования. Как правило, ТАЭ выполнялась при опухолях размерами от 2 см и больше. При меньших размерах опухоли выполнялась РЭВ. Интраоперационная кровопотеря при ТАЭ составила в среднем $350 \pm 25,3$ мл. Интраоперационных осложнений не было. После выполнении ТАЭ осложнения развились в 12 (15%) случаях. Летальный исход развился в 1 случае на 36 сутки из-за полиорганной недостаточности. Среднее пребывание пациентов после ТАЭ составило $22,4 \pm 3,8$ койко-дня, трудоспособность восстановилась в среднем на $65,4 \pm 2,2$ день.

При выполнении ВЭАЭ размеры образований варьировали от 1 см до 10 см. Средняя длительность операций при правосторонней адреналэктомии составила 82 ± 17 минут, а при левосторонней адреналэктомии - 91 ± 15 минут. Средняя кровопотеря во время операции была 67 ± 12 мл. При ретроперитонеоскопической адреналэктомии средняя длительность операции справа составила 75 ± 16 мин, а при левосторонней - 72 ± 12 мин. При опухолях размерами от 8 до 10 см лапароскопическая адреналэктомия дополнялась "hand-assist". Летальных исходов после ВЭАЭ не было. Осложнения развились в 3 случаях: 2 интраоперационных и 1 в послеоперационном периоде. Среднее пребывание пациентов после ВЭАЭ составило $3,3 \pm 0,3$ койко-дня, сроки восстановления трудоспособности - в среднем на $15,4 \pm 2,2$ день.

По вышеуказанным критериям эндоваскулярный метод лечения не уступил ВЭАЭ, но это метод был эффективен, когда размеры новообразований надпочечников были до 1 см. Так в раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) по артериальной гипертензии хороший результат по группам получен в 76%, 73% и 75% случаев соответственно, удовлетворительный - в 11%, 10% и 11%, а неудовлетворительный - в 13%, 17% и 14% соответственно. В отдаленном периоде от 2 до 10 лет хороший результат отмечен соответственно у 88%, 54% и 90% больных, удовлетворительный - у 12%, 13% и 10%, неудовлетворительный отмечен лишь во второй группе у 33%.

Выводы: Таким образом, при хирургическом лечении опухолей надпочечников использование ВЭАЭ при размерах опухоли от 1 до 10 см снижает частоту развития осложнений, уменьшает кровопотерю во время операции, уменьшает выраженность болевого синдрома после операции, позволяет добиться хорошего косметического эффекта, способствует сокращению сроков пребывания больных в стационаре, ускоряет их реабилитацию. Полученные нами результаты эндоваскулярных вмешательств позволяют рекомендовать их лишь при размерах новообразования до 1 см. При размерах опухоли надпочечника больше 10 см целесообразно, выполнять традиционную адреналэктомию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПОТЕКА - ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Пулатова М.Т., Авазов А.А.

**Самаркандский государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Печеночная энцефалопатия (ПЭ) представляет собой комплекс потенциально обратимых нервно-психических нарушений возникающих как следствие острой или хронической печеночной недостаточности и/или портосистемного шунтирования крови (Э.И. Мусабаев с соавт., 2012). Энцефалопатия при ожоговой болезни встречаемой 30-45% случаев постшоковом периоде (А.А. Алексеев с соавт., 2014).

Цель работы. Изучить влияние нарушение функции печени у обожженных на возникновение печеночной энцефалопатии.

Определение активности каталазы сыворотки крови наряду с исследованием функционального состояния печени дало возможность установить, что активность каталазы чаще и больше снижена у больных нарушением функции печени. Имеется прямая зависимость между функцией печени и индексом каталазы.

Выводы. Снижение активности каталазы при ожоговой болезни, вероятно, связано с возникающими у них изменениями в печени, при которых возможно инактивация каталазы печеночными клетками

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н. С., Сайдалиев С.С.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

Острая спаечная болезнь органов брюшной полости - одно из наиболее тяжёлых и распространённых хирургических заболеваний детского возраста, возникающее в различные сроки после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, продолжает оставаться актуальной проблемой в детской хирургии.

В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 5 лет находились на лечении 117 больных со спаечной болезнью органов брюшной полости в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек было 44, мальчиков - 73. Всем детям со спаечной болезнью органов брюшной полости ранее были произведены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, кишечной инвагинации, перитонита, повреждений органов брюшной полости). У большинства больных при поступлении были выявлены жалобы, характерные для кишечной непроходимости: приступообразные боли в животе, многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов. Диагностический алгоритм включал в себя клиническое исследование, обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ.

38 больным при спаечной кишечной непроходимости проведена традиционная лапаротомия. Но наиболее эффективным явилось применение лапароскопии при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у 17 больных. Необходимо особо отметить, что ни у одного больного не проводилась никакая-либо декомпрессия тонкой кишки и довольно быстро (1-3дня) восстанавливался пассаж по желудочно-кишечному тракту. Минимальная травма передней брюшной стенки и органов брюшной полости способствовала более гладкому течению послеоперационного периода. Болевой синдром был не выражен у всех больных и легко купировался введением ненаркотических анальгетиков. В связи с более гладким течением послеоперационного периода значительно сократились и сроки пребывания больных в стационаре.

Таким образом лапароскопический адгезиолизис является безопасным, щадящим и высокоэффективным методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей во всех возрастных группах.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА

Сахибоев Д.П., Муртозаев Д.М.

Ташкентская медицинская академия

Цель: улучшить результатов лечения артериальной гипертензии надпочечникового генеза путем применением рентгеноэндоваскулярных методов лечения.

Материалы и методы: в работе анализирован результатов лечения 158 больных АГ оперированных за последние 5 лет. У этих больных гормональные исследования выявили гиперфункцию надпочечников. Всем больным было выполнено ультразвуковое сканирование почек, надпочечников, дуплексное сканирование брюшной аорты и почечных артерий, МСКТ надпочечников и по показанием произведены МСКТ – ангиография или брюшная аортография. В результате были исключены заболевания паренхимы почек и почечных артерий. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,2$ лет. У всех больных длительная гипотензивная терапия была неэффективна. Средние цифры АД составили: систолическое - $198 \pm 12,3$ мм рт ст и диастолическое $113 \pm 9,4$ мм рт ст. Больные разделены на две группы: 66 больным выполнена лапароскопическая адреналэктомия, при которой показанием к операции явились гормонально-активные опухоли размерами от 3 до 8 см, 92 больным рентгенэндоваскулярная деструкция надпочечника, при этом показанием к операции явилось опухоли до 2 см.

Результаты: I группе у 64(96,9%) больных отмечался гладкий послеоперационный период. Частота осложнений составила 4,1% (у 2 больных). В одном случае во время правосторонней адреналэктомии наблюдалось кровотечение из центральной вены надпочечника в связи с чем, потребовалась конверсия и успешно произведена открытая адреналэктомия. В другом случае в конце вмешательства отмечено ранение селезенки, остановить кровотечение лапароскопически не удалось, в связи, с чем была произведена лапароскопическая спленэктомия. У 55 (83,3%) больных артериальное давление нормализовалось, у 11(16,7%) больных оно значительно снизилось. Больные наблюдались в течении 5 лет, у 5 (7,5%) больных в течении 1 года отмечен рецидив гипертензии, а у 1(2,05%) АД было рефрактерно к медикаментозному лечению. У остальных больных сохранился гипотензивный эффект.

Во II группе у 91(98,9%) больного отмечена гладкий после операционный период, у одного больного в послеоперационном периоде диагностировано кровотечение в забрюшинное пространство в результате разрыва центральной вены левого надпочечника.

У 72(78,3%) больных II группы АД нормализовалось, у 20(21,7%) больных оно значительно снизилось и стало контролируемым. В период пятилетнего наблюдения, рецидив артериальной гипертензии отмечен у 21(22,8%) больного, 2(2,1%) больных перенесли инсульт и у 6(6,5%) больных развилась ХПН. У остальных больных сохранился гипотензивный эффект.

Выводы: сравнение показало, что в сроки до пяти лет положительные результаты после рентгенохирургической деструкции надпочечника и после лапароскопической адреналэктомии практически идентичны. Применение рентгеноэндоваскулярных оперативных вмешательств у больных с тяжелым и злокачественным течением АГ надпочечникового генеза при опухолях менее 2 см, рефрактерной или слабо поддающейся консервативной терапии, являются обоснованным.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ОЖЕРЕНИЕМ

Солиева Х.А., Абдуллаева Л.М.

23- Семейная поликлиника

Актуальность: Среди экстрагенитальных видов патологии в акушерской практике немаловажное значение придается ожирению у беременных. Частота акушерских и перинатальных осложнений и удельный вес данной патологии продолжают оставаться на высоком уровне. Установлено, что у женщин с ожирением II и особенно III степени часто встречаются такие заболевания, как вегетососудистая дистония по гипертони-

ведущими хирургическими центрами. По данным рандомизированного контролируемого исследования, о котором сообщил, частота рецидивов через 10 лет составила 67% в группе пластики швами по сравнению с 32% в группе пластики сеткой. Иначе говоря, при оценке эффективности разработанного алгоритма мероприятий по снижению послеоперационных осложнений немаловажное значение имеет отдаленный период, когда в ряде случаев новая разработка может привести к неожиданным результатам и последствиям.

Материалы и методы. В исследование включено 448 пациентов с обширными и гигантскими ПОВГ, находящихся на лечении в хирургическом отделении 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2012 по 2021 гг., которые были условно разделены на две группы: в основную группу включено 128 больных, оперированных в период с 2020 по 2021 гг, в группу сравнения - 320 пациентов, оперированных с 2012 по 2019 год включительно.

Обсуждение. Для оценки клинических результатов применения предложенных тактико-технических аспектов проведено исследование в двух группах. Отдаленный результат прослежен у 316 пациентов группы сравнения и 127 пациентов основной группы (исключены 4 летальных случая в группе сравнения и 1 летальный случай в основной группе).

Анализ сравнительной частоты отдаленных раневых осложнений в зависимости от размеров грыжи показал, что в группе сравнения чаще отмечено сморщивание протеза – 3,5% при обширных и 4,0% при гигантских грыжах, тогда как в основной группе при обширных грыжах сморщивания протеза не отмечено ни в одном случае, а при гигантских грыжах встретилось лишь в 1 (1,3%) случае. Аналогичная ситуация с частотой кожно-протезных свищей: в группе сравнения 3,5% при обширных грыжах и 5,5% при гигантских, тогда как в основной группе 2,0% при обширных и 2,6% при гигантских грыжах. Отрыв же протеза с образованием постпротезной грыжи отмечен только в группе сравнения: 3(2,6%) случая при обширных и 7(3,5%) при гигантских грыжах.

Выявлено достоверное различие при пластике рецидивных грыж в виде уменьшения отдаленных осложнений с 16,1% до 4,5% ($\chi^2=5,781$; Df=1; $p=0,017$). А также в целом по группам можно констатировать достоверное различие ($\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,005$): количество всех отдаленных осложнений составило в группе сравнения 37 (11,7%), в основной группе 4 (3,1%).

Вывод. Внедрение усовершенствованной методики ненатяжной протезной пластики ПОВГ в совокупности с применением предложенного варианта профилактики развития раневых осложнений позволило снизить частоту отдаленных осложнений с 11,7% (у 37 из 316 пациентов в группе сравнения) до 3,1% (у 4 из 127 пациентов в основной группе; $\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,005$), в том числе сморщивание протеза с 3,8% (у 12 больных) до 0,8% (у 1 пациента), формирование кожно-протезных свищей с 4,7% (15) до 2,4% (3), а также нивелировать риск отрыва протеза с образованием парапротезной грыжи (с 3,2% (10) до 0%).

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТАРР) ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

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

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на то, что 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

Содержание

<i>I. JARROHLIKNING DOLZARB MUAMMOLARI VA RIVOJLANISH ISTIQBOLLARI</i>	3
<i>Абилов С.Б., Нормаматов Б.П. СИНДРОМ ГЕПАТОПАТИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ</i>	3
<i>Абдуазизова Н.Х, Алиева К.К., Ташпулатова М.М., Абдураззокова Д.С. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</i>	3
<i>Аллазаров У.А., Исмаилов У.С., Мадатов К.А., Акбаров М.М. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ</i>	4
<i>Абдумавлонов М.А., Фозилов Ш.Ш. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ</i>	5
<i>Абилов С.Б., Нормаматов Б.П. СИНДРОМ ГЕПАТОПАТИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ</i>	6
<i>Абдуазизова Н.Х, Алиева К.К., Ташпулатова М.М., Абдураззокова Д.С. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</i>	7
<i>Абдиназарова И.С., Атаханова Н.Э, Турсунова Н.И. БАЧАДОН ТАНАСИ САРАТОНИДА ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ</i>	8
<i>Абдуганиева М.З., Хурсанов Ё.Э. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА</i>	9
<i>Ачилова Г.Т, Кариев Г.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	9
<i>Ачилова Г.Т, Кариев Г.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	10
<i>Аббосова С.Р., Умедов Х.А. РОЛЬ И МЕСТО ГЕПОТЕКА - ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ОБОЖЖЕННЫХ</i>	11
<i>Бобожонов О.Х., Сахубоев Д.П. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА</i>	12
<i>Боймуродов Ш.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТОД СУКАЧЕВА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</i>	13
<i>Гаффаров Ё.Н., Хурсанов Ё.Э. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ</i>	14
<i>Джалалова Н.А., Азимова А.А., Атамухамедова Д.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С У БЕРЕМЕННЫХ</i>	15
<i>Зокирова Э.З., Умедов Х.А. ОЦЕНКА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ</i>	16
<i>Исмаилов У.С., Абдурахманов Ш.Ш., Акбаров М.М., Мадатов К.А. ДИАГНОСТИКА БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ</i>	16
<i>Исмаилов У.С., Шарапов А.Н., Мадатов К.А., Акбаров М.М. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА</i>	17
<i>Камилов Ж.Д., Бобоева З.Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ ПРИ РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	18
<i>Кураматов.Ш.Ю., Махмудов Н.И. ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА: К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ</i>	19
<i>Мизамов Ф.О., Файзуллаев О.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ</i>	21
<i>Муфтайдинова Ш.К., Муминова З.А., Абдуллажонова М.У. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ</i>	22
<i>Муртозаев Д.М., Сахубоев Д.П., Алиджанов Х.К. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛАТЕРАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ</i>	23

Матмуратов С.К., Исмаилов У.С., Мадатов К.А. ВЛИЯНИЕ АЛКАЛОИДА ПРОТОПИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	25
Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Исмаилов М.У., Пулатбекова С.У. ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ	26
Муртозаев Д.М., Сахибоев Д.П. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ	26
Махмудов Н.И., Эшонкулов Ч.И., Эгамбердиев.Т.Э. ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАКРЫТЫМИ ТОРАКО - АБДОМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ	27
Нумонова А.А., Шамсиев Ж.А. ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ	28
Норбобоева Т., Умедов Ф.А., Х.А. АКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	29
Норчаев Ж.А., Мамаджанова Д., Салиева М. ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР	30
Облокулов Ш.Ш. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ	31
Очилова У.Т. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЙУЛДОШ ЎСИБ КИРИШИДА КЕСАР КЕСИШ АМАЛИЁТИНИ ЎТКАЗИШ ТАХЛИЛИ	32
Рахматтуллаев Ф.Д., Сахибоев Д.П. НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ	33
Пулатова М.Т., Авазов А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПОТЕКА - ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ	34
Салиева Х.М., Рахмонова Г.Э. УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРИШ УСУЛИ ЁРДАМИДА ЧАНОК – СОН БЎҒИМИ ДИСПЛАЗИЯСИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ	35
Саттаркулова М.Ш., Авазов А.А. ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ	36
Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н. С., Сайдалиев С.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ	37
Сахибоев Д.П., Муртозаев Д.М. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА	37
Солиева Х.А., Абдуллаева Л.М. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ОЖЕРЕНИЕМ	38
Сапаев Д.Ш., Якубов Ф.Р., Маткурбанов Н.О., Якубов Р.Ф. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ	39
Тухтаназарова Ш.И., Саидмуродов М.С., Зубайдов М.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ИНСТРУМЕНТАРИЯ ХИРУРГА	40
Тожиев И.М., Авазов А.А. ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА	41
Турсунова С.А., Саиджалилова Д.Д. ИНТЕНСИВНОСТЬ ТАЗОВОЙ БОЛИ И СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.	42
Усманов Б. С., Махмудов Н.И., Дадабаев Х.Р. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	43