



ISSN  
2187-7359



Академик  
Вахидов В.В.



[www.pubsurgery.uz](http://www.pubsurgery.uz)

# О'ЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

---

# ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

№3 (107)

---

2025

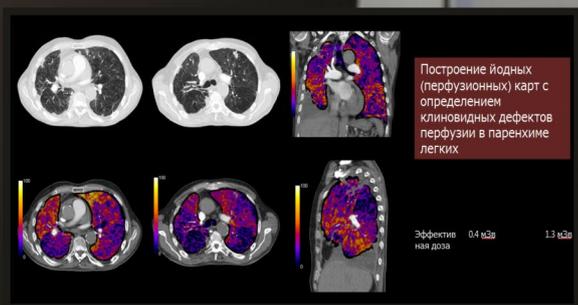


Akademik V.Vohidov  
nomidagi  
RESPUBLIKA  
IXTISOSLASHTIRILGAN  
XIRURGIYA  
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

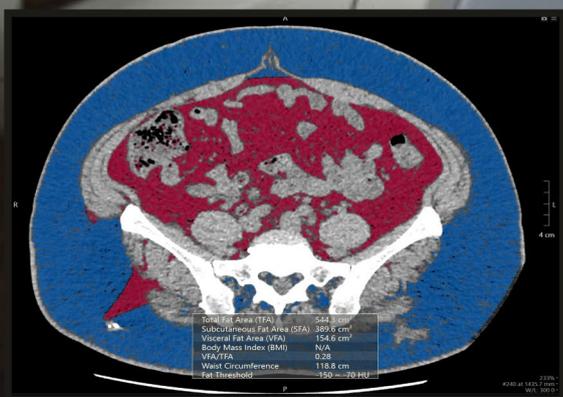
Мустакил давлатлар ҳамдустлиги,  
колаверса Марказий Осиё мамлакатлари  
орасида биринчи бўлиб бизнинг  
давлатимизда Тошиба компаниясининг  
«Aquillon one» Genesis модели  
охирги авлод компьютер томографи  
урнатилди.

Шунингдек булимимиз 1,5 Тесла МРТ билан  
жихозланган бўлиб унда барча кундалик  
текширишлар олиб борилади  
(бош ва орқа мия, корин бушлиги ва кичик  
чанок аъзолари, бугимлар ва умуртка  
погонаси текширувлари).

**TOSHIBA 640 кесимли**  
**Aquillon ONE GENESIS**



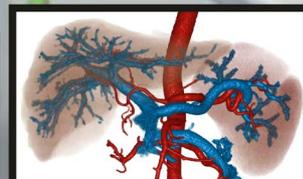
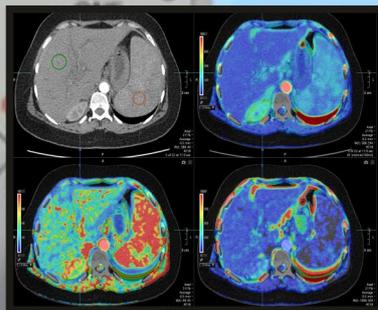
Упка артерияси тромбоемболиясида  
Dual-Energy ангиопульмонография  
имконияти.



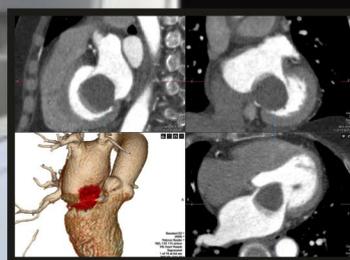
Семиришга мойил беморларда висцерал  
енгил миқдорий тахлили.



Вазни 8 кг булган  
беморларда  
текширув махсус  
фиксацияловчи  
гилоф ердамида  
наркозсиз  
утказилади.

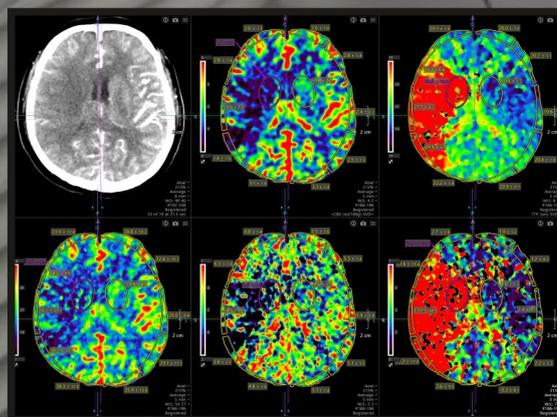


**МСКТ-ангиография**  
жигар циррози билан  
хасталанган беморнинг  
жигар перфузияси ва  
портокавал тизимининг МСКТ - ангиография  
натижалари.



**МСКТ-ангиография**  
Магистрал кон-  
томирлар ва юрак  
МСКТ - ангиография  
текшируви - чап  
булмача  
миксомасининг  
жойлашган

урни , улчамлари, усманинг диастола  
даврида чап коринчага силжиш  
даражасини аниқ курсатади.



**МСКТ - перфузия** Уткир мия кон  
айланишининг бузилиши илк белгиларини  
МСКТ - перфузия ердамида аниклаш.

Telefon: **+(99871) 277-27-60**

Dushanba-Shanba 8:30 - 15:00

Bizning manzil: O`zbekiston, Toshkent sh., Kichik  
xalqa yo`li ko`chasi, 10

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



## Ўзбекистон хирургияси

Илмий-амалий журнал  
1999 йилда ташкил этилган

## Хирургия Узбекистана

Научно-практический журнал  
Основан в 1999 году

*Главный редактор*

**Ф.Г. НАЗЫРОВ**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Акилов Х.А.  
Алиев М.М.  
Алимов А.В.  
Девятов А.В.

Зуфаров М.М.  
Икрамов А.И.  
Исмаилов С.И.  
Кариев Г.М.

Каримов Ш.И.  
Лигай Р.Е.  
Наврұзов С.Н.  
Низамходжаев З.М.

Собиров Д.М.  
Турсунов Б.З.  
Хаджибаев А.М.  
Шадманов А.К.  
Эшонходжаев О.Д.

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Акбаров М.М.  
Акилов Ф.А.  
Ахмедов Ю.М.  
Байбеков И.М.  
Баймаханов Б.Б.  
Бахритдинов Ф.Ш.  
Бокерия Л.А.  
Готье С.В.  
Давыдов М.И.  
Ирисметов М.Э.  
Назирова Л.А.

(Ташкент)  
(Ташкент)  
(Самарканд)  
(Ташкент)  
(Алматы)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Москва)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Ташкент)  
(Ташкент)

Порханов В.А.  
Рамазанов М.Е.  
Ревшвили А.Ш.  
Салимов Ш.Т.  
Стилиди И.С.  
Хакимов М.Ш.  
Ходжиев Д.Ш.  
Шамсиев А.М.  
Шарапов Н.У.  
Шевченко Ю.Л.  
Эргашев Б.Б.

(Краснодар)  
(Алматы)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Нукус)  
(Самарканд)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Ташкент)

Заведующий редакцией - Абдукаримов А.Д.

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
хирургии имени академика В.Вахидова»

**№3 (107) 2024**

**Журнал «Хирургия Узбекистана»**

Официальное рецензируемое издание ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова».

Освещает результаты научных исследований клинической и экспериментальной хирургии, инновационных технологий в медицине, вопросы медицинского образования и исторические аспекты медицины.

**Цель издания** - оценка и обобщение клинического опыта и научных изысканий в области клинической и теоретической медицины для улучшения качества лечения пациентов и повышения научной и практической квалификации врачей всех специальностей.

**Задачи издания:** 1) Внедрение в клиническую практику современных методов лечения; 2) Обеспечение врачей научно-практической информацией, отражающей лучшие отечественные и мировые тенденции развития медицины для улучшения качества лечения пациентов.

Издание предназначено для практикующих врачей, преподавателей и учащихся медицинских вузов. Журнал рекомендован ВАК Республики Узбекистан для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание учёной степени доктора медицинских наук.

**Контактные данные**

**Адрес редакции:** 100115, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10

**Сайт редакции:** [www.pubsurgery.uz](http://www.pubsurgery.uz)

**Эл. почта:** [pub.surgery.uz@gmail.com](mailto:pub.surgery.uz@gmail.com)

**Телефон:** +998 71 230 49 97

**Регистрационные данные**

International Standard Serial Number / Международный стандартный номер сериальных изданий

**ISSN 2181-7359**

Журнал перерегистрирован в Агентстве по печати

и информации Узбекистана 06 июня 2007г.

**(Регистрационный номер № 0280)**

**Банковские реквизиты**

Расчетный счет: 20212000603999363001

в Чиланзарском АКИБ Ипотека банке

ИНН 202897523, МФО 00997

ОКОНХ 87100, ОКЭД 58140

**МАТЕРИАЛЫ  
XXVIX РЕСПУБЛИКАНСКОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ  
«ВАХИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ - 2025»  
«ИННОВАЦИОННЫЕ  
ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ»**

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ  
КОНФЕРЕНЦИИ ВЫРАЖАЕТ  
ОСОБУЮ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ  
СПОНСОРАМ ЗА  
ОКАЗАННУЮ ПОМОЩЬ В  
ОРГАНИЗАЦИИ.**

## I. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Ahmad Shax Ashrafi, Lugaй P.E., Roy Hilzenrat, Цой А.О., Омонов P.P., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н.</i>	
<b>ОПЫТ МИНИИВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА .....</b>	<b>12</b>
<i>Abdullayev M.Kh., Rayimov G.N., Kosimov Sh.H., Dekhkonov Sh.Sh.</i>	
<b>FEATURES OF SURGICAL TREATMENT TACTICS FOR ACUTE COMPLICATED CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS .....</b>	<b>12</b>
<i>Абдуллажанов Б.Р., Кучкаров М.Ю.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ КОМПОЗИТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ ..</b>	<b>13</b>
<i>Абдурахманов Б.А., Жумагельдиева М.Н., Жумагулов К.Н., Рысбеков Т.Т., Пиладов Б.У., Рамазанов Ж.А., Адырбек Р.А.</i>	
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>14</b>
<i>Абдурахманов Б.А., Жумагельдиева М.Н., Жумагулов К.Н., Рысбеков Т.Т., Пиладов Б.У., Рамазанов Ж.А., Адырбек Р.А.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ .....</b>	<b>15</b>
<i>Akbarov M.M., Sultanov A.I.</i>	
<b>YENGIL O‘TKIR PANKREATITDA KOMPLEKS DAVOLASHDA KAM KUCHLI LAZER NURLANTIRISHNING SAMARADORLIGI: KLINIK TAJRIBA VA TAKTIK YONDASHUV .....</b>	<b>15</b>
<i>Ақбаров М.М., Миролимов М.М.</i>	
<b>ВИРСУНГ КАНАЛИ ТОШЛАРИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТАМОЗ ЧОК ПЛАСТИКАСИ УСУЛЛАРИНИ .....</b>	<b>16</b>
<i>Атаджанов Ш.К., Авезов А.М.</i>	
<b>РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА .....</b>	<b>16</b>
<i>Бобаев У.Н., Хакимов Д.М., Эгамбердиев Б.А.</i>	
<b>РЕЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ .....</b>	<b>17</b>
<i>Дехконов Ш.Ш., Абдуллаев М.Х., Райимов Г.Н.</i>	
<b>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ .....</b>	<b>18</b>
<i>Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Сиддиқов Х.Т.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ .....</b>	<b>18</b>
<i>Ибадов Р.А., Сиддиқов Х.Т., Ибрагимов С.Х.</i>	
<b>ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАКТАТ-КЛИРЕНСА И ДИУРЕЗА ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ .....</b>	<b>19</b>
<i>Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Омонов Ж.М.</i>	
<b>РОЛЬ УЛИНАСТАТИНА В ИСХОДАХ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ .....</b>	<b>19</b>
<i>Ирисов О.Т., Мадатов К.А., Гайбуллаев Т., З., Абдуллаев С.Ю.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ .....</b>	<b>20</b>
<i>Исламов А.А., Муминов Ш.М., Минаев Т.Р., Худайназаров Д.А.</i>	
<b>ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>20</b>
<i>Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х.</i>	
<b>РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА .....</b>	<b>21</b>
<i>Колоцей В.Н., Смотрин С.М.</i>	
<b>К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ .....</b>	<b>22</b>
<i>Лугай Р.Е., Ahmad Shax Ashrafi, Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Исқандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ .....</b>	<b>22</b>

<i>Лигаи Р.Е., Ahmad Shax Ashrafi, Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н. Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ .....</b>	<b>23</b>
<i>Лигаи Р.Е., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ .....</b>	<b>24</b>
<i>Мадатов К.А., Ирисов О.Т., Абдуллаев С.Ю., Гайбуллаев Т.З.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: МЕТА-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ И МИНИИНВАЗИВНЫХ ПОДХОДОВ .....</b>	<b>24</b>
<i>Матмуротов К.Ж., Атажонов Т.Ш., Нарметов А.Б.</i>	
<b>ПРОБЛЕМА ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ .....</b>	<b>25</b>
<i>Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Ибодуллаева М.У.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>26</b>
<i>Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Ибодуллаева М.У.</i>	
<b>МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>27</b>
<i>Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Ибодуллаева М.У.</i>	
<b>МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ – РЕЗУЛЬТАТЫ. ....</b>	<b>28</b>
<i>Матмуратов К.Ж., Ёркулов А.</i>	
<b>АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ХИРУРГИИ .....</b>	<b>29</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Мадрахимов Ш.Н., Авалбаев Ж.М., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА .....</b>	<b>29</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Юсупов Ю.Г.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ БУЖИРОВАНИЯ В РАНЕЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА .....</b>	<b>30</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д.</i>	
<b>К ВОПРОСУ ОЧЕРЕДНОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННЫМИ ПОСТОЖОГОВОМИ СТРИКТУРАМИ ГОРТАНИ, ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ....</b>	<b>31</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ШУНТИРУЮЩЕЙ ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА. ....</b>	<b>32</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДКА .....</b>	<b>33</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА .....</b>	<b>33</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАНЕЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДКА. ....</b>	<b>34</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.</i>	
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАНЕЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА. ....</b>	<b>35</b>

<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Юсупов Ю.Г.</i>	
<b>НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО ФАРНИГОКОЛОАНАСТОМОЗА ПРИ ШУНТИРУЮЩЕЙ ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА. ....</b>	<b>36</b>
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ БУЖИРОВАНИЯ В ПОЗДНЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА. ....</b>	<b>37</b>
<i>Оразалиев Г.Б., Базарбаев А.Г.</i>	
<b>ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 50 СЛУЧАЕВ (2016–2024 ГГ.) ....</b>	<b>38</b>
<i>Rayimov G.N., Kosimov Sh.H., Salokhiddinov N.A., Akbarov M.M.</i>	
<b>RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS .....</b>	<b>38</b>
<i>Rayimov G.N., Abdullaev M.Kh., Dekhkonov Sh.Sh., Akbarov M.M.</i>	
<b>THE ROLE OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF JAUNDICE .....</b>	<b>39</b>
<i>Райимов Г.Н., Дехконов Ш.Ш., Абдуллаев М.Х.</i>	
<b>НЕОТЛОЖНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ .....</b>	<b>40</b>
<i>Райимов Г.Н., Косимов Ш.Х.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ .....</b>	<b>41</b>
<i>Райимов Г.Н., Абдуллаев М.Х., Дехконов Ш.Ш.</i>	
<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА .....</b>	<b>41</b>
<i>Raimov G.N., Dekhkonov Sh.Sh., Kosimov Sh.Kh.</i>	
<b>TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS .....</b>	<b>42</b>
<i>Расулов Ж.Д., Альаханов Л.Б., Муродуллаев Ж.</i>	
<b>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОСТАЗА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД .....</b>	<b>43</b>
<i>Расулов Ж.Д., Альаханов Л.Б., Муродуллаев Ж.</i>	
<b>ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКРОТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОРЕБЕРНОГО ХРЯЩА И КОЖНОГО ЛОСКУТА .....</b>	<b>43</b>
<i>Расулов Ж.Д., Альаханов Л.Б., Муродуллаев Ж.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ .....</b>	<b>44</b>
<i>Расулов Ж.Д., Альаханов Л.Б., Муродуллаев Ж.</i>	
<b>ПОЗДНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ТРАВМАХ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>45</b>
<i>Садиков Р.А., Усмонов У.Д.</i>	
<b>ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО СПОСОБА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН НА МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ .....</b>	<b>45</b>
<i>Садиков Р.А., Усмонов У.Д.</i>	
<b>ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО СПОСОБА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН НА ДИНАМИКУ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА И ЗАЖИВЛЕНИЕ ....</b>	<b>46</b>
<i>Садиков Р.А., Усмонов У.Д.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН И МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ .....</b>	<b>47</b>
<i>Сайдалиев С.С., Косимов Ш.Х.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ .....</b>	<b>47</b>
<i>Салохитдинов Н.А., Райимов Г.Н.</i>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА .....</b>	<b>48</b>

<i>Смотрин С.М., Колоцей В.Н., Новицкая Э.Д.</i>	
<b>НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>48</b>
<i>Смотрин С.М., Колоцей В.Н., Новицкая Э.Д.</i>	
<b>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ОТКРЫТОГО МЕТОДА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ .....</b>	<b>49</b>
<i>Тагаев Ш.Б., Мехманов Ш.Р., Шарипов Ю.Ю., Хасанов Б.Г., Аиуров А.А.</i>	
<b>РОЛЬ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ .....</b>	<b>49</b>
<i>Тешаев О.Р., Хайитов И.Б., Бабажонов А.Б., Бобоназаров Ш.Б.</i>	
<b>СЛУЧАЙНЫЕ НАХОДКИ ЦИРРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ВО ВРЕМЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ .....</b>	<b>50</b>
<i>Хаджибайев Ф.А., Jo 'rayev J.N., G'ulomov F.Q.</i>	
<b>TALOQ SHIKASTLANISHLARIDA A'ZO SAQLOVCHI OPERATSIYALAR: ZAMONAVIY YONDASHUVLAR VA SAMARADORLIK TAHLILI. ....</b>	<b>50</b>
<i>Хайитов И.Б., Жаббаров Э.Н., Шужуров А.А., Бабажонов А.Б.</i>	
<b>АЛЬБЕНДАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>51</b>
<i>Хайитов И.Б., Жаббаров Э.Н., Шужуров А.А., Бабажонов А.Б.</i>	
<b>МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>52</b>
<i>Хайитов И.Б., Назаралиев Э.Д., Раматов И.К.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ .....</b>	<b>52</b>
<i>Шарипова В.Х., Юлдошева Ш.А., Усмонов Ш.А.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) БЛОКАДЫ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОТОМИЯХ .....</b>	<b>53</b>
<i>Sharipova V.X., Yuldosheva Sh.A., Fokin I.V., Akromova N.A.</i>	
<b>SHOSHILINCH LAPAROTOMIYA OPERATSIYALARIDAN KEYINGI ANLGEZIYADA TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) BLOKADA SAMARADORLIGIGA DEKSMEDETOMIDIN ADYUVANTINING TA'SIRI .....</b>	<b>54</b>
<i>Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Эгамов Б.Ю.</i>	
<b>КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ .....</b>	<b>54</b>
 <b>II. КАРДИОХИРУРГИЯ</b>	
<i>Абдуганиев Ш.А., Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Маматалиев Ф.А.</i>	
<b>ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....</b>	<b>56</b>
<i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Султонов О.С., Маширапов О.А., Маматалиев Ф.А.</i>	
<b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАЦИИ ДАВИДА ПРИ ОСТРОМ РАССЛОЕНИИ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ .....</b>	<b>56</b>
<i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Султонов О.С., Маширапов О.А.</i>	
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАРШРУТИЗАЦИИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АОРТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ .....</b>	<b>57</b>
<i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Маширапов О.А., Маматалиев Ф.А., Султонов О.С.</i>	
<b>ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ЯТРОГЕННЫХ РАССЛОЕНИЙ АОРТЫ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ .....</b>	<b>58</b>
<i>Абдурахманов А.А., Буранов Ш.У., Маматалиев Ф.А., Турсунов С.А., Обейд М.А., Ганиев У.</i>	
<b>ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АНАСТОМОЗОВ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ .....</b>	<b>58</b>
<i>Абдурахманов А.А., Маматалиев Ф.А., Маширапов О.А., Турсунов С.А., Буранов Ш.У.</i>	
<b>НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗЕ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ (ОЦЕНКА ДВУХ РАЗНЫХ МЕТОДИК) .....</b>	<b>59</b>
<i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Султонов О.С., Маширапов О.А., Маматалиев Ф.А.</i>	
<b>АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ .....</b>	<b>59</b>
<i>Абдусаламов М.Ю., Тураев Ф.Ф.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА .....</b>	<b>60</b>
<i>Абдусаламов М.Ю., Тураев Ф.Ф.</i>	
<b>КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 (ДАПАГЛИФЛОЗИНА) У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА .....</b>	<b>60</b>

<i>Алимов Д.А., Турсунов С.Б., Аскарлов И.Б., Алимов О.Д.</i>	
<b>ЧРЕСКОЖНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СТВОЛА ЛКА ПРИ ОКС: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ФАКТОРЫ РИСКА .....</b>	<b>61</b>
<i>Alimov D.A., Tursunov S.B., Askarov I.B., Alimov O.D.</i>	
<b>PROGNOSTIC VALUE OF THE SYNTAX II SCORE FOR SELECTING REVASCULARIZATION STRATEGY IN UNPROTECTED LEFT-MAIN CORONARY ARTERY LESIONS DURING ACUTE CORONARY SYNDROME ...</b>	<b>61</b>
<i>Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Джурсаева Н.М., Муртазаев С.С., Кенжаев Ф.Х., Хайдаров А.Э., Хидиров Д.Ф.</i>	
<b>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ .....</b>	<b>61</b>
<i>Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Ярбеков Р.Р., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Чернов Д.А., Кенжаев Ф.Х., Мирзаев Х.А.</i>	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ АУТОАРТЕРИАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИБС ГРУППЫ РИСКА .....</b>	<b>62</b>
<i>Ahmedov U., Khalikulov Kh, Yarbekov R, Chernov D., Murtazaev S., Mirzaev Kh.</i>	
<b>RESULTS OF USE OF NON-GLYCOSIC CARDIOTONIC AGENT AT PATIENTS WITH SEVERE LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION DURING CORONARY BYPASS OPERATIONS .....</b>	<b>63</b>
<i>Зуфаров М.М., Шерматов М.М.</i>	
<b>МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>63</b>
<i>Зуфаров М.М., Шерматов М.М.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>64</b>
<i>Магруппов Б.А., Абдурахманов А.А., Султанов О.С., Обейд М.А.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ .....</b>	<b>65</b>
<i>Maxmudov M.M., Muxammedova B.F., Tursunov X.M., Kuryazov R.S., Kazakov B.O.</i>	
<b>QAYTALANGAN VARESIDIY MIOKARD INFARKTI HOLATLARINING KLINIK VAREVASKULYARIZATSION XUSUSIYATLARI .....</b>	<b>65</b>
<i>Murtazaev S.S., Ismailov S.I., Khalikulov Kh.G., Khaydarov A.E., Mirzaev Kh.A.</i>	
<b>OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF THE GIANT ANEURYSM OF ASCENDING AORTA IN UZBEKISTAN .....</b>	<b>65</b>
<i>Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Халикулов Х.Г., Чернов Д.А.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ....</b>	<b>66</b>
<i>Стецурун О.В., Горбачев Е.В., Крачак Д.И., Островский А.Ю., Рубахов К.О.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КАРДИОПЛЕГИИ ПО DEL NIDO С ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ .....</b>	<b>67</b>
<i>Турсунов С.А., Абдурахманов А.А., Маматалиев Ф.А., Адилев Ш.Ш.</i>	
<b>МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ .....</b>	<b>67</b>
<i>Tursunov X.M., Maxmudov M.M., Muxammedova B.F., Kuryazov R.S., Kazakov B.O.</i>	
<b>O‘TKIR KORONAR SINDROMI (O‘KS) BO‘YICHA REVASKULYARIZATSION MUOLAJALAR: RSHTYOIM 2024 YIL TAJRIBASI .....</b>	<b>68</b>
<i>Халикулов Х.Г., Ярбеков Р.Р., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Хайдаров А.Э., Хидиров Д.Ф., Мирзаев Х.А.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ МОБИЛИЗАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ЛОСКУТНЫМ И СКЛЕТЕРОВАННЫМ МЕТОДАМИ. ....</b>	<b>68</b>
<i>Khalikulov Kh.G., Yarbekov R.R., Akhmedov U.B., Murtazaev S.S., Khaydarov A.E., Mirzaev Kh.A.</i>	
<b>USING OF BILATERAL INTERNAL THORACIC ARTERIES DURING CORONARY BYPASS GRAFTING IN SEVERE AORTIC LESIONS .....</b>	<b>69</b>
<i>Khalikulov Kh.G., Yarbekov R.R., Akhmedov U.B., Murtazaev S.S., Khaydarov A.E., Mirzaev Kh.A.</i>	
<b>DIRECT RESULTS OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS THROUGH MINISTERNOTOMY .....</b>	<b>69</b>
<i>Шарипова В.Х., Акрамова Н.А., Юлдошева Ш.А.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ .....</b>	<b>70</b>
<i>Шарипова В.Х., Акрамова Н.А., Юлдошева Ш.А.</i>	
<b>ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГЛУБОКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ .....</b>	<b>70</b>

<i>Yarbakov R.R., Khalikulov Kh., Murtazaev S., Khaydarov A., Mirzaev Kh., Chernov D.</i> EXPERIENCE OF SUCCESSFUL RE-OPERATION OF CORONARY BYPASS SURGERY ON A BEATING HEART THROUGH MINIMALLY THORACTOMY ACCESS .....	71
<i>Yarbakov R.R., Ismailov S.I., Khalikulov Kh., Murtazaev S., Khaydarov A., Mirzaev Kh., Chernov D.</i> USING OF HEARTSTRING SYSTEM DURING CORONARY BYPASS GRAFTING AT PATIENTS WITH SEVERE AORTIC LESIONS .....	71
<i>Yarbakov R., Khalikulov Kh., Ahmedov U., Murtazaev S., Khaydarov A., Mirzaev Kh., Khidirov D.</i> COMPARATIVE RESULTS OF MYOCARDIAL REVASCULARIZATION ON BEATING HEART THROUGH MINIMAL ACCESSSES .....	72

### III. ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Жилинский Н.С., Мавричев В.Ю., Жилко А.А., Ревтович М.Ю.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО ИВ-IIIА СТАДИИ .....	73
<i>Туракулов У.Н., Бобаев У.Н., Хакимов Д.М.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КИСТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ .....	73
<i>Хакимов Д.М., Бобаев У.Н.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛЕГКИХ .....	74
<i>Eshonhodjaev O.D., Tursunov N.T., Irisov O.T., Maxmudov S.S.</i> O'PKANING SPONTAN PNEVMOTORAKS BILAN ASORATLANGAN BULLYOZ EMFIZEMASIDA TURG'UN BITISHMA JARAYONINI SHAKLLANTIRISHNING UNI PORTAL VATS ORQALI DAVOLASH: AMALIYOTNING XAVFSIZLIGI VA SAMARALILIGI .....	74
<i>Эшонходжаев О.Д., Рахимий Ш.У.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ УДАЛЕНИИ ОБЪЕМНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ .....	75

### IV. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

<i>Акбаров М.М., Маткаримов З.Т., Ирисов О.Т., Онгарбаева А.Б., Гайбуллаев Т.З.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ВЫБОР СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК С МНОГОСОСУДИСТОЙ АНАТОМИЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ .....	76
<i>Байбеков Р.Р., Туксанов Э.А.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ .....	76
<i>Байбеков Р.Р., Исоков С.Х.</i> ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА .....	77
<i>Ерохов В.В., Бибик Р.И., Качук М.В., Пархимович О.Д., Махановский И.А., Дзядзько А.М., Щерба А.Е., Руммо О.О.</i> ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ КАК МОСТ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ .....	77
<i>Ибадов Р.А., Сиддиқов Х.Т., Ибрагимов С.Х.</i> ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ .....	78
<i>Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х.</i> ОСТРАЯ ПЕЧЁНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ .....	78
<i>Ибадов Р.А., Абляимов И.Т., Ибрагимов С.Х.</i> ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО И ВОЛЕМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА .....	79
<i>Ибадов Р.А., Акбаров М.М., Ибрагимов С.Х., Усманов А.А.</i> РОЛЬ НЕИНВАЗИВНОГО МОНИТОРИНГА ПЕРФУЗИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ .....	79
<i>Исмаилов С.И., Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.</i> ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ .....	80

<i>Исмаилов С.И., Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.</i>	
<b>ОСТЕОПОРОЗ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ .....</b>	<b>81</b>
<i>Ismailov S.I., Nazyrov F.G., Akbarov M.M., Popov A.Yu., Baybekov R.R.</i>	
<b>SINGLE CENTER EXPERIENCE OF LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION .....</b>	<b>81</b>
<i>Кариев С.С., Насыров Ф.Р.</i>	
<b>КЛИНИКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ .....</b>	<b>81</b>
<i>Каримов М.А., Благодаров С.И., Абдрахманов Р.Э., Ганиев Р.Ф., Ибрагимов Т.Р., Гилемханов А.Р., Галимов О.В., Ханов В.О.</i>	
<b>МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И БИЛИАРНОЙ СТРИКТУРЫ, КАК ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ГИБРИДНОГО ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЦЕНТРА .....</b>	<b>82</b>
<i>Саидов М.А., Сафаров А.З., Собиров Ж.Г.</i>	
<b>БОЛАЛАРДА ЯҚИН ҚАРИНДОШЛАР ОРАСИДА БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИНГ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ .....</b>	<b>83</b>
<i>Собиров Ж.Ф., Сафаров А.З., Мамажанов М.А.</i>	
<b>ЯҚИНҚАРИНДОШЛАР ЎРТАСИДАГИ ЖИГАР ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИНГ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ .....</b>	<b>83</b>
<i>Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Ким Д.Л., Эргашев Д.Н., Садиков Р.К., Исхаков Н.Б., Джураев Ж.А., Исматов А.А.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ТИПОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА .....</b>	<b>84</b>
 <b>V. РАЗНОЕ</b>	
<i>Абдурахманов Б.А., Абдраманова А.К., Юсупов А.М.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМ МАТКИ .....</b>	<b>85</b>
<i>Абдрахманов Р.Э., Благодаров С.И., Каримов М.А., Ягудин Т.А., Ибрагимов Т.Р., Гилемханов А.Р., Сафин Р.Ф., Завьялов К.И.</i>	
<b>ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ОПЫТ ГИБРИДНОГО ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЦЕНТРА КЛИНИКИ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....</b>	<b>85</b>
<i>Бабажонов А.Б., Югай Д.И.</i>	
<b>РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИАТОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ .....</b>	<b>86</b>
<i>Баутмуратова А.С.</i>	
<b>INTEGRATING ARTIFICIAL INTELLIGENCE INTO ULTRASOUND-BASED EVALUATION OF KNEE JOINT INJURIES: ENHANCING DIAGNOSTIC ACCURACY AND REHABILITATION MANAGEMENT IN CLINICAL RADIOLOGY .....</b>	<b>86</b>
<i>Баймуратова А.С.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМАТИВНОСТИ УЗ-ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ РАДИОЛОГИИ .....</b>	<b>87</b>
<i>Баутмуратова А.С.</i>	
<b>KLINIK RADIOLOGIYADA SUN'IY INTELLEKT VA ULTRATOVUSH TEXNOLOGIYALARI ASOSIDA TIZZA BO'G'IMI ICHKI TUZILMALARI JARONATLARINI ANIQLASH VA REABILITATSIYA JARAYONINI OPTIMALLASHTIRISH .....</b>	<b>87</b>
<i>Джураева Н.М., Икрамов А.И., Махкамов М.К., Абдухалимова Х.В., Исроилов У.Т.</i>	
<b>МУЛЬТИВОКСЕЛЬНАЯ МР-СПЕКТРОСКОПИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ГЛИОМ: КОРРЕЛЯЦИЯ С ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ .....</b>	<b>88</b>
<i>Джураева Н.М., Икрамов А.И., Баталов А.И., Абдухалимова Х.В., Исроилов У.Т.</i>	
<b>МОДЕЛЬ НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СРОЧНОСТИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СЕГМЕНТАЦИИ МРТ.И .....</b>	<b>88</b>
<i>Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Акбаров И.И.</i>	
<b>ДОСТИЖЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА .....</b>	<b>89</b>

<i>Икрамов А.И., Джурбаева Н.М., Эшонходжаев О.Д., Убайдуллаева А.Ш.</i>	
<b>КОМБИНИРОВАННАЯ РАДИОМИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НЕОДНОРОДНОСТИ И ОБЪЕМНЫХ ПРИЗНАКОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛЕГОЧНЫХ УЗЛОВ .....</b>	<b>90</b>
<i>Иномжонов М.И.</i>	
<b>ЦИФРОВИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ И ЛОГИСТИКА РОГОВИЧНЫХ ДОНОРОВ В УЗБЕКИСТАНЕ .....</b>	<b>90</b>
<i>Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Джалилов А.А., Муминов Р.Т.</i>	
<b>ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ И СОСТОЯНИЕ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ .....</b>	<b>91</b>
<i>Каримов Ш.И., Алиджанов Х.К., Юлбарисов А.А., Носиржонов Б.Т., Асроров И.И.</i>	
<b>ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИЕЙ ОДНОЙ И СТЕНОЗОМ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ .....</b>	<b>92</b>
<i>Каримова М.Х., Иномжонов М.И.</i>	
<b>ГЛУБОКАЯ ПЕРЕДНЯЯ ПОСЛОЙНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА ПРИ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ КЕРАТОКОНУСА: КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ .....</b>	<b>92</b>
<i>Кенжаев Л.Р., Ураков Ш.Т., Туракулов М.Т.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ВЫСОКО-И НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ .....</b>	<b>93</b>
<i>Косимов Ш.Х., Райимов Г.Н.</i>	
<b>ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>94</b>
<i>Мардонов Ж.Н., Хамдамов О.К., Садиков Р.А.</i>	
<b>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ: ДАННЫЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ .....</b>	<b>94</b>
<i>Махмудов Т.Б., Абдуллаев С.А.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВотоКА В АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....</b>	<b>95</b>
<i>Pirmatov S.V., Jumanov Z.E.</i>	
<b>MUDDATDAN OLDIN CHALA TUG‘ILIB TUG‘MA PNEVMONIYANIDAN VAFOT ETGAN CHAQALOQLARDA BUYRAK USTI BEZIDA KUZATILADIGAN MORFOLOGIK O‘ZGARISHLAR .....</b>	<b>95</b>
<i>Pirmatov S.V., Jumanov Z.E.</i>	
<b>HOMILA ICHI PNEVMONIYASI BILAN TUG‘ULGAN CHAQALOQLARDA BUYRAK USTI BEZIDAGI RATOMORFOLOGIK O‘ZGARISHLAR .....</b>	<b>96</b>
<i>Pirmatov S.V., Jumanov Z.E.</i>	
<b>ASPECTS OF PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE ADRENAL GLAND RELATED TO INTRAUTERINE PNEUMONIA .....</b>	<b>96</b>
<i>Рахимов Ф.Ф., Рашидов З.Р.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МОШОНКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ .....</b>	<b>97</b>
<i>Садиков Р.А., Хамдамов О.К., Мардонов Ж.Н.</i>	
<b>ГИПОТЕРМИЯ КАК ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ФАКТОР ПРИ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ .....</b>	<b>97</b>
<i>Садыков Р.Р., Садыков Р.А., Кобиров С.С., Мухамедова М.Р., Жураева К.Б.</i>	
<b>НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ .....</b>	<b>98</b>
<i>Садыков Р.Р., Садыков Р.А., Кобиров С.С., Мухамедова М.Р., Жураева К.Б.</i>	
<b>ТРАМЕТИНИБ В КАЧЕСТВЕ ЦЕЛЕВОЙ ТЕРАПИИ СЛОЖНЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ 20 ПАЦИЕНТОВ .....</b>	<b>98</b>
<i>Саттаров И.С., Матмуротов К.Ж., Атажонов Т.Ш.</i>	
<b>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....</b>	<b>99</b>
<i>Тилляшайхов М.Н. Хаккулов Э.Б. Алимов Ж.У.</i>	
<b>ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ...</b>	<b>100</b>
<i>Umarov M.M., Ibadov R.R., Sultonov M.A., Musurmonov A.N.</i>	
<b>PERCUTANEOUS BALLOON VALVULOPLASTY AS A TREATMENT FOR PULMONARY VALVE STENOSIS IN TEEN AND ADULT POPULATIONS .....</b>	<b>101</b>

*Умаров М.М., Султонов М.А., Зуфаров М.М., Мусурмонов А.Н.*

**ТАКТИКА И ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ  
ЦИАНОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА .....101**

## I. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

### ОПЫТ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА

*Ahmad Shax Ashrafi, Lugaй P.E., Roy Hilzenrat, Цой А.О., Омонов P.P.,  
Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н.*

*University of British Columbia, Vancouver, Canada*

*ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». Ташкент. Узбекистан.*

**Актуальность:** Злокачественные опухоли пищевода остаются одной из наиболее сложных проблем современной онкологии, характеризуюсь высокой летальностью и низкими показателями выживаемости. Традиционные открытые вмешательства сопровождаются значительной травматичностью и высоким риском осложнений, что ограничивает их применение у ослабленных пациентов. Развитие миниинвазивных технологий открывает новые возможности для снижения операционной травмы, уменьшения частоты осложнений и ускорения восстановления больных, сохраняя при этом онкологическую радикальность лечения.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения больных с злокачественными заболеваниями пищевода.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом выполнения малоинвазивной эзофагэктомии 14 больным с злокачественными образованиями пищевода, которые находились на стационарном лечении в ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2023 по 2025 год.

Распределение больных по полу и возрасту представлено было следующим: мужчин было 9 (64,3%), женщин – 5 (35,7%), возраст больных колебался от 49 до 75 лет, средний возраст составил – 60,7 лет.

Распределение больных по локализации опухоли было следующим: рак с/3 пищевода – 8 (57,1%), н/3 пищевода – 4 (28,6%), с/н/3 пищевода – 2 (14,3%). Патоморфологическое распределение больных: плоскоклеточный рак – у 8 пациентов (57,2%), аденокарцинома – 6 пациентов (42,8%).

Пациенты были распределены по стадиям согласно классификации TNM (8-е издание, UICC/AJCC): I стадия – 1 (7,1%), II стадия – 9 (64,3%), III стадия – 4 (28,6%) больных. Таким образом, основная группа пациентов была представлена больными со II–III стадиями опухолевого процесса. 4 больных оперированы после неoadьювантной химиотерапии. Адьювантная химиотерапия никому не проводилась.

В стадиях внедрения миниинвазивной эзофагэктомии, выполнялись гибридные вмешательства (абдоминальный этап – лапароскопическим путем, торакальный этап – открытой методикой). Гибридная миниинвазивная эзофагэктомия выполнена – 4 пациентам (28,6%). Далее все операции выполнялись полностью миниинвазивно (лапароскопически-торакоскопически). Из них миниинвазивная операция «Ivor-Louis» – в 6 случаях (42,8%), «McKeown» – в 4 случаях (28,6%).

**Результаты обсуждения:** Анализ непосредственных результатов выполнения малоинвазивной эзофагэктомии показал: средний объем кровопотери во время операции – 206 мл; недостаточность эзофагогастроанастомоза на шее – в 1 случае (7,1%); нагноение раны вокруг энтеростомы – в 2 случаях (14,2%); поствентиляционные бронхолегочные осложнения – у 1 пациента (7,1%) (ателектаз правого долевого бронха, который разрешился консервативно).

Стоит отметить, что всем пациентам во время операции была установлена энтеростома для питания, что позволила начать ранее питание, снизить время реабилитации.

Патоморфологическая оценка краев резекции (проксимальный, дистальный, радиальный) – в 100% случаев отрицательна. Все пациенты наблюдаются через 1, 3, 6, 12, 24 месяцев после операции (так же планируется изучение результатов выживаемости через 5 лет), на данный момент самый долгий период наблюдения пациента из их числа составляет 2,5 года. У 1 пациента (7,1%) с несостоятельностью ЭзГА, через 58 дней после операции наступил летальный исход, причиной которого являлось развитием трахеопищеводного свища на уровне ЭзГА.

**Заключение:** таким образом, миниинвазивная эзофагэктомия продемонстрировала хорошие непосредственные результаты: радикальность вмешательства достигнута у всех пациентов (R0-резекция), отмечено снижение кровопотери и частоты послеоперационных осложнений, в том числе поствентиляционных. Большинство осложнений носили лёгкий характер и были купированы консервативно. Количество удалённых лимфоузлов при МПЕ не уступает, а в ряде случаев даже превосходит таковое при открытых вмешательствах. Средний койко-день после операции составил 11,7 дней, что свидетельствует о более быстром восстановлении пациентов по сравнению с открытыми вмешательствами. Наш опыт показывает удовлетворительные функциональные и онкологические результаты, что подтверждает эффективность, безопасность и перспективы развития миниинвазивных технологий в лечении злокачественных опухолей пищевода.

### FEATURES OF SURGICAL TREATMENT TACTICS FOR ACUTE COMPLICATED CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

*Abdullayev M.Kh.<sup>1</sup>, Rayimov G.N.<sup>2</sup>, Kosimov Sh.H.<sup>3</sup>, Dekhkonov Sh.Sh.<sup>2</sup>*

*1-Private clinic Endomed+, Fergana region*

*2-Fergana branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care*

*3-Fergana Medical Institute of Public Health*

Aim of the study.

Materials and methods of the study. We have conducted a comprehensive study of the clinical picture, diagnostics, treatment of acute complicated cholecystitis and the state of homeostasis of the body based on the indices of IR, KKS, TIS,

ССК-PZ, biogenic amines and amino acid composition of the blood of 304 elderly and senile patients. Based on the study, we have developed highly effective surgical techniques (laser and cryotherapy of pancreatic tissue: methods of drainage of the common bile duct and cholecystostomy; laparoscopic irrigation of the abdominal cavity with high doses of antibiotics, protease inhibitors and nitrofurans; a method for preventing failure of biliodigestive anastomosis sutures; a mixture that corrects homeostasis disorders).

Results and discussion. The results of the study established that the pathogenesis and specificity of the clinical course of acute complicated cholecystitis in elderly and senile individuals are due to the peculiarities of age-related changes in the body that occur with aging, the presence of concomitant diseases and the severity of the inflammatory process in the extrahepatic bile ducts. Therefore, improving the results of surgical treatment of this disease is a geriatric problem, the solution of which is possible only through a comprehensive study of the body's homeostasis, taking into account age-related changes and concomitant pathology. In a set of measures aimed at improving the results of treatment of acute complicated cholecystitis, the following should be in the first place: timely detection, clinical examination and planned surgical treatment of these patients, as well as the development of new and improvement of existing surgical manuals, treatment and diagnostic schemes and programs.

Acute complicated cholecystitis in elderly and senile patients most often manifests itself as destruction of the gallbladder tissue with involvement of the pancreas in the pathological process due to obstruction of the common bile duct by a calculus or the development of stenosing papillitis.

Instrumental and hardware methods of examination (laparoscopy, esophagoscopy, ultrasound echolocation, CT, etc.) help to overcome diagnostic difficulties, which allow for the rapid diagnosis of acute complicated cholecystitis in elderly and senile patients. The most accessible and simple diagnostic method in urgent surgery is laparoscopy, which, if necessary, can be transformed into a therapeutic manipulation.

Conclusion. The choice of treatment method and the scope of surgery in patients with acute complicated cholecystitis over 60 years of age should be carried out taking into account the variety of identified disorders in the functional state of organs and systems, as well as the homeostasis of the body.

Based on the conducted comprehensive study, we have developed a program for diagnostics and treatment of elderly and senile patients with acute complicated cholecystitis, which consists of the following: patients with acute cholecystitis without signs of gallbladder destruction undergo urgent laparoscopy, irrigation of the abdominal cavity with a furacilin solution with high doses of an aminoglycoside antibiotic, a protease inhibitor and novocaine is established with simultaneous correction of homeostasis and subsequent performance of a planned operation depending on the severity of concomitant diseases. Patients with gangrenous destructive changes in the gallbladder, its perforation and peritonitis undergo urgent surgery (within 2 hours from the moment of admission). Patients with acute cholecystitis, in whom clinical and laparoscopic signs of gallbladder destruction have appeared, despite the targeted corrective therapy, undergo early surgery (after 12-24 hours). Delayed surgery (after 3-5 days) is performed on patients with mechanical jaundice and patients who, after clinical improvement due to conservative treatment, develop signs of exacerbation of the disease or destruction of the gallbladder. The listed measures reduced postoperative mortality to 3.5%.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОЙ КОМПОЗИТНОЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ**

*Абдуллажанов Б.Р., Кучкаров М.Ю.*

*Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность: Достижение гемостатического эффекта физическими методами воздействия на раневую поверхность и кровоточащие сосуды паренхимы рационально преимущественно при ее неглубоких и поверхностных повреждениях. Для остановки кровотечения из сосудов паренхимы диаметром более 1,0 мм требуется увеличение экспозиции и мощности воздействия энергии, что неизбежно приводит к повреждению стромальных элементов органа и увеличивает площадь некроза паренхимы до глубины 4-8 мм, а образующийся при этом коагуляционный струп нередко служит субстратом для инфицирования и рецидива кровотечения. Физические способы гемостаза при операциях на паренхиматозных органах не отвечают требованиям «идеального способа», который должен сопровождаться минимальной кровопотерей или ее отсутствием, минимальным некрозом паренхимы и сокращением времени операции. В связи с этим, разработка быстродействующих, безопасных, эффективных и экономичных гемостатических материалов имеет большое клиническое и социальное значение.

Материалы и методы: проводилась разработка модели паренхиматозного кровотечения у крупных животных (собаки, свиньи) с оценкой эффективности отечественного покрытия – композитной пластинки. После удаления шерстяного покрова с передней брюшной стенки производилась верхне-средне-срединная лапаротомия. После разведения краев раны ранорасширителем в операционное поле выводилась правая доля печени. С использованием брюшистого скальпеля повреждалась паренхима печени площадью до 3x4см с развитием смешанного кровотечения. В последующем к раневой поверхности печени прикладывалась гемостатическая губка (контроль) или гемостатическая пластинка (опыт) и удерживалась до наступления полного гемостаза. Надежность гемостаза оценивалась путем наблюдения за состоянием раны в течение 30 минут.

Контроль. Гемостатическая губка, изготовленная из коллагена крупного рогатого скота производства фирмы ООО ТуронСилкфарм представляет собой пористую пластинку светло-желтого цвета. Для остановки кровотечения из печени использован фрагмент ее размером 3x4см. После просушивания раневой поверхности печени губка тут же прикладывалась и прижималась к ране. В течение 2 минут губка удерживалась усилием руки. В последующем вследствие отсутствия адгезивной способности губка удерживалась на поверхности печени путем тампонирования марлевой салфеткой.

Результаты использования гемостатической губки показали, что даже при 5 минутной ее экспозиции достигался только частичный гемостаз из капиллярных сосудов. В то время как из мелких венозных сосудов кровотечение продолжалось. В 2 случаях кровь стала изливаться через пропитанную кровью гемостатическую губку, что послужило основанием для удаления губки и прикладывания другой. После повторного использования

губки гемостаз был достигнут в течение 6 минут. Следует отметить, что при 30 минутном наблюдении плотной адгезии губки к раневой поверхности печени не происходило. Это обстоятельство не исключает риск возобновления кровотечения в более поздние сроки.

Опыт. Моделирование плоскостной раны печени размером 3x4 см произведено как описано выше. Достигнуто кровотечение, которое носило характер смешанного с обильным пропитыванием марлевой салфеткой. После просушивания раны печени салфеткой, к ней тут же была приложена гемостатическая пластинка размером 4x5см. В процессе контакта пластинки с кровью она становилась более гибкой и хорошо контактировала с неровной раневой поверхностью.

После фиксации в течение 30 секунд наступала адгезия к раневой поверхности с полной остановкой кровотечения. С течением времени – не менее 30 минут пластинка представляла собой прозрачное покрытие по характеру напоминающее глиссонову капсулу. Через пленку просматривалась раневая поверхность, что позволяло исключить риск скопления гематомы под поверхностью пленки. Таким образом, применение гемостатической пластинки при повреждении печени дает возможность в течение короткого времени (0,5-1 минута) достичь полной адгезии ее к поверхности раны с полной остановкой кровотечения. Эффект гемостаза стойкий с минимизацией риска рецидива кровотечения.

Обсуждение: Проведенные экспериментальные исследования позволили разработать первую отечественную композитную гемостатическую пленку для применения в хирургии паренхиматозных органов, которая включает несколько слоев на основе биологически абсорбируемых производных полимеров (целлюлозы, вискозы и кальция), сочетание которых обеспечивает локальную гемостатическую эффективность имплантата. Гемостатический препарат в виде порошка мелкодисперсной формы изготовлен из водорастворимых производных целлюлозы и обладает свойством вызывать гемостаз в течение нескольких секунд, обладает способностью активно поглощать влагу, обладает высокой адгезивной способностью к влажным тканям. Коллагеновая пленка изготовлена из очищенного медицинского коллагена, обладает слабыми антигенными свойствами. Пленка обладает слабой адгезивной способностью и поэтому не прилипает к рукам хирурга при использовании. Обладает свойством биодеградации в течение 3-4 недель.

При активном кровотечении из поверхности паренхиматозного органа вначале с помощью доступных методов (коагуляция, прошивание) останавливается активное артериальное кровотечение из крупных сосудов. В последующем поверхность органа осушается и при продолжающемся кровотечении из мелких венозных и капиллярных сосудов на раневую поверхность прикладывается гемостатическая пленка действующим слоем и удерживается в течение 1-2 минут. Степень прижатия соответствует давлению в кровоточащем сосуде. Ввиду высокой адгезии порошка к влажной поверхности тканей дополнительных действий для фиксации пленки не требуется.

Выводы: Проведенные экспериментальные исследования позволили разработать первую отечественную композитную гемостатическую пленку для применения в хирургии печени, которая включает несколько слоев на основе биологически абсорбируемых производных полимеров (целлюлозы, вискозы и кальция), сочетание которых обеспечивает локальную гемостатическую эффективность имплантата.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Абдурахманов Б.А., Жумагельдиева М.Н., Жумагулов К.Н., Рысбеков Т.Т.,  
Пилалов Б.У., Рамазанов Ж.А., Адырбек Р.А.*

*АО Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан*

Цель работы. Оценка эффективности эндоскопических методов в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы исследований. Анализируются результаты эндоскопических вмешательств у 50 экстренных больных, при этом у 27 больных произведена эндоскопическое склерозирование (ЭС), у 23 – лигирование (ЭЛ). Мужчин было 31 (62%), женщин – 19 (38%). Согласно классификации степени ВРВПЖ А.Г. Шерцингера (1986) I степень выявлена у 10%, II степень – у 74% и III степень – у 16%. При последовательной обработке стволов обычно проводили до 4 сеансов ЭС в течение 2–5 недель. ЭЛ ВРВПЖ выполняли натошак, за 30 минут до процедуры проводили промедол 2% – 1,0 внутримышечно, метацин – 1,0 подкожно, реланиум 2,0 – внутримышечно. Всего за сеанс использовали от 4 до 10 лигатур. Число сеансов варьировало от 4 до 6, их проводили с интервалом 5–7 дней до облитерации узлов. Сеансы ЭС завершали установкой зонда-обтуратора для усиления эффекта манипуляции. Для оптимизации лечения ЭС и ЭЛ сочетали с терапией вазоконстрикторами, понижающими давление в системе воротной вены. Применение внутривенно капельно 10 мг 1% спиртового раствора нитроглицерина на 400 мл раствора Рингера со скоростью 10–15 капель в минуту.

Результаты исследований. В ближайшем периоде в группе экстренных больных после ЭС у 9 из 27 отметили рецидивы кровотечения, следовательно, стойкий гемостаз после ЭС сохранялся в 66,7% наблюдений. Рецидив кровотечения возникал в течение одних суток (n=2) или на 5–7-й день после ЭС из постсклеротических изъязвлений (n=7). У 1 пациента из В – класса, произведена гастротомия с прошиванием ВРВПЖ. Во всех наблюдениях раннего рецидива кровотечения после ЭС источником являлся дефект варикозной вены вне зоны склеротерапии. Остальные 8 больных с ранним рецидивом кровотечения пролечены эндоскопически: 7 – повторным обкалыванием склерозанта, 1 – проведением ЭЛ. У 7 больных рецидив кровотечения развился на 5–6-е сутки после ЭС и был связан с формированием постсклеротических изъязвлений в местах введения склерозанта. Всего в ближайшем периоде на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности умерло 5 (18,5%) больных. Из 5 умерших больных у 4 смерть наступила от полиорганной недостаточности на фоне декомпенсации ЦП. В группе экстренных больных, перенесших ЭЛ ВРВПЖ (n=23), ближайший период протекал без осложнений у 20 (86,9%) пациентов. Осложнения в виде рецидива кровотечения отмечены у 3 (13,1%) больных. Рецидив кровотечения возникал в течение первых суток (n=1) или на 7–10-й день после ЭЛ (n=2). Кровотечение возникло у 1 больного из группы В–С и у 2-х из группы С. Больного удалось спасти введением зонда-обтуратора и паравазальным склерозированием дефекта 0,5% раствором этоксисклерола.

Заключение. Летальность в ближайшем периоде после экстренного ЭЛ составила 8,7% (2 больных) и была связана с рецидивом кровотечения и печеночной недостаточностью на фоне острой кровопотери. Гемостатический эффект метода составила 86,9%. Результаты ЭС и ЭЛ не подлежат сравнению, поскольку в группе склеротерапии число больных ЦП с В-С и С классами в 1,6 раза больше (55,6 против 34,8%) и когда другие методы лечения, включая ЭЛ, больными были непереносимы. Кроме того, летальность после экстренного ЭС составила 18,5% по сравнению с 8,7% при ЭЛ ( $p=0,001$ ). Оптимальным является достижение временного гемостаза на фоне медикаментозной терапии и баллонной тампонады, с проведением лечебных эндоскопических вмешательств в отсроченном порядке, что позволяет стабилизировать общее состояние больного, создать оптимальные условия для осмотра источника геморагии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Абдурахманов Б.А., Жумагельдиева М.Н., Жумагулов К.Н., Рысбеков Т.Т.,  
Пилалов Б.У., Рамазанов Ж.А., Адырбек Р.А.  
АО Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан*

Цель работы. Оценка возможностей эндовидеолапароскопической холецистэктомии (ЭВЛХЭ) в лечении осложнений желчекаменной болезни.

Материалы и методы исследований. Нами проанализированы результаты 914 ЭВЛХЭ при остром холецистите. Возраст больных варьировал от 18 до 79 лет, женщин было 672 (74,1%), мужчин – 242 (25,8%). Продолжительность приступов составила в среднем 1-8 дней, при этом преобладали пациенты пожилого и старческого возраста, с серьезными интеркуррентными патологиями. Пациенты с флегмонозным холециститом составили 861 (94,2%), гангренозной и гангренозно-перфоративной формами патологии – 38 (4,2%), развитие перивезикального абсцесса отмечено у 12 (1,2%) больных, синдрома Мириizzi в 5 (0,4%) наблюдениях. В связи с техническими трудностями, при невозможности выполнения ЭВЛХЭ в 22(2,3%) наблюдениях перешли на лапаротомию, причинами которой явились сложности дифференциации элементов гепатодуоденальной связки из-за выраженного инфильтративно-воспалительного процесса, интраоперационного кровотечения. При поступлении по результатам клинических проявлений и ультразвукового исследования определяли показания к экстренной операции или проводили консервативное лечение в течении 12-24 часов. Оперативное лечение выполняли после купирования острого процесса или через месяц после выписки больного из стационара.

Результаты исследований. Операция выполнялась с использованием 4 или 5 троакарных порта 5 и 10 мм. При выраженном воспалительно-инфильтративном процессе и отсутствии границ между задней стенкой желчного пузыря и печенью операции сопровождаются высоким риском повреждения паренхимы печени и обильным кровотечением. Применение лапароскопической техники позволяет в ряде случаев отказаться от активно выжидательной тактики в пользу хирургического, поскольку в ранние сроки после перенесенного приступа еще нет тех воспалительно индуративных изменений со стороны гепатодуоденальной связки и перипузырного пространства. Возникновение и формирование индуративного процесса в более поздние сроки после перенесенного острого воспаления может явиться причиной технических проблем и неудач в зоне вмешательства.

Развитие в ближайшем послеоперационном периоде осложнений в виде послеоперационной пневмонии (3), острого панкреатита (1), тромбоза глубоких вен нижней конечности (1) были купированы проведением консервативной терапии. Возникшие осложнения в виде несостоятельности культи пузырного протока (2), абсцесса ложа удаленного желчного пузыря (2), поддиафрагмального абсцесса (1), нагноения параумбиликальной раны (11) потребовали повторных интервенций. Основное число осложнений возникли в период отбора больных, освоения и разработки методики и нивелированы с накоплением опыта. Больные в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара. Продолжительность нахождения больного в стационаре после операции составила, в среднем  $4,6 \pm 0,7$  дня.

Заключение. Использование ЭВЛХЭ в лечении желчекаменной болезни и ее осложнений является наиболее эффективным направлением, при котором тщательное изучение всех факторов развития интра- и послеоперационных осложнений позволяет предотвратить причины, способствующие их развитию.

## YENGIL O‘TKIR PANKREATITDA KOMPLEKS DAVOLASHDA KAM KUCHLI LAZER NURLANTIRISHNING SAMARADORLIGI: KLINIK TAJRIBA VA TAKTIK YONDASHUV

*Akbarov M.M.<sup>1</sup>, Sultanov A.I.<sup>2</sup>*

*1 - “Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” Davlat muassasasi*

*2 - O‘zbekiston Respublikasi Prezident Administratsiyasi huzuridagi Bosh tibbiyot boshqarmasining 1-son Markaziy klinik shifoxonasi*

So‘nggi yillarda yengil o‘tkir pankreatit (O‘P) holatlarining ortishi fonida kasallikning qaytalanish xavfi, shuningdek, uzoq muddatli sog‘ayish bilan kechishi klinik amaliyotda dolzarb muammolardan biri bo‘lib qolmoqda. Shuning uchun muqobil, noinvaziv va patogenetik jihatdan asoslangan davolash usullarini izlash zarurati ortib bormoqda.

**Maqsad.** Yengil o‘tkir pankreatit bilan kasallangan bemorlarda kam kuchli lazer nurlantirish (KKLN) usulining klinik va laborator samaradorligini baholash hamda uni davolash algoritmiga integratsiyalash imkoniyatlarini o‘rganish.

**Materiallar va usullar.** Klinik tadqiqotga 60 nafar YOP tashxisi qo‘yilgan bemorlar jalb qilindi. Asosiy guruh ( $n=30$ ) standart konservativ terapiyaga qo‘shimcha tarzda KKLN oldi, nazorat guruhi ( $n=30$ ) faqat standart davolash bilan cheklangan. KKLN tashxis qo‘yilganidan so‘ng 3 soat ichida boshlangan bo‘lib, 890 nm to‘lqin uzunlikdagi infraqizil nur-

lantirish, 5–10 mV quvvat, 1000 Gts chastota bilan, 10–15 daqiqalik seanslarda kuniga 1–2 marta, 5 kun davomida o'tkazildi. Baholash klinik (VAS, isitma, ichak peristaltikasi), laborator (fermentlar, yallig'lanish markerlari) va invaziv muolajalarga ehtiyoj asosida olib borildi.

**Natijalar.** KKLN qo'llanilgan bemorlarda 3-kungacha bo'lgan davrda yallig'lanish markerlarining ancha tez kamaygani kuzatildi: amilaza darajasi  $125,3 \pm 11,5$  U/L (nazoratda:  $356,4 \pm 24,1$  U/L;  $p < 0,001$ ), SRB  $15,8 \pm 2,1$  mg/L (nazoratda:  $36,2 \pm 3,8$ ;  $p < 0,001$ ), prokalsitonin  $0,07 \pm 0,01$  ng/ml (nazoratda:  $0,16 \pm 0,03$ ;  $p = 0,005$ ) gacha pasaydi. Lökotsitlar soni  $6,6 \pm 0,3 \times 10^9/L$  (nazoratda:  $8,1 \pm 0,4$ ;  $p = 0,004$ ), bilirubin darajasi esa  $15,1 \pm 1,2$  mkmol/L (nazoratda:  $21,3 \pm 1,5$ ;  $p = 0,002$ ) ni tashkil etdi.

Klinik belgilar ham sezilarli darajada tez normallashti: og'riq VAS bo'yicha  $3,1 \pm 0,4$  ballgacha tushdi (nazoratda:  $4,8 \pm 0,6$ ;  $p < 0,01$ ), peristaltika  $2,4 \pm 0,5$  kunda tiklandi (nazoratda:  $3,6 \pm 0,6$ ;  $p < 0,05$ ), isitma davri 1,1 kunga qisqardi ( $p = 0,002$ ). Sanoatsion laparoskopiyaga ehtiyoj sezilarli darajada kamaydi (10,0% ga nisbatan 33,3%;  $p = 0,029$ ), rejalashtirilgan xoletsistektomiya ko'rsatkichlari esa oshdi (40,0% ga nisbatan 13,3%;  $p = 0,020$ ). 12 oylik kuzatuvda kasallikning qaytalanish holati asosiy guruhda 6,7%, nazorat guruhida esa 23,3% bo'ldi ( $p < 0,05$ ).

**Xulosa.** KKLNning erta bosqichda qo'llanilishi yallig'lanish sindromini tezda bartaraf etib, bemorlarning umumiy ahvoli va laborator ko'rsatkichlarini yaxshilaydi. Terapiya invaziv muolajalarga ehtiyojni kamaytirib, rejalashtirilgan jarrohlikni xavfsiz amalga oshirish imkonini yaratadi. Usul mutlaqo xavfsiz, fiziologik va amaliyotga mos. Klinik algoritmga integratsiyalash u orqali bemorlarning uzoq muddatli sog'lom holatga qaytish ehtimolini sezilarli darajada oshiradi.

## ВИРСУНГ КАНАЛИ ТОШЛАРИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТАМОЗ ЧОК ПЛАСТИКАСИ УСУЛЛАРИНИ

*Акбаров М.М., Миролимов М.М.*

*«Академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ*

**Тадқиқот мақсади:** Вирсунголитиаз билан асоратланган сурункали панкреатит (СП) билан оғриган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг такомиллаштирилган ёндашувини ишлаб чиқиш ва клиник жиҳатдан асослаш, бунда Puestow нинг модификацияланган усулидан фойдаланиб панкреатоеюноанастамоз шакллантиришнинг техник жиҳатларига алоҳида эътибор қаратиш.

**Долзарблиги:** Сурункали панкреатит ва унинг асоратлари, жумладан вирсунголитиазнинг тарқалиши тобора орғиб бормокда. Вирсунг канали тошларининг таъсирида меъда ости беши ширасининг оқиб чиқишини бузилиши, сурункали оғрик, ҳаёт сифатининг пасайиши натижасида беморнинг ногиронлигига олиб келади. Анъанавий жарроҳлик усуллариининг диагностик қийинчиликлари ва чекланган натижалари тактик ва техник даволаш стратегияларини такомиллаштиришни тақозо этади.

**Материаллар ва усуллар:** Тадқиқотга академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида 2006 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда СП ва вирсунголитиаз билан даволанган 47 нафар бемор киритилган. Ташхис усуллари ультратовуш (УТТ), КТ, МРТ/МРПХГ (мртпанкреатохолагиография) ва лаборатория текширувларини ўз ичига олган. Беморлар даволаш турига қараб гуруҳларга ажратилган: эндоскопик ёки очик жарроҳлик аралашуви. Асосий гуруҳда панкреатоеюноанастамоз чок қўйиш усуллариининг муаллифлик модификациялари қўлланилган.

**Асосий натижалар:** МРПХГ билан МРТ вирсунголитиазни ташхислашда энг юқори сезувчанлик (97,1%) ва аниқликни (84,6%) кўрсатди. Канал девори ҳолатига қараб чок техникасининг уч хил усули таклиф этилди: қаттиқ деворлар учун П-симон чоклар; юмшоқ инфилтрацияланган тўқималар учун узлуксиз чоклар; каналнинг эластик деворлари учун буралувчи чоклар. Модификацияланган Puestow амалиётини қўллаш операциядан кейинги асоратлар даражасини 16,7% дан 10,0% гача пасайтирди, такрорий жарроҳлик аралашувларга бўлган эҳтиёжни бартараф этди (16,7% дан 0% гача), касалхонада ётиш муддатини қисқартирди ( $8,4 \pm 0,8$  кундан  $6,3 \pm 0,5$  кунгача) ва уч йил давомида тош ҳосил бўлиши ва оғрик синдромининг такрорланишини камайтирди (33,3% дан 5,0% гача).

**Хулосалар:** Вирсунголитиазда панкреатоеюноанастамоз шакллантиришнинг ишлаб чиқилган диагностика алгоритми ва такомиллаштирилган жарроҳлик усуллари юқори клиник самарадорлик, хавфсизлик ва касалликнинг қайта юзга келиш даражасини пасайтиришни таъминлайди. Ушбу ёндашувларни ихтисослаштирилган жарроҳлик бўлимларида қўллаш тавсия этилади.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

*Атаджанов Ш.К., Авезов А.М.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент.*

Перитонит остается одной из наиболее тяжелых форм абдоминальной хирургической патологии с высоким уровнем летальности, особенно при распространенных формах.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 6804 экстренных абдоминальных хирургических вмешательств, выполненных в хирургических отделениях РНЦЭМП за 2024 год. Из них 1644 пациента оперированы по поводу перитонита различной этиологии. Соотношение мужчин и женщин среди пациентов с перитонитом составило 917 (55,78%) и 727 (44,22%) есть

Пациенты были распределены по группам в зависимости от распространенности перитонита: местный ( $n=1246$ ), диффузный ( $n=291$ ) и разлитой ( $n=107$ ). Проведен анализ характера экссудата с выделением следующих типов: серозно-фибринозный, гнойно-фибринозный, гнойный, каловый, желчный, геморрагический и химический. Оценивались непосредственные результаты лечения, частота и структура летальных исходов в зависимости от распространенности перитонита и характера экссудата.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов описательной статистики с определением частотных характеристик и процентных соотношений.

Результаты. Среди всех хирургических вмешательств (n=6804), выполненных в стационаре за 2024 год, операции по поводу перитонита составили 24,16% (n=1644). По распространенности процесса пациенты распределились следующим образом: местный перитонит – 75,79% (n=1246), диффузный перитонит – 17,70% (n=291), разлитой перитонит – 6,51% (n=107).

При разлитом перитоните превалировала гнойно-фибринозная форма (52,34%, n=56), значительно реже диагностировались желчный (9,35%, n=10), серозно-фибринозный (8,41%, n=9), разлитой гнойный (5,61%, n=6), каловый (3,74%, n=4), геморрагический (3,74%, n=4) и ферментативный (1,87%, n=2) перитонит.

Общее количество гнойных форм перитонита (гнойно-фибринозный и гнойный) при распространенных перитонитах (диффузный и разлитой) составило 184 случая (46,23% от всех распространенных форм).

Летальность при диффузном перитоните составила 14,09% (41 из 291 пациентов), при разлитом перитоните – 42,06% (45 из 107 пациентов). Общая летальность при распространенных формах перитонита (диффузный и разлитой) достигла 21,61% (86 из 398 пациентов).

**Выводы.** Перитонит остается значимой проблемой в структуре хирургической патологии, составляя 24,16% от всех оперативных вмешательств. В структуре распространенного перитонита преобладают гнойные формы (46,23%), что определяет высокую тяжесть состояния пациентов и неблагоприятный прогноз.

Выявлена прямая зависимость летальности от распространенности процесса: при диффузном перитоните летальность составляет 14,09%, при разлитом перитоните возрастает до 42,06%, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики и активной хирургической тактики.

Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики и интенсивной терапии с учетом распространенности процесса и характера экссудата для улучшения результатов лечения данной категории пациентов.

## РЕЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Бобаев У.Н., Хакимов Д.М., Эгамбердиев Б.А.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал*

Актуальность. Несмотря на современные достижения хирургии, диагностика и лечение послеоперационных осложнений представляет собой одну из наиболее сложных и актуальных страниц абдоминальной хирургии. Частота релапаротомий по этому поводу колеблется от 0,5 до 7% операций на органах брюшной полости, а летальность составляет от 23,6 до 71,2%.

Материал и методы. Основу работы составил ретроспективный анализ результатов лечения 14037 больных с абдоминальной патологией за период 2017- 2024 год, получивших лечение в РНЦЭМП Андижанский филиал. Релапаротомия выполнена у 136 (0,97%) больных. У 122 (89,7%) она произведена по экстренным показаниям в связи с развитием осложнений в послеоперационном периоде и у 14 (10,3%) - программируемая релапаротомия с целью контроля за состоянием патологии, по поводу которой была предпринята операция. Всего выполнено 183 релапаротомий, включая релапаротомии. задачи требовало поиска индивидуальных способов лечения (повторное ушивание зоны несостоятельности, устранение желчеистечения, тампонада и др.), то для лечения третичного перитонита применяли унифицированную методику, которая заключалась в тщательной интраоперационной санации брюшной полости антисептиками, декомпрессии кишечника в показанных случаях, дренирование брюшной полости 5-7 трубками с оставлением в ряде случаев тампонов-сигар. Это обеспечивало возможность проведения адекватной антибиотикотерапии, санацию интракишечного пространства, эвакуацию воспалительного выпота из брюшной полости. В 84,4% выполнена одна, в 11,5% - две, в 3,3% - три и в 0,82% - 4 релапаротомии. После релапаротомии умерли 19 человек. Общая послеоперационная летальность равна 23,7%. При однократной релапаротомии она равнялась 21,3%, после двух - 50%, трех и более - 75%. Причинами летальности у 11 больных явился прогрессирующий перитонит и синдром полиорганной недостаточности, у 5 - легочно-сердечная, у 2-х - печеночно-почечная и у 1 - легочная недостаточность. Выводы. Несмотря на ключевую роль и место релапаротомии в комплексном лечении третичного перитонита в условиях реанимации летальность остается высокой, причем каждая последующая релапаротомия уменьшает шансы на спасение жизни больного. В связи с этим, снижение числа больных третичным перитонитом и достижение лучших результатов в абдоминальной хирургии целесообразно искать на путях совершенствования тактики и техники первичных операций, пред- и послеоперационного лечения. Для диагностики послеоперационной патологии использовали данные клинико-лабораторного и рентгенологического обследования, УЗИ органов брюшной полости, в нескольких случаях КТ и ЯМРТ., Результаты и обсуждение. Нами установлено, что релапаротомия в 89,9% случаев выполнялась после экстренных и лишь в 10,1% - после плановых операций на органах брюшной полости. При анализе частоты релапаротомий, в зависимости от основной патологии, по поводу которой предпринималась операция, установлено, что удельный вес острого аппендицита в структуре патологии, потребовавшей повторной операции, составил 11,8% (16 набл.), панкреатита - 9,6% (13 набл.), острого холецистита - 8,8% (12 набл.), тупой травмы живота - 8,8% (12 набл.), рака ободочной кишки, осложненной непроходимостью - 7,4% (10 набл.). Остальные релапаротомии в меньшем числе случаев встречались при другой абдоминальной патологии. Однако при сопоставлении частоты релапаротомии и количества оперированных больных было установлено, что при остром панкреатите релапаротомия потребовалась в 13,1%, раке ободочной кишки - в 7,3%, травме органов брюшной полости - в 6,6%, язвенной болезни - в 2,3%, холецистите - в 1,3% и остром аппендиците - в 0,46% случаев. Нами установлено 5 основных причин релапаротомий, на долю которых приходится 85% всех осложнений. Среди них на первом месте абсцессы брюшной полости (23,8%), на втором - кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта или в брюшную полость (18,9%), на третьем -послеоперационный перитонит (13,2%), на четвертом - ранняя спаечная непроходимость (10,7%) и на пятом - эвентрация (9%). После релапаротомии умерло 37 больных. Летальность составила 27,2%, и она в значительной степени зависела от патологии и характера первичной операции, которая применялась. Летальность при релапаротомии у больных острой кишечной непроходимостью раковой и другой этиологии составила 43%, панкреатите - 38,5%, остром холецистите - 33,3%, тромбозе мезентериальных сосудов - 20%, язвенной болезни, осложненной кровотечением 16,7%. У 14 (11,5%) больных релапаротомия выполнена

дважды, у 4 (3,3%) - трижды и у 1 (0,82%) - 4 раза. Летальность у больных, перенесших 2 релапаротомии, составила 50,3 и более - 75%.

Выводы. На основании проведенного исследования установлено, что около 1% больных, оперированных на органах брюшной полости, нуждается в релапаротомии, причем почти в 90% случаев первая операция была выполнена по поводу urgentной абдоминальной патологии. Летальность после релапаротомии остается высокой (27,2%) и с каждой последующей релапаротомией риск летального исхода повышается. При повторной релапаротомии умирает каждый второй, а при 3-х и более погибают 2/3 больных. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости тщательного изучения данной проблемы, совершенствования лечебной тактики и техники первичных оперативных вмешательств и релапаротомии с целью снижения риска послеоперационных осложнений и летальности.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Дехконов Ш.Ш.<sup>1</sup>, Абдуллаев М.Х.<sup>2</sup>, Райимов Г.Н.<sup>1</sup>*

*1-Ферганский филиал РНЦЭМП*

*2-клиника Эндомед +, г. Фергана, Ферганская область*

Цель: проанализировать наличие осложнений после ЭРХПГ и эндоскопических вмешательств, в зависимости от характера обструкции внепеченочных желчных путей – опухолевой или неопухоловой. Материалы и методы. Проанализировано 604 случая обструкции внепеченочных желчных путей в период с 2018 по 2024 гг., в лечении которых применялись эндоскопические технологии.

Результаты. Среди 498 больных с неопухоловой обструкцией острый панкреатит был в 35 (7 %) больных, кровотечение в 14 (2,8 %), перфорация в 1 (0,2 %), холангит в 1 (0,2%), острый холецистит в 4 (0,8%); среди 106 больных с опухолевой обструкцией соответственно: у 2(1,9%), 3(2,8%), 1(1%), 3(2,8%), случаев острого холецистита не было.

Выводы. Частым осложнением после ЭРХПГ и эндоскопических вмешательств на желчных путях является острый панкреатит (6,1%). Он достоверно чаще встречается при неопухоловой обструкции внепеченочных желчных путей ( $p=0.046$ ). Кровотечения, перфорация и острый холецистит были соответственно в 2,8 %, 0,3 %, 0,7 % больных. Статистических отличий с опухолевой и неопухоловой обструкцией по этим осложнениям не выявлено ( $p>0,05$ ). Холангит, имел место в 0,7 %, достоверно чаще ( $p=0.003$ ) наблюдался у больных с опухолевой ОПЖП и был связан с неудачей эндоскопической декомпрессии желчных путей.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ

*Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Сиддиқов Х.Т.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Повысить результативность диагностики и терапии абдоминального компартмент-синдрома (АКС) путём комплексной оценки клинико-инструментальных предикторов, эффективности консервативных мероприятий и сроков проведения хирургической декомпрессии у больных с интраабдоминальной гипертензией (ИАГ).

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 92 пациента, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ГУ «РСНПМЦ хирургии им. акад. В. Вахидова» в период с 2016 по 2024 год. Все пациенты имели клинические и инструментальные признаки ИАГ. Средний возраст составил  $48,3 \pm 2,7$  года. Внутривнутрибрюшное давление (ВБД) контролировалось каждые 6 часов с использованием внутрипузырного метода. АКС (ВБД  $>20$  мм рт.ст. в сочетании с полиорганной недостаточностью) диагностирован у 39 пациентов (42,4%). Пациенты были разделены на две группы: Группа 1 ( $n=53$ ): ИАГ без признаков компартмент-синдрома (ВБД 12–20 мм рт.ст.); Группа 2 ( $n=39$ ): АКС (ВБД  $>20$  мм рт.ст. с дисфункцией  $\geq 2$  органов). В группе АКС 22 пациента (56,4%) получали консервативное лечение, у 17 (43,6%) проведена декомпрессивная лапаротомия. Респираторная поддержка включала применение протективной вентиляции лёгких ( $\leq 6$  мл/кг идеальной массы тела), ограничение плато-давления до 28–30 см  $H_2O$ , индивидуальный подбор уровня РЕЕР (в среднем 8–12 см  $H_2O$ ). Больные находились в полусидячем положении (30–45°) для оптимизации экскурсии диафрагмы. Разрешалась умеренная гиперкапния при поддержании  $pH > 7,2$ . Инфузионная терапия строго лимитировалась под контролем центрального венозного давления, эхокардиографии и ультразвука лёгких. Оценка проводилась по показателям диуреза, лактата, газообмена, СКФ, маркерам воспаления и функции печени. Статистический анализ выполнялся с использованием t-критерия, ANOVA,  $\chi^2$  и пакета SPSS 26.0 (уровень значимости  $p < 0,05$ ).

Результаты. В группе АКС среднее ВБД составило  $24,7 \pm 0,8$  мм рт.ст., что существенно превышало значения в группе ИАГ ( $16,2 \pm 0,7$  мм рт.ст.,  $p < 0,001$ ). Указанные пациенты характеризовались снижением диуреза до  $0,28 \pm 0,09$  мл/кг/ч, повышением уровня лактата до  $5,2 \pm 0,6$  ммоль/л и снижением СКФ до  $37 \pm 4$  мл/мин/1,73  $m^2$ . Частота развития острой почечной недостаточности достигала 74,3% против 22,6% в группе без АКС ( $p < 0,001$ ). Консервативное лечение оказалось успешным у 13 из 22 больных (59,1%), что сопровождалось снижением ВБД до  $18,1 \pm 0,9$  мм рт.ст., улучшением диуреза (до  $0,54 \pm 0,10$  мл/кг/ч) и снижением лактата (до  $3,3 \pm 0,5$  ммоль/л). У остальных 9 пациентов (40,9%) на фоне нарастающей полиорганной дисфункции потребовалась хирургическая декомпрессия. После лапаротомии ( $n=17$ ) ВБД снижалось до  $14,8 \pm 1,1$  мм рт.ст., а нормализация диуреза и лактата происходила в течение 24–36 часов. В течение первых суток наблюдалось повышение  $PaO_2$  с  $66,2 \pm 5,1$  до  $82,6 \pm 4,8$  мм рт.ст. ( $p < 0,01$ ), рост индекса оксигенации, увеличение лёгочной податливости на 25–30% и снижение потребности

в FiO<sub>2</sub> до 0,4–0,5. Средняя продолжительность ИВЛ сократилась с 8,4 до 5,6 суток (p<0,05). Госпитальная летальность в группе АКС составила 41% (16 из 39), включая 5 летальных исходов после лапаротомии (29,4%).

**Заключение.** Консервативная терапия при АКС может быть эффективной, особенно при раннем начале вмешательства и уровне ВБД <25 мм рт.ст. Однако при отсутствии клинико-лабораторной положительной динамики в течение 24 часов показано проведение хирургической декомпрессии. Регулярный мониторинг ВБД, риск-стратификация и пошаговые алгоритмы терапии способствуют снижению летальности при АКС и должны стать обязательной частью интенсивного ведения данной категории пациентов.

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАКТАТ-КЛИРЕНСА И ДИУРЕЗА ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ

*Ибадов Р.А., Сиддиқов Х.Т., Ибрагимов С.Х.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить прогностическую значимость лактат-клиренса и диуреза в первые 6 часов после диагностики АКС для стратификации риска и выбора тактики лечения.

**Материалы и методы.** В исследование включено 64 пациента с подтверждённым АКС (ВБД >20 мм рт.ст. + дисфункция ≥2 органов), находившихся на лечении в ОРИТ в 2022–2025 гг. Средний возраст — 46,7 ± 3,1 лет, мужчины — 62,5%. Критериями включения служили: уровень внутрибрюшного давления (ВБД) >20 мм рт.ст., наличие признаков дисфункции как минимум двух систем органов, возраст от 18 до 75 лет. Исключались пациенты с терминальными стадиями онкологических заболеваний, декомпенсированной ХПН и исходно критически низкой комплаенсностью дыхательной системы. Все пациенты получали стандартизированную программу консервативного ведения, включающую: позиционную терапию (полусидячее положение, подъём головного конца на 30–45°), ограничение объёмной инфузионной нагрузки, использование прокинетики и диуретиков, санацию желудочно-кишечного тракта и коррекцию кислотно-щелочного баланса. Мониторинг внутрибрюшного давления осуществлялся внутрипузырным методом каждые 6 часов. Уровень лактата и объём диуреза регистрировались на исходном уровне (0 час) и через 6 часов от начала терапии.

**Результаты.** Анализ показал, что у 38 пациентов (59,4%) отмечена положительная динамика на фоне проводимой консервативной терапии, что позволило избежать хирургического вмешательства. У этих пациентов через 6 часов наблюдалось снижение уровня лактата не менее чем на 15% от исходного и восстановление диуреза до ≥0,5 мл/кг/ч. В то же время, у 26 пациентов (40,6%) при лактат-клиренсе <10% и сохраняющемся олигурическом состоянии (диурез <0,3 мл/кг/ч), несмотря на проводимые мероприятия, нарастали признаки полиорганной недостаточности, что послужило основанием для выполнения экстренной лапаротомии. Проведённый ROC-анализ продемонстрировал высокую диагностическую точность указанных параметров: площадь под кривой (AUC) для лактат-клиренса составила 0,88 (95% CI: 0,79–0,96), а для диуреза — 0,83 (95% CI: 0,74–0,92). Комбинированное использование обоих критериев обеспечивало положительную прогностическую ценность 91,2% в отношении успеха консервативной терапии.

**Заключение.** Лактат-клиренс и темп диуреза в первые 6 часов после диагностики АКС являются значимыми прогностическими индикаторами, позволяющими обоснованно подходить к выбору между продолжением консервативной терапии и экстренной хирургической декомпрессией. Внедрение данного подхода в протоколы ведения АКС может повысить выживаемость и сократить сроки респираторной поддержки и пребывания в ОРИТ.

## РОЛЬ УЛИНАСТАТИНА В ИСХОДАХ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

*Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Омонов Ж.М.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Лечение сепсиса после абдоминальных операций остаётся важнейшей задачей в отделениях реанимации, учитывая его значительное влияние на заболеваемость и смертность пациентов. Улинастатин, известный своими противовоспалительными свойствами, рассматривается как перспективное терапевтическое средство, способное снизить тяжесть послеоперационного сепсиса. Понимание его влияния на уровень смертности в ОРИТ после абдоминальных вмешательств может дать ценную информацию для оптимизации лечебных протоколов и повышения эффективности лечения. Изучая данный подход, мы стремимся внести вклад в развитие стратегий борьбы с послеоперационным сепсисом и улучшение выживаемости тяжёлых пациентов.

**Цель:** изучить влияние улинастатина на общую смертность в ОРИТ у пациентов с тяжёлым сепсисом после абдоминальных операций.

**Материал и методы.** С июня по декабрь 2023 года в хирургическом отделении реанимации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Узбекистан) в исследование были включены 32 пациента с сепсисом в течение 48 часов после начала полиорганной недостаточности. Во всех случаях оценка тяжести сепсиса и проведение интенсивной терапии осуществлялись в соответствии с «Третьим международным консенсусом по определению сепсиса и септического шока (Sepsis-3)» и рекомендациями «Surviving Sepsis Campaign: Международные рекомендации по лечению сепсиса и септического шока, 2016». Из них 16 пациентам дополнительно вводили улинастатин внутривенно в дозе 200 000 МЕ каждые 12 часов в течение 5 суток.

**Результаты.** На момент включения в исследование средний балл по шкале SOFA составил 3.4 (SD = 0.4), 12 пациентов (37,5%) находились на искусственной вентиляции лёгких, 16 (50%) — получали вазопрессоры, у 10 (31,3%) была диагностирована полиорганная недостаточность. В модифицированном анализе общая смертность в ОРИТ составила 12,5% (2 случая) в группе улинастатина по сравнению с 37,5% (6 случаев) в контрольной группе ( $p = 0.097$ ). В группе улинастатина наблюдалась более низкая частота новой органной недостаточности (2 против 8 пациентов,  $p = 0.019$ ), больше дней без ИВЛ ( $10.3 \pm 1.8$  дня против  $4.5 \pm 1.1$  дня,  $p = 0.017$ ) и более короткий срок пребывания в реанимации ( $15.4 \pm 1.9$  дня против  $23.2 \pm 2.6$  дня,  $p = 0.03$ ).

**Заключение.** В данном пилотном исследовании внутривенное введение улинастатина привело к снижению смертности у пациентов с тяжёлым сепсисом (без статистически значимого различия), а также способствовало сокращению времени пребывания на ИВЛ и в отделении реанимации.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ

*Ирисов О.Т., Мадатов К.А., Гайбуллаев Т. З., Абдуллаев С.Ю.*

*Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы.** Оценить эффективность и безопасность различных открытых оперативных методов лечения перфоративной гастродуоденальной язвы (ушивание, ваготомия, резекция желудка) на основании анализа клинического материала и данных литературы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 102 пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой. Всем больным выполнялись открытые операции: простое ушивание ( $n=62$ ), ваготомия с пилоропластикой либо селективная проксимальная ваготомия ( $n=24$ ), резекция желудка по Бильрот-I или Бильрот-II ( $n=16$ ). Оценивались показатели послеоперационных осложнений, летальности, частота рецидива язвенной болезни и качество жизни в отдалённом периоде (1–5 лет). Данные сопоставлены с результатами опубликованных метаанализов.

**Результаты и обсуждение.** Простое ушивание характеризовалось минимальной операционной травмой, короткой длительностью вмешательства и невысокой летальностью (до 2,6%). Однако риск рецидива язвенной болезни сохранялся (5–10% по собственным данным и до 15% по данным метаанализа). Ваготомия в сочетании с дренирующими операциями показала более низкую частоту рецидивов (<3%), однако частота функциональных постваготомических расстройств достигала 17,3%. Резекция желудка применялась в осложнённых случаях (каллезные язвы, стеноз, подозрение на малигнизацию). Несмотря на радикальность, резекция сопровождалась наибольшей частотой осложнений (28–40%) и летальностью (6–19%), а также выраженными пострезекционными синдромами в отдалённом периоде, приводящими к снижению качества жизни у 30% пациентов.

**Заключение.** Таким образом, операцией выбора при перфоративной гастродуоденальной язве в экстренной хирургии остаётся простое ушивание, которое обеспечивает наименьший операционный риск. Ваготомия может быть оправдана у пациентов с хроническим язвенным анамнезом и высоким риском рецидива. Резекция желудка показана при сочетании перфорации с другими осложнениями (кровотечение, стеноз, малигнизация), однако сопровождается высокой травматичностью и неблагоприятными функциональными исходами. Оптимизация тактики должна учитывать тяжесть состояния, давность перфорации и наличие сопутствующих осложнений.

## ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАНЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Исламов А.А., Муминов Ш.М., Минаев Т.Р., Худайназаров Д.А.*

*Отделение хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП, Ташкент, Узбекистан.*

Экстренная медицинская помощь больным, пострадавшим от тяжелых сочетанных костно-сосудистых повреждений конечностей, представляет собой сложную и многокомпонентную задачу, требующую высокого уровня координации и специализированного подхода на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), г. Ташкент, в отделении сосудистой и микрохирургии в период с 2020 по 2025 годы было пролечено 52 пациента с тяжелыми сочетанными травмами конечностей, включающими повреждения как костных структур, так и магистральных сосудов. Анализ причин травм, их механизмов и локализации повреждений позволяет выявить ключевые принципы организации экстренной помощи, что существенно влияет на конечный результат лечения.

Одним из важнейших факторов, определяющих исход лечения, является своевременная доставка пострадавших в специализированное медицинское учреждение. Согласно данным наших наблюдений, 81% пациентов поступили в больницу в течение 1-2 часов после получения травмы, что является оптимальным временем для предотвращения ишемии тканей и возможности успешного восстановления конечности. Доставка позже этого временного интервала (свыше 6 часов), значительно ухудшает прогноз, что подтверждается повышенной вероятностью ампутации и ухудшением функциональных результатов восстановления. Это подчеркивает важность организации эффективной транспортировки и доставки пострадавших, а также наличие в экстренных ситуациях мобильных бригад специалистов, способных выполнить первичную диагностику и лечение.

Травмы с сочетанным повреждением костных и сосудистых структур часто имеют различные уровни тяжести в зависимости от локализации повреждений. По данным исследования, повреждения магистральных сосудов в 81% случаев происходят в нижних конечностях и в 19% — в верхних. Это требует дифференцированного подхода к лечению, включая не только восстановление целостности костных структур, но и восстановление проходимости магистральных сосудов, что влияет на дальнейшее течение заболевания и возможность сохранения конечности. Такие повреждения требуют от хирургов высокой квалификации и опыта, а также быстрой реакции на изменения в состоянии пациента.

Ключевым аспектом в лечении больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями является проведение многоэтапного хирургического вмешательства, направленного на восстановление анатомической структуры конечности и нормализацию кровообращения. Это включает в себя открытые репозиции, остеосинтез с применением в том числе и различных аппаратов, восстановление сосудистой проходимости, а также реплантацию ампутированных конечностей при возможности. Примером является успешная реваскуляризация при ампутации верхней конечности, что позволило сохранить функционирование конечности. Важно, чтобы хирургические вмешательства проводились своевременно, что значительно повышает шансы на успешное восстановление.

Для успешного лечения больными тяжелыми сочетанными травмами конечностей требуется работа скоординированных специализированных подразделений, включая сосудистых хирургов и микрохирургов специалистов. Это способствует не только эффективному решению задач на разных этапах лечения, но и повышению уровня медицинской помощи на всех этапах — от экстренной госпитализации до реабилитации. В некоторых случаях, необходима консультация сразу нескольких специалистов для выполнения комплексных оперативных вмешательств и последующей коррекции. Необходимо учитывать, что в ряде случаев требуется проведение повторных операций и восстановительных процедур, направленных на устранение последствий травмы и восстановление нормальной функции конечности. По данным наблюдений, 28,6% пациентов потребовали дополнительных оперативных вмешательств, таких как аутодермопластика для восстановления кожных дефектов и реваскуляризация при ишемии тканей. Это подчеркивает необходимость длительного мониторинга и индивидуального подхода к каждому пациенту на протяжении всего периода реабилитации.

**Заключение.** Организация экстренной медицинской помощи больным с тяжелыми сочетанными костно-сосудистыми повреждениями конечностей требует междисциплинарного подхода, высокой координации действий специалистов и эффективной логистики на всех этапах лечения. Важнейшими аспектами являются своевременная доставка пациента в медицинское учреждение, быстрое и качественное выполнение хирургических вмешательств, а также долгосрочное наблюдение и реабилитация. Все эти факторы вместе обеспечивают наилучшие результаты в лечении и восстановлении больным, пострадавшим от таких серьезных травм.

## РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

Полипы слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) определяются как просветные выступы над плоскостью прилегающей слизистой оболочки независимо от ее гистологического типа. Полипы верхнего отдела ЖКТ обычно обнаруживаются случайно во время эзофагогастродуоденоскопии, а их распространенность оценивается от 0,5 до 23% от всех проведенных исследований.

Цель данного исследования направлена на снижение риска рецидивирования, возникновения кровотечения и других послеоперационных осложнений после эндоскопического удаления полипов ЖКТ. Для этого в нашей клинике разработан способ эндоскопической эксцизии полипов ЖКТ. Основные технические аспекты способа включают введения геля, приготовленного из порошка NemoPen и 20 мл раствора метиленовой сини, в подслизистый слой в область основания полипа с формированием валика. Далее производят иссечение полипа вместе с окружающей здоровой тканью слизистой оболочки до подслизистого слоя путем использования диодного лазера системы Gbox.

Клиническое исследование построено на оценке результатов лечения поверхностных образований в верхнем отделе ЖКТ. В группе сравнения у 134 (54,5%) пациентов удалено – 182 образования и в основной группе у 118 (55,1%) больных удалено 167 образований. Пациентов с одиночными образованиями в группе сравнения было 104, в основной группе – 86, единичные образования (до 5) были у 29 и 30 пациентов соответственно, множественные (до 20) только у 1 и 2 пациентов. Средний размер образований в группе сравнения составил 0,9 см, в основной группе 1,0 см.

Эндоскопические вмешательства в группе сравнения включали холодное удаление биопсийными щипцами, холодное удаление петлей, тепловое удаление электроэксцизией, EMR и диссекцию в подслизистом слое. В основной группе применен новый метод эндоскопической эксцизии.

Проведенное исследование по первой клинической оценке эффективности предложенного способа эндоскопического удаления поверхностных новообразований верхнего отдела ЖКТ позволило установить, что данная методика увеличивает вероятность выполнения эксцизии единым блоком с 69,8% до 82,6% ( $\chi^2=7,874$ ;  $df=1$ ;  $p=0,006$ ), существенно снижает риск геморрагических проявлений, требующих дополнительных манипуляций после удаления как во время вмешательства (с 6,6% до 0%), так и отсроченных кровотечений в ближайший период (с 3,3% до 0,6%) ( $\chi^2=14,966$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), а также в целом общей частоты осложнений с 7,5% до 0,8% ( $\chi^2=6,578$ ;  $df=1$ ;  $p=0,011$ ), в целом также получено сокращение госпитального периода после вмешательства с  $3,5\pm 1,2$  до  $3,1\pm 0,9$  суток ( $t=2,90$ ;  $p<0,05$ ). При этом методика позволяет выполнить R0-резекцию в 91,5% случаев (при полипах до 1,0 см – 96,3%, более 1,0 см – 88,6%).

Анализ отдаленных результатов позволил определить, что эксцизия полипов с применением диодного лазера по предложенной методике, за счет технических особенностей способа позволила снизить риск рецидива формирования поверхностных новообразований с 17,4% до 3,1% ( $\chi^2=11,219$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ), при этом данная тенденция отмечена как при удалении единым блоком (доля рецидива снижена с 5,0% до 0,9%;  $\chi^2=4,511$ ;  $df=1$ ;  $p=0,034$ ), так и при фрагментированной эксцизии (с 28,0% до 7,7%;  $\chi^2=4,244$ ;  $df=1$ ;  $p=0,040$ ), а также в зависимости от исходных размеров полипов: до 1 см с 7,8% до 0,9% ( $\chi^2=6,324$ ;  $df=1$ ;  $p=0,012$ ), 1-2 см – с 33,3% до 4,5% ( $\chi^2=5,683$ ;  $df=1$ ;  $p=0,018$ ) и при образованиях более 2 см – с 60,0% до 8,3% ( $\chi^2=5,236$ ;  $df=1$ ;  $p=0,023$ ).

Обобщая все результаты лечения можно отметить следующее. Если рассматривать всех пациентов, исходно наблюдавшихся и в последствии прослеженных в отдаленном периоде после эндоскопических вмешательств,

то внедрение новой методики эндоскопической эксцизии полипов верхнего отдела ЖКТ позволило в целом улучшить результаты лечения. В нашем исследовании к хорошим мы отнесли результаты, которые исключали развитие ближайших осложнений после манипуляции и рецидивов образования полипов. Удовлетворительными считались результаты, при которых не отмечено рецидивов патологии, но имели место какие-либо клинически значимые осложнения, разрешенные консервативно (постполипэктомический электрокоагуляционный синдром) или повторным эндоскопическим вмешательством (отсроченные кровотечения) (степень 2-3а по Clavien-Dindo). Неудовлетворительными считались результаты, когда имело место осложнение, потребовавшее экстренной операции (перфорация, (степень 3б по Clavien-Dindo) или в отдаленном периоде отмечены рецидивы формирования новообразований. Если рассматривать когорту только прослеженных в отдаленном периоде пациентов, то доля хороших результатов в группе сравнения составила 73,4% (у 20 из 109 больных), удовлетворительных – 8,3% (9) и неудовлетворительных – 18,3% (20). В основной группе результаты соответствовали хорошим в 95,9% (у 94 из 98 пациентов) случаев, удовлетворительным в 1,0% (1) и неудовлетворительным в 3 (3,1%) случаев ( $\chi^2=19,562$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

## К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Колоцей В.Н., Смотровин С.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гродно*

Цель работы. Острый холецистит является одним из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний. Современный этап развития хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику высокотехнологичных диагностических методов и малоинвазивных хирургических вмешательств, расширяющих возможности хирургического лечения пациентов и снижающих риск оперативного вмешательства. Современные экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Наше исследование посвящено выработке оптимальных подходов к лечению острого холецистита.

Материалы и методы исследования. В данное исследование включены результаты обследования и лечения 849 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2017-2024 годах. Это были пациенты в возрасте от 19 до 102 лет. Мужчин было 322 (37,9%), женщин – 527 (62,1%). Все поступившие пациенты были обследованы в соответствии с действующими клиническими протоколами. Скрининговым методом являлось ультразвуковое исследование. Большое значение имеет оснащенность клиники МРТ, что позволяло в срочном порядке получать объективную информацию о состоянии внепеченочных желчных протоков, наличии или отсутствии холедохолитиаза.

Результаты исследования. Были оперированы 707 пациентов (83,3%) с острым холециститом. Открытым путем оперировано 78 пациентов (11,0%), из них 46 – по неотложным показаниям по причине острого деструктивного холецистита, осложненного перитонитом. 32 пациента были оперированы открытым путем на 2-3 сутки от момента поступления в стационар по причине острого холецистита вследствие неэффективности консервативной терапии, лапароскопическая холецистэктомия не выполнялась из-за перенесенных ранее оперативных вмешательств на верхнем этаже брюшной полости.

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите была выполнена 629 пациентам (89,0%). Лапароскопические холецистэктомии в большинстве случаев выполнялись в 1-2 сутки от момента госпитализации, особое внимание обращалось на сроки начала заболевания. Накопленный опыт показал, что лапароскопическую холецистэктомию вполне реально выполнить в первые 10 суток от начала заболевания.

142 пациента (16,7%) были пролечены консервативно. Такая тактика применялась по отношению к пациентам пожилого и старческого возраста, страдавшим тяжелой сопутствующей патологией, прежде всего легочно-сердечной и неврологической. Консервативно лечились пациенты, отказавшиеся от предложенного оперативного лечения.

Отдельно следует обсудить вопрос о целесообразности проведения консервативной терапии у пациентов, которые могут быть оперированы. По нашему мнению, это нецелесообразно и приводит к потере времени и средств. Проведение консервативной терапии в течение 24-72 часов является потерей времени.

Заключение. Методом выбора лечения острого холецистита является ранняя (в течение 72 часов от начала заболевания) лапароскопическая холецистэктомия. Заниматься 1-3 суток консервативной терапией – это значит упускать драгоценное время, а при прогрессировании холецистита лапароскопическое вмешательство станет невозможным. Проведение комплексной диагностики не требует значительного времени и укладывается в несколько часов, в течение которых также проводится предоперационная подготовка. Преимущества применяемой нами в настоящее время активной тактики при лечении острого холецистита очевидны: сокращение средней длительности пребывания пациента на койке, экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения.

## НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Лугай Р.Е., Ahmad Shax Ashrafi, Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М.,  
Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д, Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». Ташкент. Узбекистан.  
University of British Columbia, Vancouver, Canada*

Актуальность: Рецидивные грыжи пищевода отверстия диафрагмы остаются одной из наиболее сложных проблем современной абдоминальной хирургии. Несмотря на широкое внедрение лапароскопических технологий и усовершенствование методик фундопликации, частота рецидивов после первичных вмешательств достигает, по

данным литературы, 10–30%. Повторные операции технически более сложны в связи с наличием рубцовых изменений, деформацией анатомических структур и высоким риском интраоперационных осложнений. Недостаток единых стандартов ведения данной категории больных обуславливает необходимость дальнейшего поиска оптимальной хирургической тактики, обеспечивающей надёжный антирефлюксный эффект и минимизацию риска повторных рецидивов.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения рецидивных грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 14 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 2023г по 2025г с рецидивными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы разных типов, при этом 9 больных поступили из других клиник. Возраст больных колебался от 42 до 64 года, в среднем 57 лет. Женщин было 12, что составило 85,7%, а мужчин 2 (14,3%).

Распределение больных по типам грыж было следующим: 1 тип – 2(14,3%); 3 тип – 11(78,6%); 4 тип – 1(7,1%). Всем пациентам была ранее выполнена фундопликация традиционным 3(21,4%) и лапароскопическим 11(78,6%) методом. Среди числа пациентов только 1(7,1%) больному к дополнению к фундопликации была выполнена пластика пищеводного отверстия диафрагмы аллопротезом.

**Результаты:** Распределение больных по проведенным операциям: лапароскопическое низведение желудка и диафрагмокурорафия – в 7 случаях (50%); лапароскопическое низведение желудка, диафрагмокурорафия и рефундопликация по Ниссену – в 3 случаях (21,4%); низведение желудка, диафрагмокурорафия и рефундопликация по Ниссену открытым путем – в 4 случаях (28,6%). Случаев повторного рецидива после операции не наблюдалось.

**Заключение:** Основными причинами рецидива грыж пищеводного отверстия диафрагмы оказались: недостаточная мобилизация пищевода в заднем средостении, натяжение швов на ножках диафрагмы при диафрагмокурорафии, атрофия ножек диафрагмы и несоблюдение пациентами рекомендаций в послеоперационном периоде (преждевременные физические нагрузки).

Наш опыт показывает, что применение комплексного подхода с обязательной адекватной мобилизацией пищевода, надёжной курорафией и рациональным выбором метода рефундопликации позволяет достичь удовлетворительных непосредственных результатов и избежать повторных рецидивов.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Лугай Р.Е., Ahmad Shax Ashrafi, Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н. Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А. ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». Ташкент. Узбекистан. University of British Columbia, Vancouver, Canada*

**Актуальность:** Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) имеет высокую актуальность в связи с неуклонным ростом заболеваемости и частотой тяжелых осложнений, связанных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Несмотря на успехи медикаментозной терапии, она нередко не обеспечивает стойкого эффекта и не предотвращает прогрессирование заболевания. В этих условиях хирургические методы остаются единственным радикальным способом устранения анатомического дефекта и восстановления физиологического антирефлюксного механизма. Лапароскопические технологии обеспечили качественный прорыв, сочетая радикальность вмешательства с низкой травматичностью и быстрым восстановлением пациента. В то же время остаются вопросы выбора оптимальной тактики и техники операции, что требует дальнейшего накопления опыта и научного анализа. Таким образом, изучение современных аспектов хирургического лечения ГПОД является значимой задачей современной гастроэнтерологии и хирургии.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 207 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 2023г по 2025г с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы разных типов, которым были выполнены один из вариантов лапароскопической фундопликации. Возраст больных колебался от 25 до 89 лет, в среднем 58 лет. Женщин было 142, что составило 68,6%, а мужчин 65 (31,4%).

Распределение больных по типам грыж было следующим: 1 тип – 132 (63,8%); 2 тип – 14 (6,8%); 3 тип – 45 (21,7%); 4 тип – 16 (7,7%);

Распределение больных по проведенным операциям: лапароскопическая фундопликация по Ниссену – в 155 случаях (74,9%); лапароскопическая фундопликация по Тупе – в 36 случаях (17,4%).

**Результаты:** Всем пациентам в сроке 6 месяцев после операции проводились инструментальные обследования, такие как эзофагогастродуоденоскопия, рентгенография пищевода, оценен результат антирефлюксной операции опросником GERD-HRQL (Gastroesophageal Reflux Disease – Health-Related Quality of Life). Всем 207 больным до операции проводился опрос GERD-HRQL для оценки выраженности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Интерпретация результатов колебалась от 22 до 45 баллов, в среднем 34 балла. У пациентов после фундопликации по Тупе результаты колебались от 8 до 17 баллов, в среднем 15 баллов, что говорит о лёгкой степени гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и умеренном влиянии на качество жизни. У пациентов после фундопликации по Ниссену результаты колебались от 2 до 9 баллов, в среднем 4 балла, что говорит о отсутствии или минимальных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

**Заключение:** Проведённый анализ показал, что лапароскопическая фундопликация является высокоэффективным методом хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Использование опросника GERD-HRQL позволило объективно подтвердить значительное снижение выраженности симптомов и улучшение качества жизни пациентов. Фундопликация по Ниссену обеспечила наилучшие результаты в отношении антирефлюксного эффекта, в то время как методика Тупе продемонстрировала хорошие показатели при меньшем

риске развития дисфагии. Дальнейшее наблюдение необходимо для оценки отдалённых результатов и оптимизации тактики хирургического лечения.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Лигай Р.Е., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.*

*ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». Ташкент. Узбекистан.*

**Актуальность:** Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы после бариатрических операций представляют серьёзную клиническую проблему. Рост числа вмешательств при ожирении приводит к увеличению частоты ГПОД, которые усугубляют течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, снижают качество жизни и могут вызывать тяжёлые осложнения. Хирургическая коррекция в условиях изменённой анатомии желудка и пищеводно-желудочного перехода сопряжена с техническими трудностями и высоким риском рецидива. Поэтому поиск оптимальной тактики и методов хирургического лечения ГПОД у данной категории пациентов остаётся актуальной задачей современной хирургии.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы после бариатрических вмешательств.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 16 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 2024 по 2025 годы с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы после бариатрических вмешательств. Возраст больных колебался от 29 до 54 лет, женщин было 14, что составило 87,5%, а мужчин 2 (12,5%).

После рукавной резекции желудка было 15 пациентов (93,75%), после минигастрошунтирования 1 пациент (6,25%). На момент операции ИМТ пациентов колебался от 22 до 31 кг/м<sup>2</sup>, в среднем 26,7 кг/м<sup>2</sup>. Все пациенты имели грыжу пищеводного отверстия диафрагмы I типа.

При отсутствии достаточного дна желудка для выполнения фундопликации, ранее объем операции ограничивался низведением желудка, абдоминального отдела пищевода, диафрагмокрурорафией и эзофагофреникофундорафией.

В настоящее время в отделение хирургии пищевода и желудка внедрена методика полной фундопликации сальниковым лоскутом (omento-gastropeху).

Так же отделение имеет опыт лечения пациента с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы I типа после минигастрошунтирования, которому была выполнена фундопликация культей желудка (gastric remnant fundoplication).

15 пациентам с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы I типа после рукавной резекции желудка выполнены:

Фундопликация методикой «omento-gastropeху» - в 6 случаев (40%);

Диафрагмокрурорафия и эзофагофреникофундорафия – в 9 случаев (60%).

**Результаты:** Всем пациентам в сроке 6 месяцев после операции проводились инструментальные обследования, такие как эзофагогастроэноскопия, рентгенография пищевода, оценен результат антирефлюксной операции опросником GERD-HRQL (Gastroesophageal Reflux Disease – Health-Related Quality of Life). У всех 15 пациентов в сроке 6 месяцев после операции рентгенологических или эндоскопических данных за рецидив гастроэзофагеального рефлюкса не выявлено. Результаты проведения опросника GERD-HRQL были следующими: Интерпретация результатов пациентов после фундопликации методикой «omento-gastropeху» колебалась от 2 до 6 баллов, в среднем 3 балла. Пациентов после Диафрагмокрурорафии и эзофагофреникофундорафии от 6 до 16 баллов, в среднем 12 балла, что говорит о лёгкой степени гастроэзофагеальной рефлюксной болезни или клиническом рецидиве заболевания. Для представления отдаленных результатов продолжается изучение и оценка состояния больных.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: МЕТА-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ И МИНИИНВАЗИВНЫХ ПОДХОДОВ

*Мадатов К.А., Ирисов О.Т., Абдуллаев С.Ю., Гайбуллаев Т.З.*

*Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Перфоративные гастродуоденальные язвы (ПГДЯ) остаются одним из наиболее угрожающих осложнений язвенной болезни, требующих немедленного хирургического вмешательства. Несмотря на общее снижение заболеваемости язвенной болезнью в последние годы, частота перфораций остается стабильной. Летальность при данной патологии достигает 10–40%, что подчеркивает её значимость (Стукачев И.Н., Барсуков Е.А., 2018).

**Цель исследования** – проведение мета-аналитической оценки эффективности и безопасности лапаротомии, лапароскопии и миниинвазивных технологий при лечении ПГДЯ.

**Материалы и методы.** Проведен анализ зарубежных и отечественных клинических исследований, включающих рандомизированные контролируемые испытания, ретроспективные серии наблюдений и систематические обзоры. В совокупности изучены данные более 1500 пациентов, перенесших хирургическое лечение. Основными критериями сопоставления являлись показатели летальности, частота послеоперационных осложнений, несостоятельность швов, длительность госпитализации и качество жизни в отдалённые сроки наблюдения.

**Результаты и обсуждение.** Лапаротомия как традиционный доступ обеспечивает надёжное ушивание язвенного дефекта и остаётся методом выбора при распространённом перитоните и нестабильном состоянии пациента. Средняя летальность при лапаротомии составила 12–25%, осложнения отмечались в 30–38%. Наиболее распространёнными осложнениями были пневмонии, нагноение послеоперационной раны и кишечный парез.

Лапароскопическая тактика продемонстрировала сопоставимые показатели летальности (10–20%), но позволила снизить частоту инфекционных осложнений почти вдвое и сократить сроки госпитализации (на 3–4 дня). В то же время мета-анализ выявил тенденцию к более высокой частоте несостоятельности швов (2–6% против 1–3% при лапаротомии), что объясняется технической сложностью метода и необходимостью опыта хирурга.

Отдалённое наблюдение показало минимальный риск рецидива язвенной болезни (до 2%) при условии проведения эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*.

**Заключение.** Таким образом, ушивание язвенного дефекта остаётся операцией выбора при ПГДЯ. Лапароскопия рекомендуется как приоритетная стратегия при отсутствии противопоказаний, миниинвазивные методики обеспечивают оптимальное соотношение эффективности и безопасности, а лапаротомия остаётся важной при тяжёлом перитоните. Включение противоязвенной терапии и обязательной эрадикации *Helicobacter pylori* в комплексное лечение снижает частоту рецидивов и улучшает качество жизни.

## ПРОБЛЕМА ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

*Матмуротов К.Ж., Атажонов Т.Ш., Нарметов А.Б.  
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель: уменьшить послеоперационных осложнений высоких ампутаций и улучшить качества жизни больных с критической ишемией нижней конечности.

Материалы и методы: данное исследование включает 83 больных, которые были прооперированы в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в 2023-2024 гг. Во всех случаях у пациентов не было возможности сохранить стопу или дистальную часть нижней конечности. Больные имели клиническую картину критической ишемии нижней конечности на фоне СД.

В данном исследовании во всех случаях нами была выбрана лечебная тактика направленная на максимальное сохранение длинной культы конечности, который имел немаловажную роль при протезировании. Данная стратегия имеет большое значение у пациентов пожилого возраста, которые в большинстве случаев (88%) нам пришлось оперировать. В основном (95,2%) больным выполнены ампутации на уровне голени. При этом у 86% больным выполнены ампутации голени в области в/3 голени с формированием первичной культы. В остальных случаях (у 11 больных) в связи с выраженной интоксикацией, тяжести коморбидных заболеваний и массивным поражением местных тканей выполняли гильотинную ампутацию на уровне н/3 и с/3 голени. В последующем почти у половины больных пришлось выполнить повторную ампутацию на уровне в/3 голени с формированием культы.

В остальных случаях больные отказались от повторной операции или не обратились к нам для формирования культы голени. Во время стационарного лечения все пациенты в комплексе лечебных мероприятий получали антибактериальную терапию, включающую комбинации цефалоспоринов, фторхинолонов, аминогликозидов и системную противогрибковую терапию. При формировании первичной культы голени произведена по усовершенствованной технике с учетом анатомической резекции большеберцовой кости и сохранения мышечных футляров в зависимости от пораженного артериального бассейна. Ключевым моментом при резекции большеберцовой кости было сохранение питающей артерии большеберцовой кости.

Результаты: с помощью разработанной техники выполнения ампутации голени на уровне в/3 в 85,2% случаев было достигнуто первичное заживление культы. Исход оперативного лечения, безусловно, зависит от локализации гнойно-некротического очага и компенсированности ишемии в области культы голени. На основании изучения ангиоархитектоники голени и оценки результатов резекции костей голени в зависимости от сохранения питательной артерии и ее влияния на течение послеоперационного периода нами предложен новый способ ампутации голени при КИНК. Повторные оперативные вмешательства для пациентов всегда являются дополнительной травмой в физическом, так и в психологическом плане. Независимо от техники выполнения ампутации голени и проведенных медикаментозных процедур иногда требовались повторные оперативные вмешательства. Все повторные действия на культе голени были связаны с нагноением или возникновением ишемии. В случаях нагноения у всех больных были распущены швы культы для визуальной оценки состояния мягких тканей. При появлении признаков ишемии предпочтение отдавали медикаментозной терапии, направленной на улучшение артериального кровотока в области культы с последующими поэтапными некрэктомиями.

Обсуждение: главный эффект данного способа был достигнут за счет снижения степени осложнений в области культы и уменьшения количества реампутаций на уровне бедра, что обеспечивало относительную опорную сохранность нижних конечностей. Анатомически обоснованная резекция костей голени способствовала гладкому течению послеоперационного периода, что позволяло достичь благоприятных результатов лечения.

При использовании данного метода оперативной техники у больных эффективность лечения была достигнута в 98,2% случаях. Одномоментное выполнение ампутации голени является высоким риском для больных с хирургической инфекцией, так как у этих пациентов сохраняется высокая вероятность нагноения послеоперационной культы и последующем может привести к ухудшению состояния пациентов.

Выводы: таким образом, больные с критической ишемией нижних конечностей представляют собой самый тяжелой контингент больных СДС. Полученные нами результаты показывают высокие показатели эффективности ампутации голени с применением усовершенствованной методики. Каждый клинический случай требует индивидуальный подход при выборе метода и техники высокой ампутации и данная тактика непосредственно влияет на качества жизни в отдаленном периоде наблюдения. Решающее значение при выполнении ампутации голени у больных с КИНК имеет сохранение питательной артерии большеберцовой артерии, которая играет большую роль в ремоделировании артериальной сети в области культы голени после усечения кости и ускорении первичной костной мозоли.

## ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

*Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Ибодуллаева М.У.*

*Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан. Ташкент.*

**Актуальность:** Абсцессы печени перестали быть редкостью, и частота их у госпитализированных больных достигает от 0,5 до 2–3%. Абсцесс печени является тяжелым полиэтиологическим заболеванием, причинами возникновения абсцесса печени наиболее часто являются гнойно-воспалительные заболевания органов брюшной полости, послеоперационные осложнения, нагноения кист и гематом, новообразования печени. По данным большинства исследователей, летальность при микробных абсцессах высока и составляет от 20 до 30 %, при амёбных и описторхозных абсцессах комплексное лечение также дает 26 и 15,5 % летальности соответственно. Летальность при множественных абсцессах печени существенно выше, чем при одиночных, и может достигать, по данным некоторых авторов, 50–90 %. При лечении множественных мелких бактериальных абсцессов печени в клинике разработана методика длительной внутриартериальной инфузионной антибиотикотерапии, поскольку дренирование и вскрытие таких абсцессов технически сложно и не всегда эффективно. В этих случаях приходится надеяться только на консервативное лечение. Очевидно, что лечение будет более успешным при введении лекарственных препаратов непосредственно в сосудистое русло печени. По мнению ряда авторов внутриартериальное введение лекарственных препаратов имеет ряд преимуществ, а именно: высокая концентрация их в очаге поражения в неизменном виде, короткий путь доставки препаратов в очаг поражения.

**Цель:** усовершенствовать хирургическое лечение пациентов абсцессом печени с помощью применения малоинвазивных методов.

**Материал и методы:** В данной работе проанализированы результаты лечения 31 больного с абсцессами печени различной этиологии и локализации, получившие стационарное лечение в отделение гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии с 2016 по 2021г. Среди них были 17 женщины и 14 мужчин в возрасте от 27 до 69 лет. У 4 (12,9 %) больных причиной образования абсцессов явилось инфицирование посттравматической гематомы, в 5 (16,1%) случаях диагностировано нагноение паразитарной кисты. Холангиогенные абсцессы печени имелись у 17 (54,8%) больных и лишь в 3-х случаях (9,6%) отмечено образование гнойного процесса в печени после первично-выполненной операции (остаточные полости). Метастатический абсцесс печени при выявленном первичном источнике установлен у 2-х (6,4%) пациентов. Наряду с общеклиническими обследованиями всем пациентам было выполнена МСКТ брюшной полости для определения хирургической тактики лечения. Исходя от результата обследования больным определялось последовательность хирургических действий в плане стратегии ведения. При этом у пациентов с выраженным воспалительным процессом в печеночной ткани в первую очередь решили проводить внутриартериальную катетерную терапию (ВКТ) для купирования перифокального воспалительного процесса. При этом через общую бедренную артерию (ОБА) производится пункция артерии по Сельдингеру и специальный микрокатетер устанавливается в собственную артерию печени (a.hepatica propria). Данная процедура продлилась от 3 до 6 дней в зависимости от срока купирования клинических признаков воспалительного характера. Мы в своей практике при выраженном перифокальном воспалительном процессе во всех случаях 2 этап (чрескожное дренирование гнойной полости) малоинвазивного хирургического вмешательства выполняли в момент проведения ВКТ и получили благоприятные результаты. В момент дренирования патологического очага в обязательном порядке во всех случаях было взята материал для бактериологического исследования и адекватного антибактериального лечения. До получения результата пациенты получали инфузионную и эмпирическую противомикробную терапию.

**Результат и обсуждение.** При отсутствии экстренных показаний к выполнению лапаротомии, применяли малоинвазивные методы лечения, т.е. у 23 (74,1%) из 31 больных

на вторые сутки стационарного лечения было выполнено чрескожное дренирование абсцессов печени. У 8 (25,8%) больных были выявлены множественные мелкие и септические очаги абсцессов в печени. Всем пациентам осуществлена внутриартериальная катетерная антибактериальная терапия через чревной ствол в качестве основного и единственного метода для комплекса лечения, поскольку в этой ситуации приходилось надеяться только на нее с учетом создания максимальной концентрации лекарственного препарата. 2-е сутки после катетеризации чревного ствола у 3 больных выполнено контрольной УЗИ брюшной полости и в связи с формированием единую полость выполнено чрескожное дренирование полости печени. Все 8 пациентов выписаны на амбулаторное лечение и в динамике с выздоровлением. Это указывает на возможность применения внутриартериальной катетерной терапии в качестве самостоятельного метода лечения больных с множественными мелкими и милиарными абсцессами печени, при которых прогноз считается крайне неблагоприятным. Дренирование гнойной полости под ультразвуковым контролем выполнено 22 (84,6%) пациентам с одиночными абсцессами печени и у 4 (15,3%) больных с двух и более количеством патологических очагов. Одновременное опорожнение абсцесса с помощью чрескожного дренирования и катетеризация чревного ствола выполнена 8 (25,8%) пациентам. При эвакуации содержимого абсцессов – материал отправляли на цитологическое и бактериологическое исследование, после чего осуществляли чредренажную санацию полости гнойника. Дренаж в полости абсцесса находился от 2 недель до 3 месяца. Показаниями к удалению дренажей считали отсутствие отделяемого по дренажу в течение недели в совокупности с ультразвуковыми данными и клинической картиной заболевания. Средняя продолжительность активного промывания составила 7-15 суток. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 7,8 суток.

### **Выводы:**

1. Дренирующие операции под ультразвуковым контролем являются эффективным методом лечения абсцессов печени различной этиологии и в подавляющем большинстве случаев позволяют избежать открытых операций.

2. Применение малоинвазивных методик при лечении абсцессов печени в сочетании с длительным внутриартериальным катетерной терапией является высокоэффективным и в перспективе требует более детально отнестись к данному способу.

3. Комплексное лечение абсцессов печени с использованием малоинвазивных технологий позволяет добиться

лучших результатов при меньших затратах, снизить количество послеоперационных осложнений, сократить время пребывания пациентов в стационаре и выделяется более благоприятным течением реабилитационного периода пациентов.

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

*Матмуротов К.Ж., Пулатов У.И., Ибодуллаева М.У*

*Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан. Ташкент.*

Актуальность. Абсцесс печени – гнойная полость в паренхиме печени, которая может возникать в результате повреждения печени, внутрибрюшной инфекции, распространяющейся по протоках воротной вены. Количество холангиогенных абсцессов в последние годы увеличивается в связи с широким распространением различных манипуляций на желчевыводящих протоках. Кроме того, возникновение абсцессов возможно на фоне ишемии и травмы, которые сопровождаются проникновением микрофлоры по системе портальной вены или печеночной артерии. Однако выявление причины образования внутрипеченочного гнойного очага часто представляет собой довольно сложную задачу.

Несмотря на развитие современных методов диагностики, не всегда удается выяснить генез формирования абсцессов печени. По данным современной литературы, частота встречаемости криптогенных абсцессов достигает 11–40% случаев. Микробный спектр абсцессов печени зависит от пути проникновения возбудителя в паренхиму печени.

Цель работы: Изучить пути проникновения инфекции в печень с верификацией основных возбудителей и определением их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Материал и методы исследования. В 2018–2024 гг. в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при МПК ТМА находились на лечении 68 больных абсцессами печени, из них абсцессы правой доли печени были у 59 (86,7%), левой доли – у 9 (13,3%) больных. Одиночный абсцесс печени был у 47 (69,1%), множественные абсцессы наблюдались у 21 (30,9%) больного.

Диагностика деструктивных изменений в печени основывалась на данных клинических, лабораторных и микробиологических исследований, на результатах ультра звуковых исследований и мультиспиральной компьютерной томография брюшной полости. После дообследования и предоперационной подготовки проводилось оперативное лечение (малоинвазивное пунктирование и дренирование полостной образований печени), в процессе которого производился забор содержимого полости абсцесса для микробиологического исследования путем посева на питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным препаратам, шире всего применяемым в лечении абсцесса печени.

Основываясь на анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных, проведено изучение структуры причин развития абсцесса печени. В структуре преобладали гематогенные (35 случаев – 51,4%) и холангиогенные (13 случаев - 19,1%), посттравматические абсцессы печени составили 4 (5,8% случаев), инфицирование остаточной полости после эхинококкэктомии – 8,8% (6 случаев). По 3 случая пришлось нагноение эхинококковых кист (4,4%). В 7 наблюдениях (10,2%) причина возникновения инфицированного полостного образования печени не была определена. Для изучения микробной флоры мы производили бактериологическое исследование содержимого дренированных печеночных гнойников.

Дренирование проводилось по одномоментной методике. До операции и в послеоперационном периоде всем пациентам проводилась дезинтоксикационная инфузионная терапия с применением антибиотиков широкого спектра действия.

Результаты исследования. Исследование микрофлоры полости абсцесса печени у 68 больного позволило установить, что у 21 (30,8 %) возбудители инфекции высеяны в виде монокультуры ( у 11 - Kl. Pneumoniae, у 5 - E. Coli, у 3 – Enterococcus faecium, у 2- S.aureus), у 43 (63,2%) – в виде ассоциаций микробов, у 4 (5,8%) роста микрофлоры не обнаружено (вероятнее всего в связи с длительным антибактериальным лечением, предшествующим оперативному вмешательству). Ассоциации E. Coli и Kl. Pneumoniae встречались в 17 случаях (39,5%), с Enterococcus faecium в 6 случаях (13,9%), с Str.haemolyticus – в 5 случаях (11,6%). Ассоциации Kl. pneumoniae и Proteus mirabilis в 7 случаях (16,2%), с Ps. aurogenosae – в 4 (9,3%), с Candida albicans - в 4 (9,3%). Как видно по результатам посевов состав возбудителей у больных с абсцессами печени в основном зависит от микробиологии желудочно-кишечного тракта.

Определялась диффузионным методом с использованием дисков, пропитанных различными антибиотиками. Была проведена оценка чувствительности высеянных микроорганизмов к антибиотикам аминогликозидового ряда, цефалоспорином II, III и IV поколения, фторхинолонам, карбапенемам. Определяется довольно высокая показатель резистентных штаммов к препаратам группы пенициллинов, аминогликозидам, цефалоспорином 2-го поколения, цефалоспорином 3-го поколения и фторхинолонам 1-го поколения. В меньшем количестве наблюдений определяется стойкость микроорганизмов к цефалоспорином 4-го поколения и фторхинолонам 2-го поколения. Наиболее чувствительными микроорганизмы оказались к карбапенемам. Была выявлена высокая частота полиантибиотикорезистентности: среди энтерококков, энтеробактерий и у синегнойной палочки.

Выводы:

1. Холангиогенный и гематогенный пути являются основными для попадания инфекции в печень.
2. Возбудители абсцесса печени в настоящее время представлены широким спектром микроорганизмов с преобладанием грамотрицательной флоры, из которой первое место по частоте занимает Klebsiella pneumoniae.
3. Для наилучшего проникновения препаратов в полость абсцесс печени, а также профилактики гематогенной диссеминации инфекционного процесса и развития сепсиса антибиотики необходимо назначать только парентерально.
4. С учетом этих данных и в связи с высокой частотой холангиогенного и гематогенного происхождения абсцесса печени рекомендуется в качестве препаратов первой линии назначать цефалоспорины III–IV поколения в сочетании с метронидазолом, макролиды, в тяжелых случаях карбапенемы.

## МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ – РЕЗУЛЬТАТЫ.

*Матмуратов К.Ж., Пулатов У.И., Ибодуллаева М.У.*

*Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан. Ташкент.*

**Резюме.** Смешанная бактериальная флора ответственна за развитие многочисленных абсцессов, особенно тех, которые являются следствием системной инфекции (септицемии), возникающей из-за патологий органов брюшной полости или желчных протоков. Количество и объем абсцессов могут варьироваться, что влияет на метод лечения. Чрескожное дренирование эффективно при лечении солитарных абсцессов печени объемом < 5 см<sup>3</sup>. Абсцессы неправильной формы эффективно дренируются с помощью многоточечного дренажа. Гибридный дренаж (эндоскопический и чрескожный) является методом выбора при лечении абсцессов, возникающих в результате обструкции желчных протоков. Статистическая значимость в отношении маркеров воспаления была обнаружена только для С-реактивного белка (СРБ), поскольку он коррелировал с эффективностью дренажа, т. е. возможность эффективности дренажа снижалась с увеличением значений СРБ.

Целью исследования была оценка эффективности минимально инвазивного чрескожного дренирования абсцессов печени.

**Материал и методы:** Всего 37 пациентов прошли лечение по поводу абсцесса печени в 2017–2023 годах. На основании физикального осмотра, сбора анамнеза и дополнительных обследований (УЗИ и компьютерная томография брюшной полости) было выявлено скопление жидкости в печени. Маркеры воспаления, включая С-реактивный белок (СРБ) и лейкоцитоз, подтвердили диагноз. Размер, а затем объем абсцесса определялись с помощью компьютерной программы, которая использовала данные компьютерной томографии. Метод лечения зависел от объема, количества и формы абсцессов. Небольшие одиночные и множественные абсцессы объемом < 3 см<sup>3</sup> лечились с помощью чрескожной игольной аспирации с последующим культивированием содержимого. Абсцессы объемом 3–5 см<sup>3</sup> лечили с помощью чрескожного дренирования. Объем от 5 до 10 см<sup>3</sup> также был показанием для процедуры чрескожного дренирования. Абсцессы объемом более 10 см<sup>3</sup> лечили чрескожно с помощью множественных дренирований. Множественные дренирования также использовались для абсцессов в форме песочных часов, чтобы достичь каждой полости. Эффективность оценивалась на основе уменьшения количества дренируемого гнойного содержимого и последующего сонографического обследования, проведенного через 3–5 дней дренирования и перед удалением дренажа. Неэффективное дренирование с сохраняющимися повышенными воспалительными параметрами представляло собой показание для хирургического дренирования. Всем пациентам вводили внутривенные антибиотики широкого спектра действия, начинали с первого дня лечения и модифицировали после уточнения результатов посева.

**Результаты:** Результаты были подвергнуты статистическому анализу. Мы проанализировали, повлиял ли объем абсцесса на эффективность различных методов дренирования. Анализ показал, что объем абсцесса статистически значим и связан с эффективностью дренирования с  $c^2$  ( $df = 3$ ) = 11,711;  $p = 0,008$ . Распределение частот в таблице сопряженности указало, что эффективность дренирования существенно снизилась при абсцессах размером более 5 см<sup>3</sup>. Анализ показал, что тип дренирования не был статистически значимым и связан с эффективностью дренирования с  $c^2$  ( $df = 3$ ) = 5,017;  $p = 0,171$ . Более того, был проведен логистический регрессионный анализ с использованием функции LOGIT, преобразованной с дихотомической зависимой переменной (эффективность дренирования) по распределению вероятностей. Результаты анализа показали, что только значение СРБ было значимо связано с вероятностью эффективного дренирования. На основании оценки максимального правдоподобия можно утверждать, что вероятность эффективного дренажа уменьшается с увеличением значений СРБ.

**Обсуждение:** В настоящем исследовании объем абсцессов оценивался на основе компьютерной томографии. Профессиональная литература содержит информацию только о самых больших размерах абсцессов. Однако мы предположили, что объем, расположение и форма являются наиболее значимыми для эффективного дренажа абсцесса. Поэтому мы разделили абсцессы на четыре категории в зависимости от объема: < 3 см<sup>3</sup>, от 3 до 5 см<sup>3</sup>, от 5 до 10 см<sup>3</sup> и > 10 см<sup>3</sup>. Это разделение использовалось для определения техники дренирования. Небольшие абсцессы (< 3 см<sup>3</sup>) опорожнялись с помощью сонографически контролируемой пункции, поскольку эта методика облегчает опорожнение всего абсцесса за одну процедуру. Абсцессы больше 3 см<sup>3</sup> требовали постоянного дренирования, поэтому в полость абсцесса под сонографическим контролем был имплантирован дренаж. Дренаж оставляли на месте до прекращения гнойного истечения, которое длилось от 7 до 34 дней.

Крупные абсцессы являются наиболее сложными в плане лечения. Казалось бы, большой объем скопления легко пунктировать и дренировать. Объем множественных абсцессов печени варьировался от 3 до 5 см<sup>3</sup>, и они развились из-за механической обструкции общего желчного протока. Стандартное лечение в таких случаях включало гибридную процедуру, включающую дренирование абсцесса и вскоре после этого эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию для декомпрессии утечки инфицированной желчи. Многокамерные абсцессы в форме песочных часов лечили многочисленными дренажами. Этот подход направлен на достижение каждой полости для повышения эффективности процедуры. Однако обширный воспалительный процесс, проявляющийся в общем состоянии пациента, и выраженный повышенный лейкоцитоз и СРБ являются плохими прогностическими факторами. На основании оценки максимального правдоподобия можно утверждать, что вероятность эффективного дренирования уменьшается с ростом значений СРБ.

По нашему мнению, основная причина связана с размерами абсцесса, который напрямую влияет на защитные механизмы органа и вызывает септицемию.

Системное антибактериальное лечение остается основным лечением первой линии. Выбор антибиотика первой линии, до получения результатов посева абсцесса, должен включать наиболее вероятный источник инфекции и широкий спектр патогенов. Рекомендуемая продолжительность парентеральной антибиотикотерапии составляет 2–4 недели или до тех пор, пока не будет получено клиническое, биохимическое и рентгенологическое улучшение.

**Выводы**

1. Чрескожный дренаж эффективен при лечении одиночных абсцессов печени объемом < 5 см<sup>3</sup>. Абсцессы неправильной формы эффективно дренируются с помощью многоточечного дренажа.

2. Гибридный дренаж (эндоскопический и чрескожный) является методом выбора при лечении абсцессов, возникших в результате обструкции желчных протоков.

3. Статистическая значимость в отношении воспалительных маркеров была обнаружена только для СРБ, поскольку он коррелировал с эффективностью дренажа, т. е. вероятность того, что эффективность дренажа снижалась с увеличением значений СРБ.

## АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ХИРУРГИИ

*Матмуратов К.Ж., Ёркулов А.*

*Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель: определить хирургическую тактику и улучшить результаты лечения у больных с анаэробной инфекцией.

Материалы и методы: исследование включает 11 больных госпитализированные и оперированные в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в 2023-2024 гг. Во всех случаях у больных отмечалось молниеносное течение анаэробной инфекции. У 7 (63,6%) пациентов при поступлении было выявлено первичная ворота вхождения инфекции в организм, в остальных случаях определить или выявлять первичный источник не удалось выяснить. Пациенты были госпитализированы в экстренном порядке в реанимационное отделение из-за тяжести состояния. У 9 (81,8%) больных по анамнезу с начала заболевания прошло не более 12 ч. В остальных 3-х случаях не более 24 ч. При этом 4 больных были переведены в наше отделение из других лечебных учреждений.

Заболевание начиналось жжением в области первичного дефекта и отмечалось прогрессирование болевого синдрома в динамике. Последующие часы присоединялось припухлость в этой области (в 8 случаях процесс локализовалась в конечностях). В динамике отмечались признаки головокружение, снижение А/Д, сухость во рту и сильное недомогание. Также у 3 пациентов наблюдалось острая задержка мочи, несмотря на катетеризацию мочевого пузыря у этих больных не отмечался выделение мочи.

В реанимационном отделении пациентам начала массивная инфузионная терапия с учетом ЦВД и были назначены антибиотики широкого действия (дескальционная антибактериальная терапия). В связи нарушением наружного дыхания в 3-х случаях пришлось выполнить интубацию и из-за сильного снижения А/Д в 7 случаях больные были подключены к вазопрессорам и после кратковременной подготовки, взяты на операцию. Антибактериальная терапия, включающая комбинированных цефалоспоринов, аминогликозидов и препаратов против анаэробной инфекции (орнидазол, клиндамицин, метронидазол) у всех пациентов была аналогичной и носила эмпирический характер.

Обязательным компонентом комплексной терапии была антикоагулянтная терапия (гепарин, клексан, стрептокиназа), которая проводилась в зависимости время свертываемости крови.

Результаты: во время оперативного вмешательства определена объем операции индивидуально в зависимости от распространения процесса. При этом максимально старались оставить свободные лоскуты мягких тканей, которые в последующем послужили аутоматериалом для закрытия раневого дефекта или реконструктивно-пластических операций. У 7-и пациентов из 11 было произведено усечение конечности. Ампутация выполнена в 4 случаях, экзартикуляция у 3-х больных. Из последних у 2-х пациентов пришлось выполнить экзартикуляцию с тазобедренного сустава.

Во всех случаях пациентам вставлен диагноз: сепсис, септический шок. При этом у 5-и больных отмечались признаки полиорганной недостаточности. Несмотря на проведенное лечение и экстренные мероприятия направленное на подавления инфекции и ее последствий в ближайшие 48 ч умерли 5 больных (45,4%). В двух случаях в связи с высокой концентрацией мочевины и креатинина в крови пришлось провести гемодиализ в экстренном порядке. При поступлении лишь у одного пациента наблюдалось в анамнезе повышение температуры тела, в остальных случаях больные на этот клинический признак не жаловались.

Обсуждение: несмотря на своевременный адекватный хирургический помощь у данного контингента больных имеется высокий риск неблагоприятный результат в послеоперационном периоде. Имеются множества факторов, которые хирург должен обратить внимание и строго определить объем оперативного вмешательства индивидуально. В современном этапе хирургической помощи пациентам с анаэробной инфекции до сих пор имеются спорные актуальные вопросы, решение которых непосредственно улучшить результаты лечения и качества жизни пациентов в отдаленном периоде.

Выводы: для получения благоприятного результата хирургического лечения пациентов с анаэробной инфекции важное значение имеет сроки обращения пациентов в стационар, так как при молниеносном течении данного заболевания даже решают судьбу пациентов несколько часов. Задачами хирурга при поступлении таких пациентов являются госпитализация пациента в реанимационное отделение, провести полноценную инфузионную терапию и первичная санация или вскрытие патологического очага. На фоне проведенной интенсивной терапии выполнение радикальной операции считается неприемлемой, так как в большинстве случаев для первичной хирургической помощи на первые сутки достаточным будет аэрация патологического очага.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Мадрахимов Ш.Н., Авалбаев Ж.М., Худойшукуров С.А.*

*ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность.** Качество жизни (КЖ) – это «характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии».

**Цель исследования:** изучить качество жизни пациентов в аспекте непосредственной и отдаленной эффективности стандартных и разработанных методов хирургических вмешательств при сочетанных постожоговых рубцовых сужениях глотки, пищевода и желудка (СПРСГПиЖ).

**Материал и методы.** Исследованы 68 пациентов с СПРСГПиЖ в возрасте 4-85 лет (средний возраст – 34,43±0,66 лет) по ЦРШ, госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), тесту Спилбергера STAI и опросника SF-36 на сроках – в первые сутки поступления в стационар, после окончания лечения, через 6 месяцев, 1, 2 и 3 года после проведенного лечения. Пациенты разделены на 2 группы: основная группа (ОГ) – 39 пациентов, прооперированных разработанным нами «Способом формирования фарингоколоанастомоза при шунтирующей колопластике» (патент IAP № 05835) и группа сравнения (ГС) – 29 больных, которым наложен анастомоз с косопоперечным рассечением пищевода.

**Результаты и обсуждение.** Сравнительный анализ результатов динамики баллов общего состояния по ЦРШ продемонстрировал статистически значимую межгрупповую разницу уже через 6 месяцев после проведения хирургической коррекции СПРСГПиЖ, которая констатирована на всем протяжении динамического наблюдения. Идентичная картина характеризует и клиническую симптоматику – дисфагию, динамика которой также имела статистически значимую межгрупповую разницу начиная с 6 месяцев и до окончания срока наблюдения. По ЦРШ большей субъективной результативностью отличается разработанный нами способа наложения фарингоколоанастомоза относительно стандартной методики.

По шкале HADS субклиническую тревогу имели в ОГ 32 (82,05%) пациентов при 7 (17,95%) с клинической тревогой, в ГС – 26 (89,66%) и 3 (10,34%) пациентов соответственно, без статистической значимости межгрупповой разницы ( $p=0.597$ ). По субшкале депрессии HADS ОГ имели клиническую депрессию 27 (69,23%) пациентов и 12 (30,77%) с субклинической депрессией, а в ГС – 23 (79,31%) и 6 (20,69%) пациентов соответственно, без статистической значимости межгрупповой разницы ( $p=0.514$ ).

Нормализация состояния по субшкале тревоги HADS происходила уже через 6 месяцев, а статистически значимо лучшее состояние в ОГ относительно ГС и исходного состояния нами констатирована через 2 года после операции ( $p\leq 0,05$ ). По подшкале депрессии HADS в ОГ нормализовалось состояние пациентов через 6 месяцев, а в ГС только через 2 года, при межгрупповом сравнении статистически значимая разница констатирована через 1 год динамического наблюдения.

Мы констатировали статистически значимое снижение ситуативной тревожности по тесту STAI в ОГ уже при выписке, а в ГС – только через 6 месяцев после проведенной хирургической коррекции, статистически значимая разница при межгрупповом сравнении только при исследовании через 3 года. При этом реактивная тревожность по тесту STAI имела статистически значимые изменения в сравнении с исходным уровнем уже при выписке в обеих группах, но статистическая значимость межгрупповой разницы по этой шкале не была достигнута на протяжении всего периода динамического наблюдения.

**Вывод:** по динамике баллов общего состояния и дисфагии по ЦРШ, тревоги и депрессии HADS, ситуативной и личностной тревожностям STAI необходимо при выборе методики наложения фарингоколоанастомоза применять разработанный нами способ, что позволит снизить физические, психологические и социальные последствия СПРСГПиЖ, ускорить восстановление физического и психического здоровья пациента и его социализацию.

## РЕЗУЛЬТАТЫ БУЖИРОВАНИЯ В РАНЕЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА.

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Юсупов Ю.Г.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

### Актуальность:

По данным ВОЗ: «в США ежегодно ожоги глотки и пищевода получают 15 000 человек, причем тяжелые ожоговые травмы, приводящие к стенозу, составляют 10-20%, а тяжелые сочетанные повреждения пищевода вследствие действия кислот встречаются в 6-20% случаев, чаще встречаются в возрасте от 30 до 40 лет и с суицидальными намерениями, примерно у 45% развиваются осложнения, являющиеся причиной инвалидизации, летальность остается высокой, достигающая 20-25%».

**Цель:** Изучить результаты бужирования в раннем постожоговом периоде у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Распределение больных по полу и возрасту было следующим: мужчин было 155(38,9%), женщин – 243(62,1%), средний возраст составил – 34,4±0,66 год.

Характер принятых внутрь был следующим: наибольшее число, составили больные принявшие внутрь уксусную эссенцию – 265(66,6%) больных, на втором месте, причиной ожога являлся прием различных щелочей – 72(18,1%) больных, 34 больных, что составило 8,6%, не смогли точно указать характер принятого химического реагента, прием серной кислоты являлась причиной ожога у 22(5,5%) больных и 5(1,2%) больных приняли внутрь соляную кислоту.

После обследования 398 больных, нами было установлено, что рубцовая стриктура пищевода сочеталась со стриктурой глотки у 16,3% больных, желудка у 62%, а также глотки и желудка у 21,6% больных.

Распределение больных по времени поступления в стационар с момента ожога, было следующим: в раннем

постожоговом периоде до 6 месяцев обратились 171 больных, что составило 43%. В позднем постожоговом периоде, в сроки от 6 месяцев и более, обратились 227(57%) больных.

Группа больных с преобладанием клиники непроходимости глотки и пищевода являлась самой большой по численности, так как включала в себя 65 больных с сочетанными постожоговыми стриктурами глотки и пищевода, 101 больного из группы с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка, а также 50 больных из группы больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка, так как у всех этих больных преобладала клиника непроходимости пищевода.

Из 398 больных, пациенты у которых преобладала клиническая картина непроходимости пищевода составила 216(54,3%) больных.

**Результаты и обсуждение:** Из 216 больным с сочетанным стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости пищевода, в раннем постожоговом периоде обратилось 129 больных, что составило 59,7%. У всех больных основным симптомом являлась дисфагия. Дисфагия I степени отмечалась у 6(4,7%) больных, дисфагия II степени у 73(56,5%), жалобы на дисфагию III степени предъявляли 42(32,6%) больных и дисфагия IV степени у 8(6,2%). Всем 129 больным было произведено бужирование по струне.

Согласно критериям оценки эффективности бужирования, получены следующие результаты: хорошие результаты получены у 49(38%) больных, удовлетворительные у 33(25,6%) больных и неудовлетворительные у 47(36,4%) больных. У больных с сочетанными стриктурами глотки и пищевода, хорошие результаты достигнуты у 36,8% больных, удовлетворительные у 15,8% больных и неудовлетворительные у 47,4% больных.

Всем 47 больным, у которых результат бужирования был неудовлетворительным, произведено наложение гастростомии по Штаму-Сену-Кадеру и рекомендовано повторное обращение в более поздние сроки для выполнения реконструктивно-восстановительных операций.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Бужирование по струне, несмотря на свою давнюю историю, остается золотым стандартом лечения рубцовых стриктур не зависимо от сроков с момента ожога. Выполнение резекционных вмешательств в раннем постожоговом периоде чревато формированием рубцовой стриктуры анастомоза, в следствие незавершенного рубцового процесса. В этой связи, у больных с преобладанием клиники непроходимости глотки и пищевода в раннем постожоговом периоде рекомендуем выполнять бужирование пищевода, а при получении неудовлетворительных результатов прибегать к наложению гастростомии.

## К ВОПРОСУ ОЧЕРЕДНОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГОРТАНИ, ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА.

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность.** Химические ожоги верхних пищеварительных и дыхательных путей в клинической практике встречаются довольно часто, в основном поражаются полость рта, глотка, гортань, грудной отдел и нижняя треть пищевода, желудок в области дна, малой кривизны, кардиального и антрального отделов.

Химические ожоги глотки при приеме вещества прижигающего действия (ВПД) не так интенсивны относительно пищевода и желудка, что обусловлено коротким временем контакта ВПД со слизистой оболочкой глотки, но максимально поражены оказываются дужки небных миндалин, мягкое небо с маленьким язычком, язычная поверхность надгортанника, окружающая гортань гортаноглотка, включая жом пищевода.

**Цель исследования:** оценить частоту поражений глотки при сочетанных химических ожогах пищевода и провести анализ оториноларингологических вмешательств на первом этапе оказания специализированной помощи.

**Материал и методы.** Исследованы 398 пациентов с сочетанными постожоговыми стриктурами гортани, глотки, пищевода и желудка (СПРСГПиЖ), в возрасте 4-85 лет с сочетанием поражения глотки и пищевода у 16,3% больных, пищевода и желудка – у 62%, глотки и желудка – у 21,6% пациентов. Для диагностики СПРСГПиЖ, нами применялись эндоскопический и рентген-контрастный методы исследования, что было достаточно для определения диагноза.

**Результаты и обсуждение.** При преобладании рубцового процесса в глотке основная проблема – ее стриктуры и деформации, формирующиеся через 1-6 мес. после ожога. При поражении преимущественно гортаноглотки, которое констатировали у 48 больных, превалировали жалобы на затруднение при глотании, слюнотечение из-за невозможности проглотить слюну, эпизодическое поперхивание при глотании, кашель с отхаркиванием мокроты с примесью съеденной пищи.

В раннем постожоговом периоде все эти жалобы более выражены в связи с острым отеком и воспалением слизистых оболочек. В этом периоде со стороны оториноларинголога проводились эндоскопические некрэктомии (удаление некротических масс для профилактики вторичного инфицирования и образования грубых рубцов в глотке), ее дилатация (бужирование) для предотвращения формирования стенозов, также проводят эндоскопическое лазерное рассечение сформировавшихся спаек и рубцов.

В позднем постожоговом периоде оториноларингологи отмечали у исследуемых пациентов фиброзные участки в полости рта, особенно на твердом небе и в меньшей степени на спинке языка, при чем в переходной области между мягким и твердым небом фиброз был более выраженным, образуя толстый мост – перпендикулярный фиброзный тяж к глоточной дуге, подтягивающий ее вверх и отклоняющий язычок в сторону повреждения.

У 23 (47,92%) пациентов фиброзные поражения становились более интенсивными по мере проникновения к гортаноглотке, но гортань не была поражена. У 16 (33,33%) больных констатированы некротические разрушения верхних двух третей надгортанника, обнажив гортань для слюны и пищевого комка. У 4 (8,33%) пациентов надгортанник не был разрушен, но его свободный край спаялся с боковыми и задними стенками глотки, полностью перекрыв переход между ротоглоткой и гортанью, что требовало проведение эзофагофарингопластики, для обеспечения прохождения пищи и дыхания. Этим 20 (41,66%) больным была первым этапом проведена трахеостомия

для обеспечения дыхания, трахеальные канюли использовались ими от 2 до 4 месяцев (в среднем  $3,15 \pm 0,45$  мес.).

При эзофагофарингоскопии у 5 (10,42%) пациентов оториноларингологи констатировали, что немного ниже стенки гортаноглотки фиброз спаял гортаноглотку с ретрокрикоидной областью, полностью перекрывая проход пищи, далее не прерываясь распространялся вниз по пищеводу и желудку. Этим пациентам также проведена трахеостомия для обеспечения дыхания и эзофагофарингопластика с ларингопластикой с наложением ларингофиссуры с иссечением рубцов и пластикой слизистой оболочки гортани, а также аугментация голосовых складок.

Оториноларингологами у 47,92% пациентов констатированы фиброзные поражения, более интенсивные к гортаноглотке без поражения самой гортани, у 33,33% - констатированы некротические разрушения верхних двух третей надгортанника, обнажившие гортань для слюны и пищевого комка, у 8,35% пациентов надгортанник не был разрушен, но его свободный край спаялся с боковыми и задними стенками глотки, полностью перекрыв переход между ротоглоткой и гортанью.

Оториноларингологами прооперированы на первом этапе 25 (52,08%) пациентов, которым проведены различные виды хирургической коррекции глотки и гортани после наложения трахеостомии для обеспечения дыхания – эзофагофарингопластика, ларингопластика с наложением ларингофиссуры, иссечение рубцов и пластика слизистой оболочки гортани. Остальным 23 (47,92%) больных оториноларингологами проведены иссечение рубцов и пластика слизистой оболочки мягкого неба, задней стенки рото- и гортаноглотки, после чего дано разрешение на проведение дальнейшей хирургической коррекции.

**Заключение.** При наличии жалоб на кашель после приема пищи, осиплость голоса, затруднение дыхания, обязательно дополнительное выполнение орофарингоскопии и, эндоскопическое исследование гортаноглотки, гортани и жома пищевода на ТБФС. При преобладании респираторных жалоб над алиментарными, необходимо направить пациента на консультацию и первоэтапную хирургическую помощь к оториноларингологу для обеспечения респираторной функции в максимальном объеме и решения вопроса об очередности оказания специализированной помощи.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ШУНТИРУЮЩЕЙ ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА.

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность:** Все пластические операции на пищеводе высокотравматичны и технически сложны. Они могут сопровождаться крайне тяжёлыми осложнениями, наиболее грозным из которых является ишемия и некроз трансплантата. По данным ряда авторов, высокими остаются и показатели летальности от 9 до 23%.

**Цель:** провести анализ непосредственных результатов шунтирующей эзофагоколопластики у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Из 398 больных, шунтирующая эзофагоколопластика была произведена 143 больным, что составило 36%. Показанием к операции в 98% служили неудовлетворительные результаты бужирования.

**Результаты и обсуждение:** После 143 реконструктивно-восстановительных операций, у всех больных произведен анализ послеоперационных осложнений. При этом у 98 больных, что составило 68,5%, никаких осложнений не наблюдалось, а у 45 (31,5%) больных наблюдались различные осложнения.

Следует отметить, что количество видов осложнений составило 69, что превышает число больных, у которых возникли послеоперационные осложнения. Это несоответствие объясняется тем, что у одного больного наблюдалось одно и более осложнений. Для структурного анализа осложнений, последние были распределены на несколько групп: бронхолегочные осложнения, специфические, гнойно-воспалительные и кровотечение.

Среди бронхолегочных осложнений, наблюдались следующие: пневмония у 9,8%, экссудативный плеврит у 11,2% и пневмоторакс у 2% больных. Среди специфических осложнений, недостаточность пищеводных анастомозов наблюдалась у 4,9% больных, тотальный некроз колотрансплантата у 0,7% больных, недостаточность колоколоанастомоза у 0,7% и несостоятельность кологастроанастомоза также у 0,7% пациентов. В группе гнойно-воспалительных осложнений, нагноение шейной раны наблюдалось у 9,1%, нагноение лапаротомной раны у 4,9%, эмпиема плевры у 1,4% и гнойный медиастинит у 0,7%. Арозивное кровотечение наблюдалось у 2% больных на фоне нагноения шейной раны.

В двух случаях развились грозные осложнения, такие как перитонит на фоне несостоятельности колоколоанастомоза и тотальный некроз трансплантата, которые привели к летальному исходу, что составило 1,4%.

**Заключение:** Как уже говорилось ранее, любые реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе, сопряжены с высоким риском послеоперационных осложнений, сложной и длительной реабилитацией. Выполнение этих операций требуют серьезной предоперационной подготовки, опыта хирурга, а также опыта всего смежного персонала на всех этапах периоперативного периода.

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДКА.

*Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность:** При химических ожогах верхних отделов желудочно-кишечного тракта, наиболее распространены отравления уксусной кислотой (53,6-85,6%), отравления щелочами у 18-38,6%, у 2-14% пострадавших отравляющее вещество было неизвестным, 87% больных составляют люди трудоспособного возраста, причем 70-90% из них получают ожог пищевода случайно, а преднамеренно (с целью суицида) – до 5-7%, в подавляющем большинстве случаев химический ожог получают мужчины (79,4%).

**Цель:** Улучшить результаты лечения в позднем постожоговом периоде у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости желудка.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Распределение больных по полу и возрасту представлено было следующим: мужчин было 155(38,9%), женщин – 243(62,1%), средний возраст составил – 34,4±0,66 год.

Характер принятых внутрь химических реагентов был следующим: наибольшее число, составили больные принявшие внутрь уксусную эссенцию – 265(66,6%) больных, на втором месте, причиной ожога являлся прием различных щелочей – 72(18,1%) больных, 34 больных, что составило 8,6%, не смогли точно указать характер принятого химического реагента, прием серной кислоты являлась причиной ожога у 22(5,5%) больных и 5(1,2%) больных приняли внутрь соляную кислоту.

После обследования 398 больных, нами было установлено, что рубцовая стриктура пищевода сочеталась со стриктурой глотки у 16,3% больных, желудка у 62%, а также глотки и желудка у 21,6% больных.

В позднем постожоговом периоде, в сроки от 6 месяцев и более, обратилось 37 больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости желудка.

В позднем постожоговом периоде, у 27(73%) больных, отмечалась дисфагия только на твердую пищу, а у 10(27%) больных, жалоб на дисфагию не было. Не смотря на жалобы на дисфагию, при эндоскопическом исследовании диагностировалась стриктура по одной или двум стенкам и была свободна проходима для эндоскопа. При рентгенконтрастном исследовании также не отмечалось затруднения прохождения бариевой взвеси через стриктуру.

Локализация рубцовых стриктур в желудке была следующей: привратник+анtrum у 13 больных, анtrum у 14 больных, тело и анtrum у 10 больных.

При рентгенконтрастном исследовании, у всех 37 больных выявлены нарушения эвакуации в разной степени выраженности: Компенсированный стеноз (С-I) наблюдался у 4 больных, субкомпенсированный (С-II) у 9 больных и декомпенсированный стеноз (С-III) наблюдался у 24 больных.

**Результаты и обсуждение:** Почти у всех больных, не смотря на стеноз желудка, был сохранен алиментарный статус, что позволяло выполнить радикальное вмешательство у 31(83,8%) больных. Однако у 6(16,2%) исходно наблюдалось выраженное алиментарное истощение. Объем резекции зависел от распространенности рубцового процесса.

Экономная резекция 1/2 желудка была произведена 10(27%) больным, резекция 2/3 желудка по Бильрот-1 у 18(48,7%) больных, субтотальная резекция желудка по Бильрот-2 у 8(21,6%) больных и гастрэктомия по поводу тотального рубцового сужения желудка была выполнена у 1(2,7%) больного. В 6(16,2%) случаях, как уже сказано выше, учитывая выраженное алиментарное истощение, выполнено наложение обходного гастроэнтероанастомоза.

Анализ непосредственных результатов лечения 37 больных с сочетанными поражением желудка с превалированием клиники нарушения эвакуации показал, что у 36(97,3%) больных отмечен хороший результат, так как у всех пациентов удалось нормализовать пассаж из желудка, при этом не наступило каких-либо послеоперационных осложнений.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** В позднем постожоговом периоде хирургическая тактика зависит от исходного состояния больного. При сохраненном алиментарном статусе возможно выполнение резекционных вмешательств или дренирующих желудок операций. В случаях же когда у больного имеется алиментарное истощение, рекомендуем прибегать к дренирующим желудок операциям.

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА.

*Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность:** Ожоговая болезнь после проглатывания неорганических кислот обуславливают денатурацию белков слизистой оболочки и подслизистого слоя, что приводит к резкому формированию достаточно плотного

некротического вала коагуляционного генеза, что способствует ограничению проникновения кислоты вглубь тканей, однако именно это обуславливает формирование болевого шока и увеличению интоксикации организма, что приводит к формированию осложнений.

**Цель:** Улучшить результаты лечения в позднем постожоговом периоде у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости глотки и пищевода.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Распределение больных по полу и возрасту было следующим: мужчин было 155(38,9%), женщин – 243(62,1%), средний возраст составил – 34,4±0,66 год.

Характер принятых внутрь был следующим: наибольшее число, составили больные принявшие внутрь уксусную эссенцию – 265(66,6%) больных, на втором месте, причиной ожога являлся прием различных щелочей – 72(18,1%) больных, 34 больных, что составило 8,6%, не смогли точно указать характер принятого химического реагента, прием серной кислоты являлась причиной ожога у 22(5,5%) больных и 5(1,2%) больных приняли внутрь соляную кислоту.

После обследования 398 больных, нами было установлено, что рубцовая стриктура пищевода сочеталась со стриктурой глотки у 16,3% больных, желудка у 62%, а также глотки и желудка у 21,6% больных.

Распределение больных по времени поступления в стационар с момента ожога, было следующим: в раннем постожоговом периоде до 6 месяцев обратились 171 больных, что составило 43%. В позднем постожоговом периоде, в сроки от 6 месяцев и более, обратились 227(57%) больных.

Из 398 больных, пациенты у которых преобладала клиническая картина непроходимости пищевода составила 216(54,3%) больных.

Из 216 больных с преобладанием клиники непроходимости пищевода, в позднем постожоговом периоде обратилось 87 больных, что составило 40,3%.

У всех 87 больных, преобладающим симптомом являлась дисфагия: дисфагия I степени отмечалась у 3(3,5%) больных, дисфагия II степени у 35(40,2%), жалобы на дисфагию III степени предъявляли 37(42,5%) больных и дисфагия IV степени у 12(13,8%).

**Результаты и обсуждение:** Всем 87 больным с сочетанными стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости пищевода, в позднем постожоговом периоде, лечение также начато с бужирования по струне-проводнику. При этом хорошие результаты достигнуты у 29(12,6%) больных, удовлетворительные у 13(6,9%) больных и неудовлетворительные у 45(80,5%) больных.

Пациентов с поздними ожогами, которым потребовалось хирургического вмешательства было значительно больше и составило 45(80,5%) больных. Из них, учитывая выраженное алиментарное истощение, в 16(35,6%) случаях наложена гастростома как подготовительный этап к шунтирующей пластике пищевода. В 29(64,4%) случаях сразу выполнены реконструктивно-восстановительные операции.

В отдаленном периоде, который прослежен в сроки до 5 лет, ни один пациент не нуждался в операции на желудке, в связи с тем, что рубцовое сужение в стенке желудка не прогрессировало.

У 47 больных из группы с ранними ожогами и 16 больным из группы с поздними ожогами, которым ранее была наложена гастростома, в последующем, уже в позднем постожоговом периоде, выполнены реконструктивные-восстановительные операции.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Хирургическая тактика в позднем постожоговом периоде зависит от алиментарного статуса больного. Так как шунтирующая колопластика считается очень травматичной и инвалидизирующей операцией, выполнение ее при выраженном алиментарном истощении сопряжен с высоким риском развития послеоперационных осложнений. В случаях, когда у больного имеется дефицит массы тела и при этом бужирование стриктуры не эффективно или невозможно, мы рекомендуем наложение гастростомы по Штаму-Сену-Кадеру как первый этап перед реконструктивно-восстановительной операцией.

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАНЕЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛУДКА.

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшикуров С.А.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность:** При приеме внутрь химических веществ прижигающего действия, максимальное поражение приходится на пищевод и желудок, хирургическое восстановление которых и в настоящее время занимает умы исследователей. До сих пор отсутствует единая тактика хирургического лечения больных с сочетанными поражениями и выбора метода хирургической коррекции желудка: еюностомия, гастрэктомия, резекция, обходные анастомозы, дренирующие операции, пилоропластика, выполнение которых зависит от времени с момента ожога, от степени сужения и локализации стриктуры желудка.

**Цель:** Улучшить результаты лечения в раннем постожоговом периоде у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости желудка.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Распределение больных по полу и возрасту было следующим: мужчин было 155(38,9%), женщин – 243(62,1%), средний возраст составил – 34,4±0,66 год.

Характер принятых внутрь был следующим: наибольшее число, составили больные принявшие внутрь уксусную эссенцию – 265(66,6%) больных, на втором месте, причиной ожога являлся прием различных щелочей – 72(18,1%) больных, 34 больных, что составило 8,6%, не смогли точно указать характер принятого химического реагента, прием серной кислоты являлась причиной ожога у 22(5,5%) больных и 5(1,2%) больных приняли внутрь соляную кислоту.

После обследования 398 больных, нами было установлено, что рубцовая стриктура пищевода сочеталась со стриктурой глотки у 16,3% больных, желудка у 62%, а также глотки и желудка у 21,6% больных.

Распределение больных по времени поступления в стационар с момента ожога, было следующим: в раннем постожоговом периоде до 6 месяцев обратились 171 больных, что составило 43%. В позднем постожоговом периоде, в сроки от 6 месяцев и более, обратились 227(57%) больных.

В нашем исследовании, из 398 больных с сочетанными стриктурами, группу больных с преобладанием клиники непроходимости желудка составили 79(19,8%) пациентов. В нее вошли 43 больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка и 36 больных с сочетанными стриктурами глотки, пищевода и желудка. Как показал анализ жалоб и данные обследований, рубцовые изменения со стороны глотки и пищевода не были клинически выражены у 24(30,4%) больных или отмечалась дисфагия только I степени у 55(69,6%) больных.

В раннем постожоговом периоде обратилось 42(53,2%) пациента. Из них, жалобы на дисфагию предъявляли 28(66,7%) больных, но при этом больные отмечали эпизодическое затруднение прохождения только твердой пищи. У 14(33,3%) больных при инструментально подтвержденной стриктуре глотки или пищевода, при опросе, жалоб на дисфагию не было.

В раннем постожоговом периоде рубцовая стриктура в привратнике и антруме наблюдалась у 16 больных, в антруме у 14 больных, в теле и антруме у 10 больных и тотальная стриктура желудка была диагностирована у 2 больных.

После проведенного рентгенконтрастного исследования эвакуации из желудка, нарушения были следующими: компенсированный стеноз (С-I) наблюдался у 5 больных, субкомпенсированный (С-II) у 11 больных и декомпенсированный стеноз (С-III) наблюдался у 26 больных.

**Результаты и обсуждение:** В раннем постожоговом периоде, от резекционных вмешательств нами решено воздержаться.

Для восстановления нормальной эвакуации из желудка, у 26,2% был наложен гастродуоденоанастомоз по Джабулею и у 73,8% наложен обходной гастроэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом по Брауну.

После выполненных операций, ни в одном случае осложнений не наблюдалось.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Выполнение резекционных вмешательств в раннем постожоговом периоде чревато формированием рубцовой стриктуры анастомоза, в следствие незавершенного рубцового процесса. В этой связи, у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами с преобладанием клиники непроходимости желудка, в раннем постожоговом периоде рекомендуем ограничиться дренирующими желудок операциями.

## ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАНЕЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА.

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Жаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г., Худойшукуров С.А.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность:** В настоящее время в развитых и развивающихся странах рубцовые стриктуры верхних отделов ЖКТ в результате приема химических жидкостей составляют не менее 70% доброкачественных стенозов пищевода и 10-32% всех пострадавших, поступающих в центры по лечению острых отравлений, наиболее сложным является лечение пациентов с сочетанными послеожоговыми стриктурами глотки, пищевода и желудка, встречающихся в 24-42% из всех больных с ожоговыми стриктурами.

**Цель:** Улучшить результаты лечения в раннем постожоговом периоде у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Распределение больных по полу и возрасту было следующим: мужчин было 155(38,9%), женщин – 243(62,1%), средний возраст составил – 34,4±0,66 год.

Характер принятых химических реагентов был следующим: наибольшее число, составили больные принявшие внутрь уксусную эссенцию – 265(66,6%) больных, на втором месте, причиной ожога являлся прием различных щелочей – 72(18,1%) больных, 34 больных, что составило 8,6%, не смогли точно указать характер принятого химического реагента, прием серной кислоты являлась причиной ожога у 22(5,5%) больных и 5(1,2%) больных приняли внутрь соляную кислоту.

После обследования 398 больных, нами было установлено, что рубцовая стриктура пищевода сочеталась со стриктурой глотки у 16,3% больных, желудка у 62%, а также глотки и желудка у 21,6% больных. Распределение больных по времени поступления в стационар с момента ожога, было следующим: в раннем постожоговом периоде до 6 месяцев обратились 171 больных, что составило 43%. В позднем постожоговом периоде, в сроки от 6 месяцев и

более, обратились 227(57%) больных.

В нашем исследовании, мы решили объединить больных с преобладанием клиники непроходимости глотки и пищевода, в связи с тем, что обоих случаях, основной жалобой при обращении в стационар являлась дисфагия, а лечебная тактика была идентичной. Так как при бужировании стриктуры пищевода, одновременно происходит бужирование глотки и наоборот. В случаях же когда бужирование не эффективно или невозможно, выполняется шунтирующая фарингоколопластика.

Из 398 больных, пациенты у которых преобладала клиническая картина непроходимости пищевода составила 216(54,3%) больных.

**Результаты и обсуждение:** Из 216 больным с сочетанным стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости пищевода, в раннем постожоговом периоде обратилось 129 больных, что составило 59,7%. У всех больных основным симптомом являлась дисфагия: дисфагия I степени отмечалась у 6(4,7%) больных, дисфагия II степени у 73(56,5%), жалобы на дисфагию III степени предъявляли 42(32,6%) больных и дисфагия IV степени у 8(6,2%). Всем 129 больным было произведено бужирование по струне.

Согласно критериям оценки эффективности бужирования, получены следующие результаты: у больных с сочетанными стриктурами глотки и пищевода, хорошие результаты достигнуты у 36,8% больных, удовлетворительные у 15,8% больных и неудовлетворительные у 47,4% больных. У больных с сочетанными стриктурами пищевода и желудка, хорошие результаты получены у 38,3% больных, удовлетворительные у 38,3% и неудовлетворительные у 23,3% больных. При сочетании стриктур в глотке, пищеводе и желудке, хорошие результаты достигнуты у 38,7% больных, удовлетворительные у 13% больных и неудовлетворительные результаты получены у 48,3% больных.

Всем 47 больным, у которых результат бужирования был неудовлетворительным, произведено наложение гастростомии по Штаму-Сену-Кадеру и было рекомендовано повторное обращение в более поздние сроки для выполнения реконструктивно-восстановительных операций.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Выполнение резекционных вмешательств в раннем постожоговом периоде чревато формированием рубцовой стриктуры анастомоза, в следствие незавершенного рубцового процесса. В этой связи, у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки и пищевода в раннем постожоговом периоде рекомендуем выполнять бужирование пищевода, а при получении неудовлетворительных результатов прибегать к наложению гастростомии.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО ФАРНИГОКОЛОАНАСТОМОЗА ПРИ ШУНТИРУЮЩЕЙ ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА.

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Юсупов Ю.Г.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность:** Проблема несостоятельности как пищеводных, так и глоточных соустьев, существует ровно столько, сколько существует хирургия пищевода и пластика пищевода в частности. Актуальность несостоятельности пищеводных анастомозов в раннем послеоперационном периоде, а также развитие рубцовых стриктур анастомозов в отдаленном периоде, не снижается и решение этих проблем, остается целью новых научных исследований. Причины образования стриктур проксимального анастомоза делят на две группы: технические ошибки при формировании соустья (исходно узкое) и его рубцевание - как естественное, так и в результате воспаления при несостоятельности швов и заживления свища.

**Цель:** Улучшить непосредственные и отдаленные результаты фарингоколоанастомозов при шунтирующей колопластике.

**Материалы и методы:** В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» в период в 2000 по 2023гг произведено 68 шунтирующие фарингоколопластики пищевода по поводу сочетанных постожоговых рубцовых стриктур пищевода. У оперированных больных, при формировании глоточно-толстокишечного соустья мы применяли два вида анастомозов: косопоперечный фарингоколоанастомоз, разработанный в 2001г., а также новый вариант глоточного анастомоза, разработанный в 2016г. Оба применяемых анастомоза являются собственными, запатентованными разработками отделения, однако следует отметить, что косопоперечный анастомоз разрабатывался как пищеводный анастомоз.

В этой связи, 68 больных, которым была произведена шунтирующая фарингоколопластика, были разделены на две группы.

Группу сравнения составили 29 больных, оперированных в период с 2000 по 2015гг, которым при формировании глоточного соустья был наложен косопоперечный анастомоз.

В основную группу вошли 39 пациентов, оперированных с 2016 по 2023гг, у которых применялся новый вариант глоточного соустья. На разработанный вариант анастомоза получен патент на изобретения IAP № 05835 «Способ формирования фарингоколоанастомоза при шунтирующей колопластике».

**Результаты и обсуждение:** После наложения ФКА по новой методике, количество несостоятельности анастомозов снизилось более чем в два раза и наблюдалось у 2 больных, что составило 5,1%. После 68 шунтирующих фарингоколопластик, несостоятельность ФКА наблюдалась у 5 больных, что составило 7,4%. Из них, у 3(10,4%) больных после косо-поперечных ФКА и у 2(5,1%) больных после нового варианта ФКА.

**Заключение:** формирование глоточного анастомоза априори технически сложнее в исполнении по сравнению с пищеводным анастомозом. В большинстве своем это связано с анатомическими особенностями в этой области, а также степенью выраженности рубцовых изменений в глотке. Большинство хирургов занимающихся хирургией пищевода и в частности постожоговыми рубцовыми стриктурами, при формировании глоточного соустья используют ту же технику, что и при пищеводном анастомозе. Предлагаемый вариант глоточного анастомоза не является панацеей от таких осложнений как несостоятельность швов анастомоза и развитие рубцовой стриктуры в отдаленном периоде, но позволил их существенно сократить.

## РЕЗУЛЬТАТЫ БУЖИРОВАНИЯ В ПОЗДНЕМ ПОСТОЖОГОВОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГЛОТКИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КЛИНИКИ НЕПРОХОДИМОСТИ ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА.

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М., Мадрахимов Ш.Н., Искандаров С.Д., Юсупов Ю.Г.  
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова»*

**Актуальность:** Больные, в состоянии аффекта, чаще всего принимают внутрь различные кислоты (зачастую уксусной эссенции - 53,6-85,6%) и щелочей (чаще всего натрия гидроксида – 18-38,6%) и в 14% неизвестным отравляющим веществом. Пациенты с химическими ожогами пищевода и желудка составляют треть всех госпитализируемых токсикологические отделения, при этом преобладание клиники повреждения пищевода составляют свыше 70%, а желудка - до 32%, причем сочетанные повреждения пищевода и желудка с превалированием какого-либо органа фиксируются в половине случаев. Следует понимать, что тяжесть повреждения и распространенность ожоговой болезни и связанной с ней последующих стриктурных изменений пищевода и желудка зависти от нескольких факторов: «от количества и концентрации агрессивной жидкости, ее вязкости, экспозиции и ее резорбтивного действия».

**Цель:** Изучить результаты бужирования в позднем постожоговом периоде у больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости глотки и пищевода.

**Материалы и методы:** Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 398 больных с сочетанными ПРСП, которые находились на стационарном обследовании и лечении ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2000 по 2023 год.

Пациенты были разделены в зависимости от сроков поступления: в раннем постожоговом периоде до 6 месяцев обратились 171 больных, что составило 43%. В позднем постожоговом периоде, в сроки от 6 месяцев и более, обратились 227(57%) больных.

В нашем исследовании, мы решили объединить больных с преобладанием клиники непроходимости глотки и пищевода, в связи с тем, что обоих случаях, основной жалобой при обращении в стационар являлась дисфагия, а лечебная тактика была идентичной. Так как при бужировании стриктуры пищевода, одновременно происходит бужирование глотки и наоборот. В случаях же когда бужирование не эффективно или невозможно, выполняется шунтирующая фарингоколопластика.

По численности больных – эта самая большая группа, так как мы включили в нее 65 больных с сочетанными постожоговыми стриктурами глотки и пищевода, 101 больного из группы с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка, а также 50 больных из группы больных с сочетанными рубцовыми стриктурами глотки, пищевода и желудка, так как у всех этих больных преобладала клиника непроходимости пищевода.

Из 398 больных, пациенты у которых преобладала клиническая картина непроходимости пищевода составила 216(54,3%) больных. Из 216 больных с преобладанием клиники непроходимости пищевода, в позднем постожоговом периоде обратилось 87 больных, что составило 40,3%.

Дисфагия I степени отмечалась у 3(3,5%) больных, дисфагия II степени у 35(40,2%), жалобы на дисфагию III степени предъявляли 37(42,5%) больных и дисфагия IV степени у 12(13,8%).

**Результаты и обсуждение:** Всем 87 больным с сочетанными стриктурами глотки, пищевода и желудка с преобладанием клиники непроходимости пищевода, в позднем постожоговом периоде, лечение также начато с бужирования по струне-проводнику.

При этом хорошие результаты достигнуты у 29(12,6%) больных, удовлетворительные у 13(6,9%) больных и неудовлетворительные у 45(80,5%) больных.

Пациентов с поздними ожогами, которым потребовалось хирургическое вмешательство было значительно больше и составило 45(80,5%) больных. Из них, учитывая выраженное алиментарное истощение, в 16(35,6%) случаях наложена гастростома как подготовительный этап к шунтирующей пластике пищевода. В 29(64,4%) случаях выполнены реконструктивно-восстановительные операции.

В отдаленном периоде, который прослежен в сроки до 5 лет, ни один пациент не нуждался в операции на желудке, в связи с тем, что рубцовое сужение в стенке желудка не прогрессировало.

У 47 больных из группы с ранними ожогами и 16 больным из группы с поздними ожогами, которым ранее была наложена гастростома, в последующем, уже в позднем постожоговом периоде, выполнены реконструктивные-восстановительные операции.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** При рубцовых стриктурах пищевода постожогового генеза, при преобладании клиники непроходимости глотки или пищевода, независимо от сроков с момента ожога, лечение следует начинать с миниинвазивных методов лечения. В случае получения хороших и удовлетворительных результатов – это позволит избежать оперативного вмешательства.

## ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 50 СЛУЧАЕВ (2016–2024 ГГ.)

*Оразалиев Г.Б., <sup>1</sup>Базарбаев А.Г.*

*Районное медицинское объединение, Республика Узбекистан, Республика Каракалпакстан  
<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии  
имени академика В. Вахидова, Узбекистан, Ташкент.*

Цель работы: Всесторонняя оценка клинических характеристик, оперативных методик и результатов лечения эхинококкоза печени в условиях районной больницы на примере 50 случаев.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены медицинские карты 50 пациентов, проходивших стационарное лечение с диагнозом эхинококкоз печени в районной больнице города Беруний с 2016 по 2024 годы. Возраст пациентов варьировал в широких пределах — от детей младшего возраста (3 года) до пожилых лиц (78 лет), средний возраст пациентов 38 лет. Учитывались данные об общем состоянии пациентов, количестве кист, их морфологических характеристиках (включая размеры и объём содержимого), локализации поражения, наличии признаков нагноения, фиброзной капсулы и спаечного процесса. Кроме того, фиксировались случаи вовлечения соседних органов, тип проведённого хирургического вмешательства, дополнительные операции, осложнения в послеоперационном периоде и исход лечения. Все операции выполнялись лапаротомическим доступом в условиях стационара без применения лапароскопической техники.

Результаты исследования: Анализ показал, что в подавляющем большинстве случаев, а именно у 94% пациентов, имелась одиночная эхинококковая киста, тогда как множественные поражения были выявлены лишь у отдельных больных. Морфометрический разбор кист позволил установить, что размеры колебались в широком диапазоне — от 4 до 30 см по наибольшему измерению, при этом наиболее часто встречались кисты длиной около 8–12 см. Средняя длина кисты составила примерно 9,1 см. Объём содержимого, согласно операционным протоколам и визуальным измерениям, варьировал от 30 до 300 мл, со средней оценкой около 85 мл на кисту. Преимущественная локализация кист приходилась на правую долю печени, что соответствовало примерно 70% наблюдений. Поражение левой доли отмечалось реже, а двустороннее вовлечение обеих долей зафиксировано в единичных случаях.

Клинически значимое нагноение содержимого кисты диагностировалось у 28% пациентов. При морфологическом исследовании или интраоперационно наличие фиброзной капсулы было выявлено у подавляющего большинства — около 80% больных. Признаки спаечного процесса между кистой и окружающими структурами обнаружены приблизительно у трети пациентов, что в ряде случаев затрудняло мобилизацию образования и увеличивало продолжительность операции. В нескольких случаях было выявлено сопутствующее поражение других анатомических структур: так, в двух наблюдениях отмечено вовлечение селезёнки, потребовавшее выполнения спленэктомии; ещё в двух случаях поражение диафрагмы потребовало проведения пластики, и один пациент перенёс комбинированную операцию с удалением эхинококковой кисты из лёгкого.

Все хирургические вмешательства были выполнены с использованием традиционного лапаротомического доступа. Применение лапароскопической техники в условиях районной больницы не проводилось. В большинстве случаев объём вмешательства ограничивался эхинококктомией с санацией остаточной полости. Осложнений в послеоперационном периоде зафиксировано не было. По имеющимся данным, исход лечения у 98% пациентов расценён как благоприятный, с клиническим выздоровлением. Случаев летального исхода, повторного оперативного вмешательства или рецидива заболевания выявлено не было. В одном случае медицинская документация оказалась неполной, что не позволило точно определить клинический исход.

Выводы: Результаты данного анализа свидетельствуют о том, что эхинококкоз печени в условиях районной больницы, как правило, диагностируется на стадии изолированных крупных кист, часто сопровождающихся фиброзной капсулой и неосложнённым течением. Несмотря на ограниченные технические ресурсы и отсутствие доступа к малоинвазивным технологиям, проведение стандартных лапаротомических операций позволяет добиться высоких показателей излечения при минимальном уровне послеоперационных осложнений. Полученные данные подчёркивают необходимость ранней диагностики и позволяют рассматривать лапаротомический доступ как надёжную и безопасную методику лечения в контексте реальных возможностей районных лечебных учреждений. В будущем расширение хирургических подходов и внедрение современных технологий может способствовать ещё большей оптимизации лечения данной патологии.

## RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

*Rayimov G.N.<sup>1</sup>, Kosimov Sh.H.<sup>1</sup>, Salokhiddinov N.A.<sup>2</sup>, Akbarov M.M.<sup>2</sup>*

*1 - Fergana Medical Institute of Public Health*

*2 - Fergana branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care*

The aim of the study was to examine the results of surgical treatment of patients with chronic calculous cholecystitis and their correction.

Materials and methods of the study. Sixty-four patients aged 19 to 71 years (60 women, 4 men) were operated on for chronic calculous cholecystitis with duodenogastric reflux syndrome in the emergency abdominal surgery department of the Federal Federal Research Center for Emergency Medical Care. The indications for surgery were a long history, frequent attacks of pain in the right hypochondrium, detection of gallstones during cholecystography, and a “disconnected” gallbladder. Duodenogastric reflux was detected during fibrogastroscopy. The pressure in the duodenum was measured using an “open” catheter using a Waldman apparatus. The minimum pressure readings were  $137 \pm 30$  ml of water column ( $p < 0.01$ ), maximum -  $165 \pm 30$  ml of water column ( $p < 0.01$ ). Under physiological load (100 ml of saline solution), the maximum pressure did not exceed 240 ml of water column with a return to the initial level, which indicated a compensated form of duodenal hypertension in operated patients.

Results of the study and their discussion. Upper midline laparotomy was performed under endotracheal anesthesia. Revision of the abdominal cavity necessarily included assessment of the gallbladder, common bile duct, pancreas and duodenum. Calculous cholecystitis was detected in 48 patients, acalculous cholecystitis - in 4, cystic duct syndrome (partial acalculous obstruction) - in 3, cholecystopancreatitis - in 4, pericholecystitis - in 5. Changes in the duodenum by the type of duodenostasis were detected in 3 patients.

In all cases, cholecystectomy was performed, which in three cases was supplemented by choledochostomy according to Vishnevsky. In 2 patients, vagotomy according to Bourget was performed. In 16 cases, pyloric and hepatic vagotomy was performed to reduce duodenal hypertension and prevent duodenogastric reflux by transecting the lesser omentum at the level of the pylorus to the porta hepatis and lowering the duodenojejunal angle by dissecting the Treitz ligament.

Complications after conventional cholecystectomy with duodenogastric reflux syndrome were noted in 63% of patients in the early and late postoperative period. Nine patients were repeatedly treated for painful pancreatitis; cholecystectomy did not bring relief. Alkaline reflux gastritis was detected in 15 patients during repeated visits. The nature of pain in these patients changed insignificantly. In three patients, chronic pancreatitis was combined with erosive reflux gastritis, which aggravated the clinical course. The remaining patients complained of dull pain in the right hypochondrium, bitterness in the mouth, and nausea, more often in the morning.

Analyzing the results of surgical treatment of chronic cholecystitis with duodenogastric reflux syndrome, it can be assumed that one of the reasons for the development of complications and complaints of patients after surgery were uncorrected motor disorders of the duodenum and, in particular, duodenogastric reflux. The established ideas about functional disorders that will disappear on their own with the elimination of the underlying disease and will not require appropriate correction were not confirmed in our observations. Functional disorders of the duodenum in patients with cholecystitis not only do not disappear after surgery, but complicate the course of the postoperative period, causing the «postcholecystectomy» syndrome.

Duodenal hypertension in the postoperative period prevents the normal outflow of bile and pancreatic juice, and in the absence of a gallbladder, it promotes the development of hepatic ductal hypertension and pancreatitis. Continuing duodenogastric reflux in conditions of constant outflow of bile leads to the development of «biliary» reflux gastritis, which aggravates the patient's severe condition.

These assumptions were confirmed by studying alkaline phosphatase in the blood serum before surgery, on the 2nd day after surgery and before discharge of patients with chronic cholecystitis with duodenogastric reflux syndrome. Determination of alkaline phosphatase is a more sensitive method for determining the violation of the outflow of bile into the duodenum compared to determining the level of direct bilirubin in the blood. When performing conventional cholecystectomy without correction of duodenal hypertension, in 23% of cases the alkaline phosphatase indicators were at the preoperative level, in 30.8% they decreased, and in 46.2% they increased. Thus, conventional cholecystectomy in cases of duodenal hypertension contributed to the normalization of bile outflow in the postoperative period only in 30%. After cholecystectomy with selective hepatic and pyloric In 25% of cases of vagotomy, the initial level of alkaline phosphatase remained after surgery, and in 75% it decreased.

Conclusion. Clinical observations of patients with chronic cholecystitis, cholecystopancreatitis and chronic pancreatitis with duodenogastric reflux syndrome allow us to draw the following conclusions:

The mandatory examinations for this group of patients should include: endoscopy of the stomach and duodenum, which allows identifying concomitant pathology of the stomach, and a study of alkaline phosphatase levels, which allows predicting the course of the postoperative period.

When choosing a surgical treatment method, it is necessary to take into account functional disorders of the duodenum, in particular duodenogastric reflux.

One of the simple and effective methods of correcting motor disorders of the duodenum is selective pyloric and hepatic vagotomy, which should complement cholecystectomy.

## THE ROLE OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF JAUNDICE

*Rayimov G.N.<sup>1</sup>, Abdullaev M.Kh.<sup>2</sup>, Dekhkonov Sh.Sh.<sup>3</sup>, Akbarov M.M.<sup>3</sup>*

*1 - Central Asian Medical University*

*2 - Endomed + Clinic, Fergana*

*3 - Fergana branch of the Russian Scientific Center of Emergency Medicine*

Objective of the study. To determine the role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the differential diagnosis of extrahepatic bile duct diseases complicated by mechanical jaundice.

Materials and methods of the study. A comparative analysis of the treatment results of 87 patients with cholestasis syndrome (58 women, 29 men, aged 43 to 78 years) was carried out in the Endomed + clinic in the period from 2019 to 2023.

Results of the studies and their discussion. In 18 patients, parenchymatous jaundice was diagnosed based on clinical and biochemical studies and ERCP data, and they were transferred to the appropriate medical institutions.

In accordance with the diagnostic tasks set before the study, patients were divided into two groups.

The first group consisted of 28 patients whose clinical and biochemical data did not allow us to judge the cause of cholestasis and who had been in therapeutic hospitals for a long time with a presumed diagnosis of Botkin's disease or chronic hepatitis. ERCP diagnosed choledocholithiasis in 10 patients, cancer of the extrahepatic bile ducts in 3 patients, cancer of the head of the duodenal papilla in 2 patients, and cancer of the head of the pancreas in 8 patients. No obstruction of the bile ducts was detected in 5 patients.

In 41 patients of the second group, the presence of mechanical jaundice was not in doubt. It was only necessary to determine the level and nature of the obstruction of the bile ducts.

Choledocholithiasis was detected in 28 patients, including 8 in combination with stenosing papillitis, and 2 with the structure of the hepaticocholedochus. Obstruction of the distal part of the common bile duct, characteristic of cancer of the head of the pancreas, was determined on cholangiograms in 11 patients. The radiological diagnosis coincided with the surgical one in 8 patients, chronic indurative pancreatitis was detected in 3 patients. In 2 patients of this group, cancer of the major

duodenal papilla was detected during endoscopy.

Endoscopic retrograde drainage of the hepaticocholedochus was performed in 15 patients with clinical manifestations of purulent cholangitis. A noticeable improvement in the general condition and a decrease in the bilirubin level were noted in all patients. Antibiotics and antiseptic solutions were introduced into the bile ducts through nasobiliary drainage, as well as a special light guide for quantum therapy using a helium-neon laser LG-75.

Conclusion. Thus, the use of ERCP in 87 patients in combination with clinical and biochemical data allowed us to differentiate the nature of cholestasis and avoid laparotomy in 21 patients. Endoscopic nasobiliary decompression in patients with obstructive cholangitis is promising, allowing for a short-term improvement of clinical and biochemical parameters in this category of patients.

## НЕОТЛОЖНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Райимов Г.Н.<sup>1</sup>, Дехконов Ш.Ш.<sup>2</sup>, Абдуллаев М.Х.<sup>3</sup>*

*1-Central Asian Medical University*

*2-Ферганский филиал РНЦЭМП*

*3-клиника ENDOMED+*

Материал и методы. Мы наблюдали 68 больных, поступивших в отделение экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП с диагнозом острого холангита (ОХ), механической желтухи (МЖ). Из них 24(35,3%) были ранее оперированы по поводу холецистита, желчнокаменной болезни (ЖКБ). Всем больным была выполнена холецистэктомия, которая в 11 случаях дополнялась наружным дренированием желчных путей. Ревизии протоков не проводилось несмотря на наличие механической желтухи в анамнезе. Эти больные поступили в клинику с наружным дренажом холедоха. Давность острого холангита перед поступлением у 35,3 % больных была до 7-ми суток, у 17,6 % до 2-х недель и у 47,1 % — более 2-х недель. Приведенные факты несомненно указывают на весьма низкий уровень диагностики острых заболеваний желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) в неспециализированных хирургических отделениях.

При поступлении всем больным, кроме общеклинического обследования, выполнялись УЗИ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, а у части больных при клинике хронического панкреатита, компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости. При обследовании было установлено, что у 8 больных причиной острого холангита был стеноз интрамуральной части холедоха, у 25 — стеноз канала БСДК, у 12 из них — стеноз БСДК сочетался с холедохолитиазом. Холедохолитиаз без стеноза БСДК и общего желчного протока (ОЖП) имел место у 35 больных. При этом конкременты в холедохе у 15 больных не были диагностированы во время проведенной ранее холецистэктомии. У не оперированных больных (29) имел место холецисто-холедохолитиаз.

Таким образом, холангит у всех больных имел обтурационную природу. У 10(14,7%) больных ОХ предшествовал появлению МЖ, у 48(70,6%) — МЖ предшествовала появлению клиники острого холангита, у 10 (14,7%) — МЖ и ОХ возникли одновременно.

У всех больных (44) с холецисто-холедохолитиазом, а также больных, у которых имело место сочетание ЖКБ и стеноза БСДК, после вмешательства на БСДК и дистальном отделе холедоха в дополнение к вмешательству на сосочке и протоке выполнялась холецистэктомия. 14 больным после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) проводили лапароскопическую холецистэктомию. 14 больным холецистэктомия и супрадуоденальная холедоходуоденостомия выполнены одновременно, в связи с тем, что эндоскопически конкременты удалить не представлялось возможным, у них ОХ был легкой степени, не требовавший предварительной санации желчных путей.

У 16 больных при холецисто-холедохолитиазе, стенозе БСДК осложненном ОХ средней и тяжелой степени тяжести, при наличии эндоскопически неудаляемых конкрементов, вначале проводили ЭПСТ и вводили НБД для санации протоков. Затем через 3—5 суток выполняли холедоходуоденостомию и холецистэктомию.

При холедохолитиазе (35 больных) без стеноза дистального отдела холедоха и сосочка для проведения ЭРХПГ у 22 больным пришлось выполнить вначале частичную папиллотомию и НБД.

Поскольку размеры конкрементов и даже их фрагменты (2 см и более) невозможно было извлечь в просвет кишки, у 12 больных была выполнена супрадуоденальная холедоходуоденостомия. У 13 больных произведена эндоскопическая холедохолитотрипсия, фрагменты конкрементов извлечены корзинкой Dormia. В этих случаях в течение 5—9 суток в зависимости от динамики ликвидации ОХ через назобили- арный дренаж проводили санацию общего желчного протока. По данным литературы, продолжительность НБД колеблется в пределах от 3 до 7 дней. Санация протоков проводилась ежедневно растворами 0,01 % хлоргексидина биглюконата в объеме 50—80 мл, путем лаважа под давлением 120—150 мм вод. ст. Санация заканчивалась введением на протяжении 30 — 45 минут 30 мл коли-протейного бактериофага.

Осложнения возникли у 1 (1,5%) больного, у которого во время повторной папиллотомии по поводу стеноза папиллотомной раны возникло кровотечение, потребовавшее оперативного лечения открытым способом.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют:

Хирургическая тактика при остром холангите должна определяться индивидуально.

Показаниями для выполнения операции открытым способом являются эндоскопически неудаляемые конкременты, анатомические особенности строения и фиброз БСДК, выраженные рубцовые изменения и протяженные стриктуры холедоха, индуративный панкреатит.

Больные с острым обтурационным холангитом должны направляться для обследования и лечения в специализированные хирургические центры.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Райимов Г.Н.<sup>1</sup>, Косимов Ш.Х.<sup>2</sup>*

*1 - Central Asian Medical University*

*2 - Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

Цель исследования: оптимизировать схемы профилактики тромбоэмболических осложнений лапароскопической и открытой холецистэктомии.

Материал и методы. С 2010 по 2020 г. нами выполнена 1271 холецистэктомия, из них — 256 открытым способом, 1015 — с использованием лапароскопических технологий. В 60 случаях операция была ограничена формированием холецистостомы из-за тяжести состояния больных (в этой группе пациентов оперативные вмешательства выполнялись открытым способом). Среди оперированных было 318 (25%) мужчин и 953 (75%) женщины. Возраст пациентов колебался от 21 до 67 года.

Для выделения групп риска использовали следующие критерии: возраст старше 40 лет, варикозное расширение вен нижних конечностей, прием эстрогенных препаратов, недостаточность кровообращения, постельный режим более 4 суток, ожирение II—IV степени, беременность и послеродовой период (6 недель), острые воспалительные синдромы, онкологические заболевания, тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоз легочной артерии в анамнезе, паралич нижних конечностей, тромбоз флебит и т. д.

Результаты исследования и их обсуждение. Всех оперированных больных разделили на 2 группы (1 группа — 2010–2014 гг., 2 группа — 2015–2020 гг.). С 2010 по 2014 гг. для профилактики ТЭО предпочтение отдавали не фракционированному гепарину. За это время прооперировано 408 больных, из них — лапароскопических холецистэктомий — 332 (81,4%), открытых холецистэктомий — 76 (18,6%), холецистостомии не выполнялись. С 2015 г. по 2020 г. предпочтение отдавали низкомолекулярным гепаринам (клексан, фраксипарин). За это время прооперировано 863 больных, из них — лапароскопических холецистэктомий — 752 (87,1%), открытых холецистэктомий — 51 (5,9%), холецистостомий — 60 (7%).

Среди 1271 оперированных осложнения наблюдались у 46 (3,6%) пациентов, из них у 10 (7,9%) тромбоэмболические, большая часть которых возникла после открытых операций (7 случаев).

Наиболее часто ТЭО возникали у пациентов, которые перенесли холецистостомию (4 случая из 60—6,7%). Это связано с тяжестью их состояния, ограничивающей объем операции. Следует отметить, что в начальном периоде исследования (2010—2014 гг.) для профилактики ТЭО применяли нефракционированный гепарин, и основная масса осложнений (18 случаев из 408—4,4%) приходилась на этот этап. После внедрения в лечебную практику низкомолекулярных гепаринов (2015—2020 гг.) частота тромбоэмболических осложнений значительно уменьшилась (6 случаев из 863—0,7%).

Выводы. Профилактика ТЭО при открытых и лапароскопических операциях на желчном пузыре, включающая неспецифические (эластическая компрессия, ранняя активизация) и специфические (антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами) мероприятия, уменьшает риск тромбоэмболических осложнений в более чем в 6 раз.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Райимов Г.Н.<sup>1</sup>, Абдуллаев М.Х.<sup>2</sup>, Дехконов Ш.Ш.<sup>3</sup>*

*1 - Central Asian Medical University, Фергана, Узбекистан*

*2 - клиника Endomed+, Фергана, Узбекистан*

*3 - Ферганский филиал РНЦЭМП, Фергана, Узбекистан*

Материалы и методы исследования. Проанализирован результат хирургического лечения 67 пациентов с острым билиарным панкреатитом на ранних стадиях заболевания, которые были оперированы в отделении экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП. Среди пациентов было мужчин 37 (55,2%) и жен 30 (44,8%), средний возраст больных составил 54,6±3,2 года. Всем пациентам было проведено общеклиническое, лабораторное, ультразвуковое, эндоскопическое и рентгенологическое обследование.

Результаты исследования и их обсуждения. При ведении пациентов придерживались разработанного диагностическо-лечебного алгоритма.

Лечение начинали с комплексных консервативных мер, включавших угнетение наружно-секреторной функции желудка и поджелудочной железы, коррекцией гемодинамики и микроциркуляторных нарушений, антибиотико-профилактику и антибиотико-терапию.

Прогрессирование патологического процесса при неэффективности первично проведенного консервативного лечения были показаниями к лапароскопической санации очага, дренированию сальниковой сумки, парапанкреатических участков, брюшной полости — у 58 (86,6%) больных, лапароскопической холецистэктомии — у 45 (67,2%) пациентов.

Одним из основных звеньев патогенеза ОБП является блокада фатерова сосочка, поэтому у больных с данной патологией применялась ЭПСТ. Основным показанием к ЭПСТ применению были наличие ОБП и желтуха. Ранняя декомпрессия желчевыводящих путей приводила к снижению панкреатических ферментов, манифестации клинических проявлений ОП, предупреждала прогрессирование заболевания. Проведение ЭПСТ позволило восстановить пассаж желчи и панкреатического сока через большой дуоденальный сосочек и ликвидировать гипертензию в системе желчевыводящих и панкреатических протоков.

Эндоскопическая папилосфинктеротомия в сочетании с лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) и внешним дренированием холедоха были проведены в 13 (19,4%) случаях.

Таким образом, целью проведения малоинвазивных вмешательств у больных с ОБП ставили ликвидацию причины обтурационной желтухи, восстановление пассажа желчи, санацию ферментного перитонита, ликвидацию

острых суммарных единичных образований, течения патологического процесса.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что:

Своевременное оперативное вмешательство при наличии ОБП является необходимым условием профилактики перехода отечной его формы в деструктивную.

Ранняя ЭРХПГ (до 72 часов) снижает вероятность гнойного сепсиса у больных с прогностически тяжелым течением патологического процесса.

Проведение ЭПСТ у пациентов с ОП и обтурационной желтухой предупреждает прогрессирование патологического процесса, возникновение осложнений.

Показаниями к проведению дренирования сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки, лапароскопический холецистэктомии, внешнего дренирования холедоха является перитонит, этиологией которого является билиарный панкреонекроз.

Случаи наличия у больных из ОП блока желчных путей, который удалось ликвидировать мини инвазивными методами, а также перитонит и гнойный холангит являются показаниями к ранним открытым оперативным вмешательствам у данного контингента больных; главным показанием к выполнению этих открытых оперативных вмешательств являются гнойно-септические осложнения панкреонекроза.

## TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS .

*Raimov G.N.<sup>1</sup>, Dekhkonov Sh.Sh.<sup>2</sup>, Kosimov Sh.Kh.<sup>3</sup>*

*1 - Central Asian Medical University*

*2 - Fergana branch of Republican Scientific Centre of Emergency Medical Care*

*3 - Fergana Medical Institute of Public Health*

Objective of the study. To study the tactics of diagnostics and surgical treatment of acute cholecystitis in patients with diabetes mellitus.

Materials and methods of the study. The unfavorable combination of acute cholecystitis and diabetes mellitus mutually aggravate the course of the disease, and severe diseases of vital organs and systems often limit the surgeon's capabilities for surgical intervention. We observed 86 patients with acute cholecystitis and diabetes mellitus (women - 72, men - 14) aged 35 to 78 years. Moreover, more than half of them (59 people - 69.7%) are elderly and senile people. In this contingent of patients, hyperglycemia (in 83% of observations) was accompanied by glucosuria. Unsatisfactory results of treatment of patients with acute cholecystitis and diabetes mellitus necessitate further study of homeostasis disorders and compensation in this complex category of patients.

Results of the study and their discussion. Our study of the immunological reactivity of the organism showed that patients with acute cholecystitis with diabetes mellitus had gross disturbances in this important link of homeostasis already in the preoperative period. They were manifested in a decrease in the level of phagocytosis intensity, serum lysozyme titer, serum immunoglobulin A, O, M concentration by 15-63% and in a slight increase in phagocytosis activity (by 5-9%).

In the management of patients with acute cholecystitis with diabetes mellitus, we followed an active tactic, taking into account the rapid development of destructive changes in the gallbladder. In acute cholecystitis complicated by peritonitis, surgical treatment was performed on an emergency basis after a short intensive preoperative preparation necessary to level the main indicators of homeostasis and create conditions for surgical intervention.

However, in patients with acute cholecystitis with diabetes mellitus, especially in the elderly and senile age with stage III-IV surgical risk and no signs of peritonitis, even an experienced surgeon cannot easily decide on surgical intervention. In this category of patients, there is often a discrepancy between the clinical manifestation of the disease and the morphological changes in the gallbladder.

The surgeon can obtain the most reliable information about the state of the gallbladder only by emergency laparoscopy, which usually includes two stages: diagnostic and therapeutic. Emergency laparoscopy was used in 56 patients with acute cholecystitis with diabetes mellitus at a high degree of surgical risk (III-IV). During laparoscopy, the surgeon obtains information about the state of the gallbladder, its color, size, hemorrhage, the presence of fibrin, wall necrosis, periprocess, as well as the state of the peritoneum (peritonitis). In the absence of necrosis of the gallbladder wall, under the control of a laparoscope, a microirrigator was installed in the subhepatic space, as close as possible to the gallbladder, for constant intraperitoneal irrigation with supermaximal doses of antibiotics, protease inhibitors in combination with nitrofurantoin solutions.

For continuous intraperitoneal irrigation, we used a medicinal mixture of the following composition (daily dose): furacilin solution 1:5000 - 350.0, novocaine solution 0.5% - 150.0, aminoglycoside antibiotic (usually kanamycin or monomycin) - 10-15 g, protease inhibitors (contrical, gordox, tsalol) - 10000-30000 U. Intraperitoneal irrigation was carried out continuously for 3-4 days.

Usually by the end of the first day the intoxication and pain decreased in the abdomen, the temperature and leukocytosis decreased, peritoneal phenomena subsided, which indicated the effectiveness of the treatment. 54 patients with acute cholecystitis with diabetes mellitus recovered. Two patients died: one from increasing cardiopulmonary weakness, the second - from pulmonary artery thrombosis.

Thirty patients with acute cholecystitis and diabetes mellitus underwent urgent cholecystectomy after short-term vigorous preoperative preparation and diagnosis clarification using clinical and laboratory methods of examination. Preoperative preparation was aimed at correcting carbohydrate, electrolyte, protein metabolism and hemodynamic disorders. Eight patients died after cholecystectomy.

The results of treatment of acute cholecystitis in patients with diabetes mellitus presented by us convincingly demonstrate the need for a reasonable limitation of the number of emergency cholecystectomies in this category of patients.

Conclusion. Thus, the conducted studies indicate that emergency diagnostic laparoscopy in patients with acute cholecystitis with diabetes mellitus allows to obtain highly reliable information about the state of the gallbladder in a short time and to develop rational surgical tactics. In patients with a high degree of surgical risk after emergency diagnostic laparoscopy,

it is advisable to perform laparoscopic intraperitoneal irrigation with supermaximal doses of antibiotics, protease inhibitors in combination with nitrofurantoin solutions, which will significantly improve the rehabilitation indicators in this category of patients.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОСТАЗА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД

*Расулов Ж.Д., Алъаханов Л.Б., Муродуллаев Ж.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В.Вахидова» г.Ташкент*

**Введение** Лимфостаз (лимфедема) — это патологическое состояние, вызванное нарушением дренажной функции лимфатической системы, что приводит к скоплению богатой белками жидкости в межклеточном пространстве. Заболевание имеет хронический характер и, при отсутствии своевременной терапии, может приводить к фиброзу тканей, развитию слоновости, вторичным инфекциям и выраженному снижению качества жизни. В связи с ограниченной эффективностью хирургического лечения на ранних стадиях, особую актуальность приобретает изучение и применение консервативных методов терапии.

**Цель исследования.** Оценить эффективность комплексного консервативного лечения лимфостаза на ранних и промежуточных стадиях заболевания.

**Материалы и методы** В исследование были включены 60 пациентов с диагнозом вторичный лимфостаз нижних конечностей I–II стадии, проходивших лечение в условиях амбулаторной и стационарной помощи. Возраст пациентов составил от 35 до 67 лет. Всем пациентам проводилась комплексная терапия, включающая:

Мануальный лимфодренажный массаж (1 раз в день, 10 процедур);

Компрессионная терапия (бинтование и/или ношение медицинского трикотажа II класса компрессии);

Медикаментозное лечение: р/р L-лизин 5,0 на физ растворе в/в кап. №10, Пентоксифиллин 5,0 на физ растворе в/в кап. №5, Комбисол 200,0 в/в кап. №5, р/р Диклофенак 3,0 в/м №5

Лимфотропную терапию: Гепарин 1,0+ Дексаметазон №4, Цефтриаксон +Новокаин 5%-5,0 №1),

Элементы лечебной гимнастики и рациональной физической нагрузки;

Уход за кожей конечностей.

Оценка результатов проводилась на основании: клинического осмотра, оценки объема отёка, шкалы качества жизни (LYMQOL) и фотографического мониторинга.

**Результаты.** У 87% пациентов после 14-дневного курса наблюдалось статистически значимое уменьшение объема отёка (в среднем на 26% по сравнению с исходным уровнем,  $p < 0,01$ ). У 73% участников улучшились показатели по шкале качества жизни LYMQOL, особенно в категориях «подвижность» и «дискомфорт». Наиболее выраженные результаты достигнуты у пациентов с I стадией заболевания. У 10% пациентов наблюдалась умеренная кожная реакция на компрессионную терапию, что потребовало коррекции средств компрессии.

Полученные результаты подтверждают высокую эффективность комплексного консервативного подхода при лечении лимфостаза на ранних стадиях. Физические методы (мануальный и аппаратный лимфодренаж, компрессия) способствуют восстановлению лимфатического оттока, снижению воспаления и фиброза. Медикаментозная терапия усиливает сосудистую защиту и микроциркуляцию, а физиотерапевтические процедуры оказывают дополнительное противовоспалительное и метаболическое действие. Эффективность лечения зависит от степени заболевания, регулярности процедур и комплаентности пациента.

**Заключение.** Консервативное лечение лимфостаза является основным методом терапии на I–II стадиях заболевания. Комплексный подход, включающий физические, медикаментозные и физиотерапевтические методы, позволяет значительно снизить выраженность отёка, улучшить качество жизни пациентов и замедлить прогрессирование патологии. Дальнейшие исследования необходимы для стандартизации протоколов лечения и оценки долгосрочных результатов.

## ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКРОТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОРЕБЕРНОГО ХРЯЦА И КОЖНОГО ЛОСКУТА

*Расулов Ж.Д., Алъаханов Л.Б., Муродуллаев Ж.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В.Вахидова» г.Ташкент*

**Введение.** Микроотия — это врожденная аномалия развития наружного уха, характеризующаяся недоразвитием ушной раковины разной степени выраженности, от небольшой деформации до полного отсутствия ушной раковины (анотия). Патология существенно влияет на эстетический вид пациента, а при двустороннем поражении — на слуховую функцию. Современная хирургия предлагает различные методики реконструкции уха, однако двухэтапный метод с использованием аутореберного хряща признан одним из наиболее надежных и распространенных.

**Цель исследования.** Оценить эффективность двухэтапного хирургического лечения микроотии с применением аутореберного хряща и пересадки кожного лоскута на материале 25 пациентов.

**Материалы и методы.** В исследование включены 25 пациентов (возраст от 6 до 18 лет) с микроотией I–III степени, оперированных в период с 2018 по 2024 гг. Все пациенты прошли двухэтапную операцию:

**Первый этап:** удаление реберного хряща (обычно 6–7 ребра), формирование каркаса ушной раковины, имплантация каркаса в область ушной ямки.

**Второй этап** (через 6–9 месяцев): пересадка кожного лоскута с целью покрытия и окончательной моделировки ушной раковины, коррекция контура и формы.

Послеоперационный период контролировался по данным клинических осмотров, фотографического мониторинга и субъективной оценки удовлетворенности пациентов.

**Результаты**

У всех пациентов достигнута стойкая реконструкция ушной раковины с хорошей эстетикой.

Отмечено полное приживление хрящевого каркаса и кожного лоскута во всех случаях.

Осложнения возникли у 2 пациентов (8%): один случай частичного некроза кожного лоскута, требовавший повторной операции, и один случай гипертрофического рубца, успешно пролеченный консервативно.

Функциональные нарушения, связанные с микротией, при одностороннем поражении были компенсированы за счет нормального уха, при двустороннем требовалась дополнительная слухореконструкция.

Двухэтапный метод реконструкции с применением аутореберного хряща остаётся золотым стандартом в хирургии микротии. Реберный хрящ обеспечивает достаточную прочность и естественный контур ушной раковины, а двухэтапность операции позволяет избежать компрессии и некроза кожи. Пересадка кожного лоскута улучшает эстетический результат, создавая мягкую и подвижную поверхность.

Данный метод требует тщательной подготовки, опыта хирурга и соблюдения сроков между этапами для оптимальной приживаемости и формирования формы.

**Заключение.** Двухэтапное хирургическое лечение микротии с использованием аутореберного хряща и кожного лоскута является эффективным и надежным методом реконструкции ушной раковины. На материале 25 пациентов показана высокая приживаемость трансплантатов, удовлетворительный косметический результат и низкий уровень осложнений. Рекомендован к широкому применению в клинической практике.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ**

*Расулов Ж.Д., Альханов Л.Б., Муродуллаев Ж.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В.Вахидова» г.Ташкент*

**Введение.** Постожеговые контрактуры являются следствием глубоких термических поражений кожи и подкожных тканей, сопровождающихся значительным рубцеванием. Наиболее часто контрактуры формируются в области суставов, шеи, лица, кистей и стоп, нарушая подвижность, мимику, захват и иные функции. При отсутствии адекватного лечения контрактуры могут прогрессировать, вызывая инвалидизацию.

Хирургическое лечение остаётся основным методом восстановления подвижности и функции. Основу хирургической коррекции составляют различные варианты кожной пластики: пересадка свободных кожных трансплантатов, перемещение местных кожных лоскутов и, в сложных случаях, применение комбинированных методик.

**Цель исследования.** Оценить эффективность различных хирургических методик лечения постожоговых контрактур у пациентов с различной степенью деформации.

**Материалы и методы.** В период с 2019 по 2024 гг. в ожоговом отделении были прооперированы 300 пациентов с постожоговыми контрактурами. Возраст пациентов варьировал от 5 до 68 лет. Локализация контрактур:

- верхние конечности — 148 случаев (49.3%)
- нижние конечности — 72 случая (24%)
- лицо и шея — 50 случаев (16.7%)
- туловище и крупные суставы — 30 случаев (10%)

Клинические формы контрактур включали:

- поверхностные кожные рубцы с ограничением подвижности (I–II степень);
- глубокие контрактуры с вовлечением мышц и сухожилий (III–IV степень).

Пациентам были выполнены следующие виды операций:

- Пластика кожными лоскутами (ротационные, Z- и W-пластики) — 128 пациентов (43%)
- Свободная кожная пластика расщеплённым трансплантатом — 112 пациентов (37%)
- Комбинированная методика (иссечение + лоскут + пересадка) — 60 пациентов (20%)

Оценка результатов проводилась на 14, 30 и 180 сутки после операции с применением клинических и функциональных шкал (подвижность, восстановление функции, косметический эффект, наличие осложнений).

**Результаты**

Удовлетворительный функциональный результат достигнут у 254 пациентов (84.6%),

Косметически приемлемый результат — у 216 (72%)

Рецидивирующие контрактуры в течение 6 месяцев возникли у 28 больных (9.3%) — преимущественно при операции на суставах у детей.

Осложнения (инфекция, некроз трансплантата) наблюдались у 18 пациентов (6%), из них 10 потребовали повторного вмешательства.

Лучшие результаты достигнуты при использовании местных кожных лоскутов при средней глубине рубцовых изменений.

Результаты подтверждают, что хирургическое лечение постожоговых контрактур должно быть строго индивидуализировано. Важнейшими факторами являются: локализация рубца, его глубина, возраст пациента и подвижность тканей вокруг рубца.

Пластика местными кожными лоскутами предпочтительна при наличии достаточного объёма эластичной кожи вокруг контрактуры. При обширных рубцах и неподвижных зонах показана пересадка кожи. У детей, особенно при контрактурах суставов, необходима профилактика рецидива с использованием иммобилизации, ЛФК и длительного наблюдения.

**Заключение.** Хирургическое лечение постожоговых контрактур является эффективным методом восстановления функции и внешнего вида. Выбор между перемещением кожных лоскутов и пересадкой кожи должен основываться на индивидуальной оценке рубцово-изменённых тканей. Опыт лечения 300 пациентов демонстрирует, что комбинированный подход обеспечивает наилучшие результаты при сложных и обширных поражениях.

Дальнейшие исследования необходимы для оптимизации послеоперационной реабилитации и оценки долгосрочных результатов.

## ПОЗДНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ТРАВМАХ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Расулов Ж.Д., Алъханов Л.Б., Муродуллаев Ж.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В.Вахидова» г.Ташкент*

**Введение.** Повреждения периферических нервов — частое следствие травм конечностей. При отсутствии своевременной диагностики и адекватного лечения развиваются застарелые нейропатии, сопровождающиеся контрактурами, мышечной атрофией и выраженной инвалидизацией. Наиболее часто встречаются травмы лучевого, локтевого, срединного, седалищного и малоберцового нервов.

Хирургическое лечение таких состояний сопряжено с трудностями: наличие рубцовых изменений, мышечной денервации, замещённой соединительной тканью, и дефицит нервного ствола. Тем не менее, благодаря достижениям микронейрохирургии стало возможным выполнение поздних реконструктивных операций с частичным восстановлением функции.

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность поздних реконструктивных операций при застарелых травмах периферических нервов верхней и нижней конечностей.

**Материалы и методы.** В период с 2020 по 2024 годы под наблюдением находились **82 пациента** с застарелыми травмами периферических нервов (срок от травмы до операции более 3 месяцев). Из них:

- Верхняя конечность — 51 случай (62.2%)
  - Локтевой нерв — 21
  - Срединный нерв — 14
  - Лучевой нерв — 16
- Нижняя конечность — 31 случай (37.8%)
  - Седалищный нерв — 12
  - Большеберцовый нерв — 9
  - Малоберцовый нерв — 10

Возраст пациентов: от 18 до 65 лет.

Срок от момента травмы до операции: от 3 до 14 месяцев.

Методы вмешательства:

**Прямой шов нерва** — 12 случаев

**Аутонейротрансплантация** (n. suralis, n. cutaneus antebrachii) — 42 случая

**Невролиз** (внутренний, наружный) — 15 случаев

**Шов с использованием искусственных направляющих (нейротрубки)** — 13 случаев

Функциональные результаты оценивались по шкале Medical Research Council (MRC) и методу Highet-Sander (сенсорная шкала) в срок до 12 месяцев после операции.

**Результаты**

Улучшение двигательной функции (MRC  $\geq$  3) достигнуто у 60 пациентов (73%)

Полное восстановление чувствительности (S3–S4 по Highet-Sander) — у 39 пациентов (47.5%)

При использовании аутонейротрансплантатов достигнут лучший результат при дефектах до 5 см

Наиболее успешные результаты наблюдались при сроках менее 9 месяцев от травмы и сохранённой мышечной трофике

У 12 пациентов (14.6%) функциональный эффект был минимальным; причины — длительный срок от травмы (>12 мес), мышечная атрофия, неправильная реплантация

Анализ данных подтверждает, что при застарелых повреждениях нервов, особенно в пределах до 9–10 месяцев, хирургическая реконструкция может быть эффективной. Прогноз зависит от:

- возраста пациента,
- степени мышечной атрофии,
- длины дефекта нерва,
- техники операции.

Прямой шов предпочтителен при отсутствии натяжения и минимальном дефекте. Аутонейротрансплантация остаётся золотым стандартом при дефектах до 5–6 см. Использование искусственных направляющих возможно при ограниченных дефектах, но требует дальнейшего изучения.

**Заключение.** Поздние реконструктивные вмешательства при застарелых нейротравмах верхней и нижней конечностей обеспечивают удовлетворительные функциональные результаты в большинстве случаев. Оптимальное время для вмешательства — до 9 месяцев от момента травмы. Выбор метода зависит от локализации, длины дефекта и общего состояния тканей. Необходима тщательная диагностика и индивидуализированный подход к хирургической тактике.

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО СПОСОБА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН НА МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ

*Садиков Р.А.<sup>1</sup>, Усмонов У.Д.<sup>2</sup>*

*1 - «ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова», Республика Узбекистан.*

*2 - Военно-медицинская академия Вооружённых Сил Республики Узбекистан.*

Цель исследования. Сравнение микробной обсеменённости, динамики контаминации и исходов лечения в зависимости от применённого способа первичной помощи, включая использование предложенного способа оказания

доврачебной помощи.

Материалы и методы исследования. В основной группе, включающей 164 пациента, микробиологическое исследование было проведено у 96 человек. Из них 26 пациентов были военнослужащими с неогнестрельными ранениями мягких тканей, остальные 70 – гражданские лица. Анализ проводился, включая исследование микрофлоры на этапе получения травмы, при хирургическом вмешательстве, а также в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Анализ структуры микрофлоры у пациентов основной группы показал, что состав и распределение выявленных возбудителей на этапе получения травмы в целом соответствуют данным, полученным в группе сравнения. У пациентов с проникающими ранениями (n=23) наиболее часто определялись *Staphylococcus aureus* (17,4%) и *Staphylococcus epidermidis* (17,4%), а также представители грамотрицательной флоры: *Escherichia coli* (8,7%), *Klebsiella* spp. (4,3%) и *Enterobacter* spp. (8,7%). У пациентов с непроникающими ранениями (n=73) также преобладала кожная условно-патогенная флора (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *Micrococcus* spp.), при этом *Enterobacter* spp., *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa* встречались лишь эпизодически (1,4-4,1%). Далее рассмотрены результаты посевов во время хирургической обработки. У пациентов с проникающими ранениями данные показали, что 60,9% посевов оказались стерильными. Среди возбудителей, которые были обнаружены, наиболее часто встречались *Staphylococcus aureus* (13,0%) с умеренным уровнем обсеменённости ( $8,2 \times 10^3$  КОЕ/мл), *Escherichia coli* (8,7%) со средней обсеменённостью  $3,5 \times 10^4$  КОЕ/мл, *Pseudomonas aeruginosa* (4,3%) с уровнем  $7,0 \times 10^3$  КОЕ/мл. Выделенная флора, напротив, встречалась реже и имела в основном умеренно низкий уровень обсеменённости - в пределах  $10^3$ – $10^4$  КОЕ/мл. В целом в сравнительном аспекте в подгруппе с проникающими ранениями частота положительных посевов после первичной помощи составила 73,9%, тогда как к моменту операции снизилась до 39,1% ( $\chi^2=5,662$ ;  $p=0,0173$ ). По всей выборке доля положительных посевов уменьшилась с 59,4% после первичной помощи до 28,1% при хирургическом вмешательстве ( $\chi^2=19,048$ ;  $p=0,00001$ ). В подгруппе с проникающими ранениями рост микрофлоры на 2-3 сутки сохранялся у 15 из 21 пациентов в группе сравнения (71,4%) и только у 5 из 23 пациентов в основной группе (21,7%) ( $\chi^2=10,932$ ;  $p<0,001$ ). При непроникающих ранениях рост микрофлоры наблюдался у 25 из 65 пациентов в группе сравнения (38,5%) и лишь у 7 из 73 пациентов в основной группе (9,6%) ( $\chi^2=16,093$ ;  $p<0,001$ ). В совокупности по всей выборке положительный рост сохранялся у 40 из 86 пациентов в группе сравнения (46,5%) и только у 12 из 96 пациентов в основной группе (12,5%) ( $\chi^2=25,713$ ;  $p<0,001$ ).

Заключение. Полученные результаты убедительно демонстрируют клиническую эффективность предложенного способа оказания первой медицинской помощи при ранениях мягких тканей. Проведённый анализ показал, что предложенный способ обеспечивает достоверно более высокую активность в отношении риска микробной обсеменённости ран и более быстрое улучшение состояния пострадавших в ранние сроки наблюдения.

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО СПОСОБА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН НА ДИНАМИКУ ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА И ЗАЖИВЛЕНИЕ

Садиков Р.А.<sup>1</sup>, Усмонов У.Д.<sup>2</sup>

1 - «ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова», Республика Узбекистан.

2 - Военно-медицинская академия Вооружённых Сил Республики Узбекистан.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности способа первичной обработки ран на динамику течение раневого процесса и заживление при неогнестрельных ранениях мягких тканей

Материалы и методы исследования. Анализ проводился по всей выборке в основной группе – 164 пациента, в группе сравнения – 291 пациент. Первично рассмотрена динамика по основным критериям оценки качества течения раневого процесса и заживления. При поступлении интенсивность боли ( $m = \text{Mean}$  (среднее значение);  $SD = \text{Standard Deviation}$  (стандартное отклонение) по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) была сопоставима в обеих исследуемых группах, составляя в основной группе  $4,23 \pm 1,23$  балла, а в группе сравнения –  $4,10 \pm 1,21$  балла ( $p>0,05$ ).

Результаты исследования. По данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), уже на 1-е сутки после оказания помощи интенсивность боли в основной группе была значительно ниже по сравнению с группой сравнения ( $2,79 \pm 1,27$  балла против  $3,09 \pm 0,91$  балла;  $p<0,01$ ). На 3-е сутки эта разница усилилась ( $1,07 \pm 0,98$  против  $1,79 \pm 0,92$ ;  $p<0,001$ ), и сохранялась на 5-е сутки ( $0,59 \pm 0,54$  против  $1,20 \pm 0,82$ ;  $p<0,001$ ). Аналогичная картина наблюдалась и в отношении выраженности отёка. Применение предложенного способа первой медицинской помощи также достоверно снижает выраженность гиперемии в области раны уже в ранние сроки наблюдения. К 3-м суткам гиперемия отсутствовала у 86 (52,4%) пациентов основной группы против 71 (24,4%) в контрольной, а к 5-м суткам - у 114 (69,5%) против 129 (44,3%) соответственно ( $p<0,001$ ). Общая частота осложнений в основной группе составила 11,6% (19 из 164 пациентов), тогда как в группе сравнения - 25,1% (73 из 291) ( $\chi^2=11,851$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0006$ ). При этом наибольший вклад в структуру осложнений вносили серомы (10,0% в группе сравнения против 4,3% в основной), нагноения (6,9% против 3,0%) и расхождение швов (5,5% против 3,0%), что подтверждается статистически значимыми отличиями по распределению осложнений ( $\chi^2=11,971$ ;  $df=4$ ;  $p=0,0176$ ). При анализе в зависимости от характера ранения было установлено, что при непроникающих повреждениях частота осложнений снизилась с 24,9% (63 из 253) в группе сравнения до 11,2% (15 из 134) в основной ( $\chi^2=10,228$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0014$ ). При проникающих ранениях также отмечалась положительная динамика - 13,3% осложнений в основной группе против 26,3% в группе сравнения, однако различия не достигли статистической значимости ( $\chi^2=1,728$ ;  $df=1$ ;  $p=0,1886$ ), вероятно, из-за меньшего числа наблюдений. Общая частота осложнений в основной группе составила 11,6% (19 из 164 пациентов), что почти в два раза ниже, чем в группе сравнения - 25,1% (73 из 291) ( $\chi^2=11,851$ ;  $p<0,001$ ). В основной группе вторичные хирургические вмешательства потребовались только в 4,9% случаев (8 из 164), в то время как в группе сравнения - в 11,7% (34 из 291) ( $\chi^2=5,798$ ;  $p=0,016$ ). Это отражает профилактический эффект предложенного способа в отношении нагноения и расхождения швов. Средняя длительность госпитализации в основной группе составила  $4,6 \pm 1,9$  суток (n=122) против  $5,9 \pm 2,3$

суток в группе сравнения (n=227) (p<0,001). Срок первичного заживления в основной группе составил  $7,3 \pm 1,8$  суток (n=164) против  $8,6 \pm 2,3$  суток в группе сравнения (n=291).

**Заключение.** Таким образом, комплексное применение геля на всех этапах лечения - от первичной доврачебной помощи до послеоперационного ухода - обеспечивает выраженное снижение частоты ранних осложнений за счёт подавления локального воспаления, предотвращения инфицирования и стабилизации состояния краёв раны, а также позволяет существенно сократить сроки лечения и ускорить процессы заживления, что особенно важно в условиях ограниченного доступа к специализированной медицинской помощи.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН И МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Садиков Р.А.<sup>1</sup>, Усмонов У.Д.<sup>2</sup>*

*1 - «ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова», Республика Узбекистан.*

*2 - Военно-медицинская академия Вооружённых Сил Республики Узбекистан.*

**Цель исследования.** Изучить особенностей формирования микробной обсеменённости ран у военнослужащих с непроникающими ранениями мягких тканей.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 49 пациентов: 23 военнослужащих из группы сравнения, получавших стандартную доврачебную помощь, и 26 военнослужащих из основной группы, где применялся предложенный способ с использованием антисептического геля. В рамках анализа оценивалась частота положительных и стерильных посевов на ключевых этапах: при получении ранения и при хирургическом вмешательстве.

**Результаты исследования.** Первый этап анализа показал, что на момент получения ранения разница между основной группой и группой сравнения по частоте роста микрофлоры статистически была незначима, в группе сравнения рост микрофлоры был выявлен у 17 из 23 пациентов (73,9%), а в основной группе - у 21 из 26 (80,8%) ( $\chi^2=0,33$ ; p=0,5659). Это объясняется тем, что исходный уровень загрязнения ран у военнослужащих, получивших травмы в полевых условиях, был высоким в обеих группах. Однако ситуация кардинально изменилась на госпитальном этапе (во время хирургического вмешательства). Здесь доля стерильных посевов в основной группе составила 57,7% (15 из 26 пациентов), тогда как в группе сравнения только 13,0% (3 из 23) ( $\chi^2=10,468$ ; p=0,0012), что свидетельствует о достоверной разнице между группами. То есть несмотря на исходную схожесть микробного статуса, к моменту операции у военнослужащих, которым применялся антисептический гель и была оказана помощь по обученному алгоритму, микробная нагрузка была в 2,5-3 раза ниже.

В группе сравнения осложнения развились у 11 из 23 военнослужащих (47,8%), при этом серомы составили - 17,4%, нагноения - 13,0%, расхождение швов - 13,0%, гематомы - 4,3%. В основной группе, где применялась улучшенная система оказания первичной помощи, осложнения были зарегистрированы только у 4 из 26 пациентов (15,4%), из них серомы - 7,7%, и единичные случаи нагноения и расхождения швов (по 3,8%). Общее различие в структуре осложнений между группами не достигло статистической значимости ( $\chi^2=6,448$ ; df=4; p=0,1681), однако различие по частоте развития осложнений в целом оказалось достоверным ( $\chi^2=6,047$ ; df=1; p=0,0139). Уровень пациентов без осложнений в основной группе составил 84,6% (22 из 26), в то время как в группе сравнения - только 52,2% (12 из 23).

**Заключение.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что предложенный подход, сочетающий антисептический гель и обучение младшего медицинского персонала военно-медицинской службы, обеспечивает не только снижение микробной обсеменённости, но и достоверно уменьшает риск клинически значимых осложнений у военнослужащих при полевых условиях оказания помощи. У военнослужащих с непроникающими ранениями, включённых в основную группу, применение предложенного способа первичной помощи в сочетании с реализацией программы симуляционного тренинга для младшего звена военно-медицинской службы позволило достоверно снизить уровень микробной обсеменённости ран к моменту хирургического вмешательства (57,7% посевов без роста против 13,0% в группе сравнения;  $\chi^2=10,468$ ; p=0,0012), а также уменьшить частоту послеоперационных осложнений (15,4% против 47,8%;  $\chi^2=6,047$ ; p=0,0139). Эти результаты подтверждают, что предложенный подход обеспечивает комплексную эффективность как на уровне микробиологического контроля, так и клинических исходов, что особенно важно в условиях полевой медицины и ограниченного времени для вмешательства.

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ

*Сайдалиев С.С., Косимов Ш.Х.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

**Цель исследования:** изучить и оценить результаты хирургического лечения острой спаечной непроходимости тонкой кишки (ОСНТК).

**Материал и способы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 49 больных в отделении 1-Экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в период 2018–2023 гг. с диагнозом острой спаечной непроходимости тонкой кишки.

**Результаты и обсуждение.** После лапаротомии у 75,5% пациентов пересечены спаечные шнурки, у 4,1% - тонкая кишка + двустольная концевая илеостома, у 18,4% - выполнена на резекция тонкой кишки, у 2% - илеотрансверзоанастомоз, у 1 симультанные операции. Интубация тонкой кишки по показаниям Ятрогенные повреждения имели место у 12,2% больных, послеоперационные осложнения — у 18,4%. Умерли 3 (6,1%) пациента: сепсис (1), полиорганная недостаточность (1), COVID-19 ассоциированная с пневмонией (1).

**Выводы.** Острая спаечная непроходимость тонкой кишки составляет 3,8 % от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Объем операции зависел от жизнеспособности тонкой кишки, возможности разделения конгломерата или инфильтрата, выбора метода инкубации кишки, наличия симультанной патологии. Данная хирургическая тактика привела к 18,4% послеоперационных осложнений, 4,1% - релапаротомия, 6,1% - летальности.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА.

*Салохитдинов Н.А<sup>1</sup>, Райимов Г.Н.<sup>2</sup>*

*1 - Ферганский филиал РНЦЭМП*

*2 - Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 136 больных в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2010 по 2023 гг. с повреждениями печени в возрасте от 21 до 63 лет, из них 87 (64%) повреждения были изолированные, а 49 (36%) сочетанные. Открытые колото-резанные повреждения печени отмечены у 42 (30,9%) больных. Закрытые повреждения печени имелись у 45 (49,3%) больных: у 23 (16,9%) травма связана с прямым ударом в живот и с падением с высоты, у 22 (16,2%) с автодорожной травмой. Сочетанные повреждения печени были установлены у 49 (36%) больных, в том числе с повреждением желудка и кишечника у 4 (2,9%), поджелудочной железы – 5 (3,7%), селезенки – 12 (8,8%). У 19 (14%) пострадавших одно или несколько вышеуказанных повреждений сочетались с травмой опорно-двигательного аппарата, перелома костей таза, у 9 (6,6%) больных – с тяжелой черепно-мозговой травмой. Тяжесть состояния больных в раннем периоде после травмы до развития таких осложнений, как перитонит и печеночная недостаточность, определяется, в основном, объемом кровопотери, которая у 73 (53,7%) пострадавших превысила больше 1 литра крови. В состоянии шока поступало 36 (26,5%) пострадавших. Наибольшие трудности в диагностике встречались при повреждении печени и тяжелых степенях черепно-мозговой травмы, что заставляло придавать большое значение инструментальным методам обследования (рентгеноскопия грудной и брюшной полостей в различных позициях, лапароцентез, лапароскопия УЗИ, КТ).

**Результаты исследований и их обсуждение.** Все пострадавшие оперированы в экстренном порядке. Пострадавшим в шоке проводилась активная противошоковая терапия. Объем операции зависело от глубины, протяженности и характера повреждения, нарушения целостностью капсулы печени и желчевыводящих путей, наличия повреждений других органов и систем.

У 72 (52,9%) больных травмы печени были ушиты гемостатическими кетгутовыми швами. У 21 (15,4%) ушивание печени сочетано с тампонадой сальником на ножке или круглой связке печени. С целью временной остановки кровотечения во время операции прижата мягким зажимом гепато-дуоденальная связка на 8–10 минут с интервалами 5 минут. У 26 (19,1%) случаях производилась реинфузия крови (от 300 до 1500 мл). при сочетанном повреждении печени с другими органами брюшной полости с восстановлением повреждения произведена санация и дренирование брюшной полости. У 9 (6,6%) произведена спленэктомия. При сочетанном повреждении конечностей обезболвали места переломов 0,5% раствором новокаина и осуществляли хорошую иммобилизацию конечностей. Остеосинтез произведен через 2 недели. Важным мероприятием является борьба с шоком на всех этапах лечения, а в послеоперационном периоде на протяжении не менее 3–5 дней. Умерло 7 (5,1%) больных от тяжелого геморрагического шока, сердечно-сосудистой недостаточности и печеночно-почечной недостаточности.

**Заключение.** Таким образом, послеоперационная летальность составила 5,1%. Наиболее важными условиями для снижения летальности при повреждениях печени являются быстрая доставка пострадавшего в экстренное хирургическое отделение, проведение активных реанимационных мероприятий и щадящий характер оперативного вмешательства.

## НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Смотрин С.М., Колоцей В.Н., Новицкая Э.Д.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гродно*

**Цель работы.** Повысить эффективность оперативного лечения паховых грыж у пациентов пожилого возраста на основе нового метода открытой атензионной герниопластики.

**Материал и методы исследования.** В исследование включено 270 пациентов пожилого возраста. По методу Лихтенштейна оперировано 130, а новый метод герниопластики был применен у 140 пациентов. Новый метод атензионной паховой герниопластики, предусматривает закрытие пахового промежутка сетчатым имплантом, который фиксируется к пупартовой связке, влагалищу прямой мышцы живота и верхней части апоневроза наружной косой мышцы живота. Сетчатый имплант содержит отверстие, через который проходят элементы семенного канатика, диаметр которого соответствует их диаметру. Элементы семенного канатика выводятся в подкожную клетчатку, а апоневроз наружной косой мышцы живота сшивается над сетчатым имплантом (патент ВУ 22317). Тип исследования определен как рандомизированное, одноцентровое, сравнительное с параллельными группами. До операции, в раннем и отдаленном послеоперационном периодах пациентам обеих групп проводилась ультразвуковая оценка объема яичка на стороне оперативного вмешательства. Оценку качества жизни проводили по коэффициенту медицинской эффективности, который определяли по формуле  $K_m = (K_d - K_n) / K_n$ : где  $K_m$  – коэффициент медицинской эффективности,  $K_d$  – количество случаев полного достижения предполагаемого результата,  $K_n$  – количество случаев не достижения результата. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программ «STATISTICA 10» (SN AXAR207F394425FA-Q) и «RStudio 1.1.461».

Результаты исследования. На пятые сутки после операции Лихтенштейна отмечено увеличение объема яичка на стороне оперативного вмешательства с 15,6 (15,2; 16,1) см<sup>3</sup> до 20,5 (17,6; 21,5) см<sup>3</sup>, ( $p < 0,005$ ). После герниопластики по новой методике также имело место увеличение объема яичка с 15,4 (15,1; 15,9) см<sup>3</sup> до 17 (16,8; 17,4) см<sup>3</sup> ( $p < 0,05$ ). При этом степень увеличения объема яичка после герниопластики по Лихтенштейну была больше, чем после герниопластики по предлагаемой методике ( $U=325,5$ ;  $p=0,001$ ;  $r_{rb}=-0,803$ ). Через год после атензионной герниопластики предлагаемым методом объем яичка составил 15,8±0,2 см<sup>3</sup> и не отличался от первоначального объема до оперативного вмешательства. У пациентов, перенесших операцию Лихтенштейна, объем яичка составил 14,6±0,3 см<sup>3</sup>, ( $p < 0,003$ ). Новый метод атензионной герниопластики характеризовался высоким уровнем коэффициентов медицинской ( $K_m=0,97$ ) и социальной эффективности ( $K_c=0,83$ ), при герниопластике по Лихтенштейну вышеуказанные коэффициенты были, соответственно, равны  $K_m=0,80$ , а  $K_c=0,72$ . Рецидив заболевания после операции Лихтенштейна составил 2,2%, после новой атензионной герниопластики рецидива заболевания в наблюдаемый период времени не отмечено.

Заключение. Разработан и внедрен в клиническую практику новый метод открытой паховой, который по ряду технических и клинических параметров превосходит известный метод Лихтенштейна, позволяющий существенно снизить площадь контакта элементов семенного канатика с сетчатым имплантом, а в отдаленном периоде не приводит к уменьшению объема яичка.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ОТКРЫТОГО МЕТОДА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

*Смотрин С.М., Колоцей В.Н., Новицкая Э.Д.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гродно*

Цель работы. Дать оценку топографо-анатомическим параметрам пахового промежутка при грыжах у мужчин в различных возрастных группах с применением ультразвуковой морфометрии и разработать алгоритм выбора открытого метода паховой герниопластики.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и проанализированы результаты ультразвуковой визуализации пахового промежутка (ПП) при грыжах у 133 мужчин. Все пациенты были разделены по возрасту на 3 группы: молодого, среднего и пожилого возраста. В работе пользовались международной классификацией паховых грыж по L. Nyhus и возрастной классификацией ВОЗ. Исследование ПП проводили аппаратом Sonoase 5500 с линейным датчиком 7,5 МГц в В-режиме. Измерялись высота (h) пахового промежутка и совокупная толщина внутренней косой и поперечной мышц живота (СТМ), образующих верхнюю стенку пахового канала. Для определения порога коэффициента выбора метода герниопластики «К» было построено уравнение логистической регрессии с бинарным откликом и пробит-функцией связи. Данное уравнение составлено на основании данных отдаленных результатов лечения 68 пациентов-мужчин молодого, среднего и пожилого возраста, где «К» - коэффициент выбора (рецидив - бинарная переменная, принимающая значения 0, если рецидива не было, и 1, если рецидив был). Статистический анализ результатов исследования проводился в соответствии с требованиями, предъявляемыми в области медицины. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью программ «STATISTICA 10» (SN AXAR207F394425FA-Q) и «RStudio 1.1.461».

Результаты исследования. Установлено, что у лиц пожилого возраста со II типом паховых грыж имеет место увеличение высоты пахового промежутка по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста ( $p=0,01$ ). Выявлены существенные различия в СТМ между пациентами молодого и пожилого возраста. Если у пациентов молодого возраста СТМ верхней стенки пахового канала находилась в пределах  $Me[8(8;10)]$  мм, то у лиц пожилого возраста СТМ верхней стенки пахового канала составляла  $Me [5(4;5)]$  мм ( $p=0,008$ ).

Установлено, что при IIIa типе паховых грыж высота ПП у пожилых превышает высоту ПП пациентов молодого возраста ( $p=0,0019$ ) и среднего возраста ( $p=0,0038$ ). Были выявлены статистически значимые различия и в СТМ у пациентов пожилого и молодого возраста ( $p=0,001$ ), а также пожилого и среднего возраста ( $p=0,003$ ).

У пациентов с IIIб типом паховых грыж установлены статистически значимые различия в высоте ПП между пациентами молодого и пожилого возраста ( $p=0,0019$ ), а также пациентами среднего и пожилого возраста ( $p=0,0038$ ). При IIIб типе паховых грыж между пациентами различных возрастных групп выявили статистически значимые различия в СТМ у пациентов молодого и пожилого возраста ( $p=0,019$ ), а также пожилого и среднего возраста ( $p=0,038$ ).

Полученные результаты морфометрического исследования топографо-анатомических параметров пахового канала легли в основу разработки коэффициента выбора открытого метода натяжной или атензионной паховой герниопластики, который рассчитывается по формуле:  $K=h:m$ , где h – высота пахового промежутка (мм), m – совокупная толщина мышц верхней стенки пахового канала (мм). При  $K > 4,83$  выбирают атензионные методы герниопластики, а при  $K < 4,83$  – натяжные методы герниопластики.

Заключение. Предложен новый подход к выбору открытого метода паховой герниопластики, основанный на принципах доказательной медицины, включающий проведение ультразвуковой морфометрии ПП и расчет коэффициента выбора паховой герниопластики по формуле  $K=h:m$ . При  $K > 4,83$  выбирают атензионные методы герниопластики, а при  $K < 4,83$  – натяжные методы герниопластики.

## РОЛЬ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Тагаев Ш.Б., Мехманов Ш.Р., Шарипов Ю.Ю., Хасанов Б.Г., Ашуров А.А.*

*Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан, Ташкент*

Введение:

Болезнь Крона может поражать любой отдел желудочно-кишечного тракта, однако в ряде случаев наблюдается изолированное поражение толстой кишки, что требует точной дифференциальной диагностики.

Традиционные методы — колоноскопия, гистология — не всегда дают достаточную информацию для постановки диагноза.

Цель исследования:

Оценить возможности сканирующей электронной микроскопии в диагностике болезни Крона толстой кишки и уточнении характера морфологических изменений слизистой оболочки.

Материалы и методы:

В исследование включены 109 пациентов с подозрением на болезнь Крона, проходивших обследование в РКБ №1 в период с 1997 по 2022 гг.

У 32 пациентов были получены биоптаты из различных отделов толстой кишки, включая участки без визуальных изменений.

Биопсийный материал был подвергнут анализу с использованием сканирующей электронной микроскопии.

Результаты:

СЭМ позволила визуализировать воспалительные и дегенеративные изменения на микроструктурном уровне: деструкция эпителиального слоя, отёк и расширение микрососудов, наличие лимфоидных клеток и формирование гранулем.

У 17 пациентов обнаружены чёткие признаки гранулематозного воспаления, характерного для болезни Крона, даже в тех участках, которые были интактны при эндоскопическом осмотре.

Выводы:

Сканирующая электронная микроскопия является ценным методом в диагностике болезни Крона толстой кишки.

Она позволяет выявлять характерные изменения на ранних стадиях и может служить дополнением к стандартным методам морфологической диагностики.

Широкое внедрение СЭМ в клиническую практику способствует более точной постановке диагноза и выбору оптимальной лечебной тактики.

## СЛУЧАЙНЫЕ НАХОДКИ ЦИРРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ВО ВРЕМЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

*Тешаев О.Р., Хайитов И.Б., Бабажонов А.Б., Бобоназаров Ш.Б.*

*Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан.*

Введение. Цирроз печени представляет значительный фактор риска для бариатрической хирургии, однако может оставаться недиагностированным предоперационно несмотря на рутинный скрининг. Хотя бариатрическая хирургия возможна у отобранных пациентов с компенсированным циррозом, повышенный риск требует тщательного отбора пациентов и усиленного периоперационного мониторинга.

Целью исследования было определить частоту неожиданного цирроза печени, анализ безопасности продолжения бариатрических процедур у пациентов с циррозом и оценку краткосрочных послеоперационных результатов.

Методы и материалы: Ретроспективный анализ был проведен на 629 последовательных пациентах, перенесших лапароскопическую бариатрическую хирургию между 2023-2024 годами в частной клинике СтарМед. Первоначальное хирургическое планирование включало лапароскопическую рукавную гастрэктомию (ЛРГ) для 524 пациентов (83,3%) и минигастрошунтированию (МГШ) для 105 пациентов (16,7%). Все пациенты прошли стандартную предоперационную оценку, включающую печеночные функциональные тесты и абдоминальное ультразвуковое исследование. Интраоперационные находки цирроза печени были документированы, включая макроскопический вид, степень портальной гипертензии и наличие варикозных вен, а также, диагноз был подтвержден биопсией печени.

Результаты: Неожиданный цирроз выявлен у 39 пациентов (6,2%): 33 (84,6%) запланированы для ЛРГ и 6 (15,4%) для МГШ. Изменения варьировались от раннего компенсированного цирроза с минимальной портальной гипертензией (n=30, 77,2%) до продвинутого цирроза со значительным коллатеральным кровообращением (n=9, 21,8%). Хирургическая стратегия изменена у 12 пациентов (30,8%): 6 конверсий от МГШ к ЛРГ, 6 процедур прекращены после диагностической лапароскопии и биопсии. Остальные 27 пациентов перенесли запланированные процедуры с техническими модификациями. Послеоперационные осложнения у 4 пациентов (10,2%): 1 печёночная декомпенсация, 2 кровотечения, 1 раневое осложнение. Одна смерть (2,5%) от послеоперационной печёночной недостаточности. Средняя госпитализация в группе с циррозом 7,2 против 2,8 дней (p < 0,001).

Выводы: Случайное обнаружение цирроза печени происходит в 6% случаев несмотря на предоперационный скрининг. Данная находка требует немедленного интраоперационного принятия решений о модификации или прекращении процедуры. Результаты подчёркивают важность комплексной предоперационной оценки печени и необходимость протоколов для управления неожиданным циррозом при бариатрических процедурах.

## TALOQ SHIKASTLANISHLARIDA A'ZO SAQLOVCHI OPERATSIYALAR: ZAMONAVIY YONDASHUVLAR VA SAMARADORLIK TAHLILI.

*Xadjibayev F.A., Jo'rayev J.N., G'ulomov F.Q.*

*Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi. Toshkent. O'zbekiston.*

**Kirish va dolzarbligi:** Taloq shikastlanishlari shoshilinch abdominal jarrohlik amaliyotida keng tarqalgan muammolardan biri bo'lib, ayniqsa politravma va birikkan jarohatlar holatida hayot uchun xavfli hisoblanadi. An'anaviy ravishda splenektomiya standart davolash usuli bo'lgan bo'lsa-da, postsplenektomiya sindromining og'ir oqibatlari va taloqning muhim immunologik funksiyalarini yo'qotish xavfi tufayli, so'nggi yillarda organ saqlovchi yondashuvlar tobora keng qo'llanilmoqda.

**Maqsad:** 2017-2024 yillar davomida Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazida (RShTYoIM) taloq shikastlanishi bilan davolangan bemorlar misolida organ saqlovchi operatsiyalarning samaradorligi, xavfsizligi va qo'llanish

imkoniyatlarini baholash, shuningdek, an'anaviy spelenektomiya bilan qiyosiy tahlil o'tkazish.

**MATERIALLAR VA USULLAR.** RShTYoIMda "taloq shikastlanishi" tashxisi bilan operativ davolangan 273 nafar bemor. Tadqiqotga 18 yoshdan katta, tasdiqlangan taloq shikastlanishi va operativ davolash zaruriyati bo'lgan, to'liq tibbiy hujjatlari mavjud bemorlar kiritildi. Bemorlarning demografik xususiyatlari:

- O'rtacha yosh: 34,2 yil
  - Erkaklar: 182 nafar (66,5%)
  - Ayollar: 91 nafar (33,5%)
- Shikastlanish turlari bo'yicha taqsimot:
- Yo'l-transport hodisalari: 167 bemor (61,2%)
  - Katatravma: 53 bemor (19,4%)
  - Maishiy jarohatlari: 21 bemor (7,8%)
  - Teshib-kesilgan jarohatlar: 18 bemor (6,5%)
  - Boshqa sabablar: 14 bemor (5,1%)

Spelenektomiya an'anaviy ochiq usulda bajarilgan. Organ saqlovchi operatsiyalar quyidagi usullarni o'z ichiga olgan: zamonaviy gemostaz usullari (elektrokoagulyatsiya, argon-plazma koagulyatsiya), gemostatik preparatlar qo'llash texnikasi. A'zo saqlovchi operatsiyalar an'anaviy va laparoskopik usullarda bajarilgan. Tadqiqotda operatsiya davomiyli-gi, qon yo'qotish miqdori, asoratlar chastotasi, kasalxonada yotish muddati, qayta operatsiya zaruriyati kabi ko'rsatkichlar baholanadi.

**Natijalar:**

- Spelenektomiya: 240 bemor (87.9%)
- Organ saqlovchi operatsiyalar: 33 bemor (12.1%)

Muvaffaqiyatli organ saqlash ko'rsatkichlari:

- I-II daraja shikastlanishlar: 30/33 (90,1%)
- III daraja shikastlanishlar: 3/33 (9,9%)
- IV-V daraja shikastlanishlar: 0/33 (0%)

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, organ saqlovchi operatsiyalar tanlangan bemorlarda xavfsiz va samarali usul hisoblanadi. Biroq, ushbu yondashuvning muvaffaqiyati shikastlanish darajasiga to'g'ridan-to'g'ri bog'liq.

Organ saqlash uchun optimal mezonlar quyidagilar: AAST I-II daraja shikastlanishlar, Gemodinamik barqarorlik, Qo'shma og'ir jarohatlar yo'qligi.

**XULOSA**

Taloq shikastlanishlarida organ saqlovchi operatsiyalar I-II daraja shikastlanishlarda yuqori samaradorlik (90,1%) ko'rsatadi. Organ saqlovchi yondashuv postspelenektomiya sindromini oldini olish va immunologik funksiyalarni saqlash imkonini beradi. Bemor tanlovi va jarrohlik texnikasining to'g'ri qo'llanilishi organ saqlovchi operatsiyalarning xavfsi-zligini ta'minlaydi. Kelajakda minimal invaziv texnologiyalar va zamonaviy gemostatik usullarni joriy etish organ saqlash imkoniyatlarini yanada kengaytirishi mumkin.

**АЛЬБЕНДАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

*Хайитов И.Б.<sup>1</sup>, Жаббаров Э.Н.<sup>2</sup>, Шукуров А.А.<sup>2</sup> Бабажонов А.Б.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан.*

<sup>2</sup> *Частная клиника Дюсель, Ташкент, Узбекистан.*

Цель работы. Оценить влияние альбендазолтерапии на жизнеспособность сколексов во время операции и эффективность послеоперационного использования альбендазола в профилактике рецидивов эхинококкоза печени.

Материалы и методы исследований. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 92 больных с эхинококкозом печени, в том числе 47 мужчин (51%) и 45 женщин (49%), средний возраст 36,77 лет. Пациенты были разделены на две группы по 46 человек. Группа А - пациенты, которым выполнено хирургическое лечение без предоперационной подготовки. Группа Б - пациенты, получавшие предоперационную терапию альбендазолом в течение 6 недель в дозе 10 мг/кг/сутки с последующим хирургическим лечением и послеоперационным курсом альбендазола еще 6 недель. Все пациенты имели гемоглобин более 11 г/л с нормальной функцией почек и печени. Иммуноферментный анализ для эхинококковой серологии был положительным у всех больных. Правая доля печени поражалась у 57,81% пациентов, левая доля у 32,52% и билобарно у 9,67%. Основным методом диагностики было ультразвуковое исследование. Компьютерная томография брюшной полости выполнялась при неоднозначных результатах ультразвукового исследования. Наблюдение проводилось каждые 2 недели в течение 3 месяцев, затем ежемесячно в течение 1 года, далее каждые 3-6 месяцев.

Результаты исследований. Жизнеспособность кисты во время операции была значительно снижена у пациентов группы Б. Из пациентов, получавших предоперационный альбендазол, только 2 пациента (5,55%) имели жизнеспособные кисты во время операции по сравнению с 94,55% пациентов группы А, которые не получали предоперационную терапию альбендазолом. Это снижение жизнеспособности кисты было статистически значимым (p<0,01). В течение периода наблюдения 3 года не было рецидивов ни у одного из пациентов, получавших терапию альбендазолом. Наиболее распространенным симптомом была боль в животе у 87% пациентов, пальпируемое образование в животе отмечено у 60% больных. Около 11% пациентов были бессимптомными.

Заключение. Предоперационное и послеоперационное использование альбендазола снижает жизнеспособность кист во время операции и значительно снижает вероятность рецидива. Альбендазол является эффективным методом лечения и профилактики рецидива эхинококковой кисты печени. Применение альбендазола в дозе 10 мг/кг/сутки в течение 6 недель до операции убивает большую часть протосколексов в эхинококковых кистах печени.

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

*Хайитов И.Б.<sup>1</sup>, Жаббаров Э.Н.<sup>2</sup>, Шукуров А.А.<sup>2</sup> Бабажонов А.Б.<sup>1</sup>*

*1 - Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан.*

*2 - Частная клиника Дюсель, Ташкент, Узбекистан.*

Цель работы. Оценить результаты лапароскопического лечения эхинококкоза печени в сравнении с открытыми операциями и разработать дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения.

Материалы и методы исследований. Проанализированы результаты лечения 48 больных с эхинококкозом печени, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 города Ташкента в период с 2022 по 2024 годы. Больные были разделены на две группы: пациенты, перенесшие лапароскопические операции (22 больных) и открытые хирургические вмешательства (26 больных). Виды лапароскопических вмешательств включали: парциальную перцистэктомию с оментопластикой у 16 больных, тотальную цистэктомию у 1 больного, субтотальную цистэктомию у 5 больных. При открытых операциях выполнялись: частичная перцистэктомию с оментопластикой в 7 случаях, тотальная перцистэктомию в 3 случаях, парциальная и тотальная перцистэктомию в 3 случаях. Всем пациентам устанавливался дренаж в подпеченочное или поддиафрагмальное пространство. Оценивались интраоперационные показатели: продолжительность операции, объем кровопотери, послеоперационные осложнения, продолжительность госпитализации. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Результаты исследований. Средние размеры кист у пациентов, перенесших открытые и лапароскопические операции, составили  $11,6 \pm 2,3$  см и  $10,9 \pm 2,4$  см соответственно ( $p=0,012$ ). Лапароскопическая хирургия была предпочтительнее для больных с периферическим расположением кист, а открытая хирургия применялась при центрально расположенных кистах размером более 15 см. Средняя продолжительность открытых операций составила  $70,5 \pm 11,4$  минут, лапароскопических -  $56,4 \pm 10,4$  минут ( $p=0,001$ ). Кровопотеря при открытых операциях составила  $85,5 \pm 5,5$  мл, при лапароскопических -  $58,8 \pm 18,5$  мл ( $p=0,005$ ). Продолжительность госпитализации составила  $6,8 \pm 2,6$  дня при открытых операциях и  $4,2 \pm 2,5$  дня при лапароскопических вмешательствах ( $p=0,01$ ). У пациентов, перенесших лапароскопические операции, отмечались лучший косметический эффект, более быстрое выздоровление и более низкая частота раневой инфекции. Лапароскоп обеспечивал детальный осмотр полости кисты с трехкратным увеличением изображения, что позволяло лучше визуализировать утечку желчных протоков и проводить их клипирование или ушивание.

Заключение. Лапароскопическая хирургия при эхинококкозе печени является безопасным и эффективным методом лечения для отдельных больных и может служить полезной альтернативой открытым операциям. Лапароскопические вмешательства обеспечивают статистически значимые преимущества в виде сокращения времени операции, уменьшения кровопотери и продолжительности госпитализации. Лапароскопическую операцию следует проводить только при периферическом расположении кист печени размером менее 15 см.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Хайитов И.Б., Назаралиев Э.Д., Раматов И.К.*

*Ташкентский Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан.*

*Центральный военный госпиталь, Ташкент, Узбекистан.*

Введение.

Паховые и пахово-мошоночные грыжи — одни из наиболее распространенных хирургических патологий среди военнослужащих. Физическая нагрузка, характерная для армейской службы, способствует развитию и обострению грыжевых заболеваний, что влияет на боеспособность и требует своевременного, эффективного и минимально инвазивного лечения. Основной задачей современной хирургии является не только устранение дефекта, но и сокращение сроков реабилитации, минимизация рецидивов, болевого синдрома и осложнений. Актуальность данной работы заключается в необходимости разработки и внедрения оптимального алгоритма диагностики, выбора хирургической тактики и методов послеоперационного ведения пациентов военнослужащих с учетом специфики службы.

Цель исследования.

Разработать и внедрить оптимизированную методику хирургического лечения паховых и пахово-мошоночных грыж у военнослужащих с учётом анатомо-физиологических особенностей, уровня физической нагрузки и необходимости быстрого восстановления трудоспособности.

Материалы и методы.

В исследование были включены 147 военнослужащих с диагностированными паховыми и пахово-мошоночными грыжами, находившихся на лечении в военном госпитале в период 2021–2024 гг. Пациенты были разделены на три группы: - Группа I — 49 человек, которым была выполнена классическая пластика по Бассини; - Группа II — 50 человек, прооперированные по методике Лихтенштейна (с использованием сетчатого импланта); - Группа III — 48 человек, которым была проведена лапароскопическая герниопластика TAPP. Проводился сравнительный анализ по следующим критериям: длительность операции, выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, количество осложнений, сроки восстановления, рецидивы в течение года наблюдения.

Результаты исследования

Сравнительный анализ показал, что лапароскопическая герниопластика TAPP в условиях военного госпиталя демонстрирует наилучшие показатели в ряде ключевых критериев: - Продолжительность операции: в группе I —  $62 \pm 7$  минут, в группе II —  $50 \pm 5$  минут, в группе III —  $68 \pm 8$  минут; - Болевой синдром (по ВАШ на 2 сутки): группа I — 6,3; группа II — 4,1; группа III — 2,5; - Ранние послеоперационные осложнения: группа I — 12,2%; группа II — 6,1%;

группа III — 2,1%; - Сроки госпитализации: группа I — 9,4±1,2 дней, группа II — 6,1±0,9 дней, группа III — 4,3±0,7 дней; - Время возвращения к физическим нагрузкам: группа I — 6 недель, группа II — 4 недели, группа III — 2,5 недели; - Рецидивы в течение года: группа I — 10,2%, группа II — 4%, группа III — 2,1%.

**Обсуждение**

Традиционные методы пластики, несмотря на историческую эффективность, в современных условиях оказываются менее предпочтительными в армии. Высокий риск рецидивов, выраженный болевой синдром и длительный период нетрудоспособности не соответствуют требованиям армии. Методика Лихтенштейна доказала свою эффективность как «золотой стандарт» открытой герниопластики, но также не лишена недостатков, особенно в условиях повторных операций и при двусторонних грыжах.

Лапароскопические методы (TAPP, TEP) позволяют снизить болевой синдром, сократить сроки реабилитации, минимизировать риски осложнений и рецидивов. Особенно важным является возможность одновременной коррекции двусторонних грыж через один доступ. Также метод обеспечивает лучший косметический результат.

**Выводы**

1. Оптимизация хирургического лечения паховых и пахово-мошоночных грыж у военнослужащих требует комплексного подхода с учетом специфики службы, физической активности и необходимости быстрого восстановления.

2. Наиболее эффективной методикой в условиях современного военного стационара является лапароскопическая герниопластика (TAPP).

3. Методика Лихтенштейна может рассматриваться как альтернатива при отсутствии лапароскопического оборудования.

4. Традиционные методы следует использовать ограниченно, преимущественно в условиях отсутствия сетчатых имплантов или противопоказаний к другим методам.

5. Внедрение алгоритма диагностики и выбора метода лечения позволяет повысить качество оказания медицинской помощи военнослужащим.

**Практические рекомендации**

- Разработать и внедрить стандарт оперативного лечения грыж у военнослужащих с учетом наличия лапароскопического оборудования.

- Провести целевую подготовку хирургов военных госпиталей по технике TAPP и TEP.

- Включить в протокол обязательное УЗИ и КТ при подозрении на осложнённые грыжи.

- Разработать систему краткосрочной реабилитации с участием физиотерапевтов и специалистов ЛФК.

**ОПТИМИЗАЦИЯ TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) БЛОКАДЫ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ЛАПАРОТОМИЯХ**

*Шарипова В.Х., Юлдошева Ш.А., Усмонов Ш. А.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Ташкент, Узбекистан.*

Цель: Оптимизация послеоперационного обезболивания путем применения различных адъювантов для TAP-блокады (Transversus Abdominis Plane) в рамках неопиоидной анальгезии у пациентов после экстренных лапаротомий.

**Материалы и методы исследования:** В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РШТЭИМ) проведено исследование, в котором участвовали 70 пациентов с физическим статусом I, II и III по классификации Американского общества анестезиологов (ASA), перенесших экстренные лапаротомические вмешательства (лапаротомия холецистэктомия и герниолапаротомия) под комбинированной общей анестезией.

Пациенты были рандомизированы в две группы: **исследуемую** (бупивакаин + сульфат магния) и **контрольную** (бупивакаин + дексаметазон). В послеоперационном периоде, под ультразвуковой навигацией, в исследуемой группе выполняли двустороннюю субкостальную или латеральную TAP-блокаду с использованием 40 мл 0,25% раствора бупивакаина и 300 мг сульфата магния, а в контрольной группе — с 40 мл 0,25% раствора бупивакаина и 8 мг дексаметазона.

Оценка эффективности обезболивания проводилась с использованием числовой рейтинговой шкалы боли (Numeric Rating Scale – NRS) в состоянии покоя, при движении и при кашле через 30 минут, а также спустя 2, 6, 12, 18 и 24 часа после блокады. Дополнительно анализировались время до первой потребности во введении анальгетика, общий объем послеоперационного потребления опиоидов, а также выраженность послеоперационной тошноты и рвоты.

**Результаты**

В течение первых 24 часов послеоперационного периода время до первой потребности в анальгезии составило 632,67 ± 67,93 минуты в исследуемой группе и 51,21 ± 35,34 минуты в контрольной группе. Средний общий послеоперационный расход опиоидов в исследуемой группе составил 8,75 мг морфинового эквивалента (ММЭ), тогда как в контрольной группе — 35,79 ММЭ.

Интенсивность болевого синдрома по шкале числового рейтинга (NRS) в первые 24 часа после операции была **достоверно ниже** в исследуемой группе по сравнению с контрольной ( $p < 0,05$ ).

**Заключение**

Применение комбинации 0,25% раствора бупивакаина и сульфата магния для TAP-блокады при экстренных лапаротомических вмешательствах способствует повышению качества и продолжительности блокады, а также обеспечению ее безопасности. В сравнении с комбинацией бупивакаина и дексаметазона, данная методика приводит к достоверному снижению интенсивности послеоперационного болевого синдрома, увеличению времени до первой потребности в анальгетической терапии и уменьшению общего послеоперационного расхода опиоидов.

## SHOSHILINCH LAPAROTOMIYA OPERATSIYALARIDAN KEYINGI ANALGEZIYADA TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) BLOKADA SAMARADORLIGIGA DEKSMEDETOMIDIN ADYUVANTINING TA'SIRI

*Sharipova V.X.<sup>1</sup>, Yuldosheva Sh.A.<sup>1</sup>, Fokin I.V.<sup>1</sup>, Akromova N.A.<sup>2</sup>*

*1 - Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O'zbekiston*

*2 - Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro, O'zbekiston*

**Tadqiqot maqsadi:** Shoshilinch laparotomiya operatsiyalaridan keyingi postoperativ analgeziya maqsadida qo'llaniladigan Transversus abdominis plane (TAP) blokada samaradorligi va xavfsizligiga deksmedetomidin adyuvantining ta'sirini o'rganish.

**Tadqiqot materiali va usullari:** Tadqiqot uchun Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch xirurgiya bo'limlarida o't-tosh kasalligi va qisilgan ventral churra tashxisi bilan shoshilinch laparotomiya operatsiyasi o'tkazilgan 18 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 69 nafar (29 ta tadqiqot guruhi, 40 ta nazorat guruhi) bemorlar tanlab olindi. Bemorlarning yoshi va jinsida guruhlar o'rtasida sezilarli tafavut aniqlanmadi. Tadqiqot guruhidagi bemorlarga operatsiya tugagandan keyin traxeya ekstubatsiyasidan oldin 2 tomonlama TAP blokada uchun 0,25 % li 100 mg levobupivakin eritmasiga 0,5 mkg/kg dozada deksmedetomidin adyuvant sifatida qo'shib Ultratovush navigatsiyasi bilan blokada o'tkazildi. Nazorat guruhidagi bemorlarga adyuvantsiz 100 mg 0,25% li levobupivakin eritmasi bilan TAP blokada qilindi. Barcha bemorlarda operatsiyadan oldin, blokada qilinishidan oldin va blokadadan keyin hamda operatsiyadan keyingi kuzatuv palatalarida markaziy va periferik gemodinamika ko'rsatkichlari, qonda glukoza miqdori, Richmond sedatsiya va qo'zg'aluvchanlikni baholash shkalasi (Richmond Agitation Sedation Scale-RASS) yordamida sedatsiya darajasi hamda raqamli baholash shkalasi (Numeric rating scale-NRS) yordamida ekstubatsiyadan keyin, blokada qilingandan 2, 6, 12 soatdan keyingi tinch holatda, harakat va yo'tal vaqtidagi og'riq intensivligi baholandi. Shu bilan birga bemorlarda operatsiyadan keyingi ko'ngil aynish va qayt qilish uchrashi, operatsiyadan keyingi analgetikka bo'lgan birinchi ehtiyoj davomiyligi hamda postoperativ umumiy opioid sarfi tekshirildi.

**Tadqiqot natijalari:** Olib borilgan tekshiruv natijalari statistik tahlildan o'tkazilganda, ikkala guruh bemorlar orasida markaziy va periferik gemodinamika ko'rsatkichlari hamda qonda glukoza miqdori va RASS bo'yicha statistik jihatdan sezilarli farqlar aniqlanmadi ( $p > 0,1$ ). Og'riq intensivligi bo'yicha ekstubatsiyadan keyin tinch holatda, harakat va yotal vaqtidagi og'riqlar ikkala guruh bemorlari orasida deyarli bir xil  $NRS < 2,2 \pm 1,01$  ni tashkil qildi. Blokada qilingandan 2 soatdan keyin ham barcha holatlardagi NRS ko'rsatkichida ikkala guruh bemorlar orasida klinik va statistik jihatdan farqlar aniqlanmadi. Blokada o'tkazilgandan keyingi 6 soatda tadqiqot guruhidagi bemorlarda tinch holatdagi NRS ko'rsatkichi o'rtacha 1,4 ballni, nazorat guruhida 4,7 ballni, harakat va yo'tal vaqtida esa mos ravishda tadqiqot guruhida 2,6 va 2,9 ball, nazorat guruhida 5,8 va 6,6 ballarni tashkil qildi. 12 soatdan keyin tadqiqot guruhidagi bemorlarda NRS ko'rsatkichi tinch holatda  $1,7 \pm 0,9$  ball, harakat vaqtida  $3,1 \pm 1,2$  ball, yo'tal vaqtida  $3,9 \pm 1,1$  ballni bo'lgan bo'lsa, nazorat guruhidagi bemorlarda mazkur ko'rsatkichlar mos ravishda  $3,8 \pm 1,6$  ball,  $4,7 \pm 2,2$  ball,  $6,5 \pm 2,6$  ballni tashkil qildi. Analgetikka bo'lgan birinchi ehtiyoj vaqti tadqiqot guruhida o'rtacha  $678 \pm 43,4$  minutni, nazorat guruhida  $193,8 \pm 37,5$  minutni tashkil qildi. Tadqiqot guruhidagi bemorlardan faqat 2 ta bemorda (6,9%) operatsiyadan keyingi davrda opioid analgetikka ehtiyoj kuzatilgan bo'lib, postoperativ umumiy opioid sarfi 20 MME (morfin milligramm ekvivalent) ga teng bo'ldi. Nazorat guruhida esa 23 ta bemorda (57,5%) postoperativ opioidga ehtiyoj kuzatildi. Umumiy postoperativ opioid sarfi nazorat guruhida 280 MME ni tashkil qildi. Tadqiqot guruhidan 3 ta bemorda (10,3%), nazorat guruhida 7 ta bemorda (17,5%) postoperativ ko'ngil aynish uchragan bo'lsa, qayt qilish uchrashi tadqiqot guruhida 1 ta bemorda (4,3%), nazorat guruhida 6 ta bemorda (15%) kuzatildi.

**Xulosa:** Tadqiqot natijalariga ko'ra shoshilinch laparotomiya operatsiyalaridan keyingi analgeziyada TAP blokada uchun levobupivakainga adyuvant sifatida 0,5 mkg/kg dozada deksmedetomidin qo'shilganda, deksmedetomidinning nojo'ya effektlari (bradikardiya, sedatsiya) kuzatilmaydi, blokada davomiyligini o'rtacha 55,54%ga oshiradi, postoperativ opioidga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi hamda operatsiyadan keyingi analgetikka bo'lgan birinchi ehtiyoj davrini uzayishiga sabab bo'ladi.

## КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Эгамов Б.Ю.*

*Андижанский государственный медицинский институт. Андижан. Узбекистан.*

**Введение:** Послеоперационный спаечный процесс является одной из наиболее частых и сложных проблем абдоминальной хирургии. По данным различных авторов, частота формирования спаек после операций на органах брюшной полости достигает 67–93%, что приводит к развитию хронической кишечной непроходимости, болевого синдрома и осложнений при повторных вмешательствах. Мировой научный поиск в последние годы всё активнее направлен на разработку патогенетически обоснованных методов профилактики спаечного процесса. На этом фоне всё больше внимания привлекает мезентериальная лимфатическая терапия, способная модулировать локальный и системный воспалительный ответ.

Мезентериальный путь доставки медикаментов позволяет воздействовать непосредственно на регионарные лимфатические коллекторы, вовлечённые в иммунную и воспалительную реакцию. В связи с этим возникает гипотеза, что целенаправленное лимфотропное введение препаратов способствует снижению выраженности воспаления и, следовательно, частоты спаек.

**Цель исследования:** определить клиническую эффективность эндомезентериальной лимфатической терапии в профилактике послеоперационного спаечного процесса. Научная новизна работы заключается в комплексной оценке клинических и лабораторных эффектов регионарной лимфотерапии при различных видах хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

**Материалы и методы:** С 2015 по 2024 годы в клинике АГМИ отделении абдоминальной хирургии проведено проспективное клиническое исследование с участием 336 пациентов (152 мужчин и 184 женщины) в возрасте от 19 до 72 лет. Все пациенты перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости: холецистэктомия (n=120), вентральная герниопластика (n=73), резекция желудка (n=41) и гемиколэктомия (n=102). В зависимости от клинической ситуации использовались лапароскопический и лапаротомический доступы. Пациенты были рандомизированы на две равные группы: основную (с лимфотерапией) и контрольную (без лимфотерапии).

Протокол лимфотерапии включал лимфостимулирующие (фуросемид, лазикс, маннитол, гепарин, даларгин), антибактериальные (цефазолин, цефепим) и иммуномодулирующие средства (тактивин). Препараты разводились в 0,25% растворе новокаина и 5% глюкозы (1:1) и вводились лимфотропно — в проекцию корня брыжейки тонкой кишки путём капельного введения 2 раза в сутки. Целью терапии являлось снижение воспаления и стимуляция лимфооттока.

Статистический анализ данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS версии 26.0. Для оценки значимости различий между группами применялись критерии  $\chi^2$  и t-критерий Стьюдента.

**Результаты исследований:** Полученные данные подтверждают высокую эффективность мезентериальной лимфатической терапии в профилактике послеоперационного спаечного процесса. Особенно выраженный эффект наблюдается при колоректальных резекциях толстой кишки и вентральной герниопластике — операциях с высоким риском спаек. Лимфотерапия снижала как клиническую частоту спаек, так и уровни воспалительных маркеров (СРБ, СОЭ, лейкоциты), что подтверждает её патогенетическое действие.

Проведён сравнительный анализ с учётом пола, возраста, характера операции и способа хирургического доступа (лапаротомия, лапароскопия). Установлено, что лимфатическая терапия статистически достоверно снижает риск спаечного процесса, особенно у женщин, при лапаротомическом доступе и после колоректальных резекций. Также зафиксировано снижение маркеров системного воспаления у пациентов, получавших лимфотропную терапию. Полученные результаты подтверждают патогенетическую обоснованность применения лимфотерапии в составе комплексного послеоперационного ведения.

**Заключение.** Мезентериальная лимфатическая терапия является эффективным методом профилактики послеоперационного спаечного процесса при операциях на органах брюшной полости. Методика показала статистически значимое снижение частоты спаек и уровня системного воспаления. Рекомендуется включение лимфотерапии в стандартные протоколы ведения пациентов в абдоминальной хирургии.

## II. КАРДИОХИРУРГИЯ

### ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Абдуганиев Ш.А., Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Маматалиев Ф.А.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Введение:** Вторичная митральная недостаточность является самой распространенной патологией клапанов сердца с частотой встречаемости около 1% среди лиц младше 55 лет и достигает у пациентов 75 лет и старше 9%. Самой частой причиной развития подобного состояния является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Ишемическая митральная регургитация (ИМР) — это недостаточность митрального клапана (МК), возникшая вследствие инфаркта миокарда (ИМ) или его хронической ишемии. ИМР может быть острая, возникшая вследствие отрыва папиллярной мышцы, или хроническая, механизмом развития которой являются дисфункция папиллярных мышц, несинхронное сокращение миокарда и, как следствие, нескоординированная работа аппарата МК или расширение камер сердца с дилатацией фиброзного кольца (ФК) и недостаточной кооптацией створок МК.

Как следует из вышесказанного, актуальность проблемы ишемической митральной недостаточности в кардиохирургии достаточно высока и требует тщательного подхода к выбору метода хирургического лечения.

**Цель исследования:** Сравнить и изучить непосредственные и отдаленные результаты различных вариантов хирургического лечения ишемической митральной недостаточности.

**Материал и методы исследования:** В период с 2020 по 2025 год в отделении кардиохирургии Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи оперировано 36 пациентов с ишемической митральной недостаточностью. Средний возраст больных составил 58,95 лет. Соотношение мужчин и женщин 30:6. Сердечная недостаточность III ФК – у 14 (38,89%, n=36), IV ФК- у 22 (61,11%, n=36). Для определения значимости и генеза митральной недостаточности в дооперационном периоде применялось эхокардиографическое исследование. У всех 36 (100%, n=36) пациентов выявлена III степень митральной недостаточности. Операцией выбора для коррекции клапанного аппарата являлась аннулопластика.

**Результаты и обсуждение.** Из представленных пациентов 30 (83,33%, n=36) выполнена рестриктивная митральная аннулопластика опорными кольцами, остальным 6 (16,67%, n=36) шовная аннулопластика по авторской методике предложенной А.Батрынак (выполняется пластики заднего полукольца митрального клапана обивными швом с целью редукции клапанного кольца). В группе с пластикой МК на опорном кольце в одном случае выполнено ушивание дефекта задней створки. Пластика МК на опорном кольце дополнена в одном случае 1 (2,7%, n=36) имплантацией неохорды, в другом 1 (2,7%, n=36) – квадриангулярной резекцией сегмента P2. Кроме того, значительной части пациентов выполнена пластика трикуспидального клапана: 28 случаев 2 (5,5%, n=36). Смерть в раннем послеоперационном периоде произошла у одного пациента 1 (2,7%) вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности. Наиболее частыми осложнениями стали плеврит 3 (8,3%, n=36), ОССН 1 (2,7%, n=36), ОДН 2 (5,5%, n=36), нарушения ритма 4 (11,1%, n=36). После операции отмечалась уменьшение митральной регургитации, наиболее выраженное в группах с аннулопластикой на опорном кольце, увеличение фракции выброса до 47% ранней послеоперационным периоде.

**Заключение:** При анализе непосредственных результатов операций, выявлено, что реконструктивные вмешательства на митральном клапане при его ишемическом поражении, споровождаются приемлемыми показателями смертности и послеоперационных осложнений. При этом после комплексных коррекций, отмечается значимое улучшение функции митрального клапана и увеличение фракции выброса.

### ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАЦИИ ДАВИДА ПРИ ОСТРОМ РАССЛОЕНИИ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

*Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Султонов О.С., Маширапов О.А., Маматалиев Ф.А.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** представить первый опыт успешного выполнения операции Давида у пациента с острым расслоением восходящей аорты типа А по Стенфорду и оценить непосредственные результаты клапансохраняющей пластики корня аорты в экстренной ситуации.

**Материалы и методы исследований:** пациент Ш., 49 лет, поступил в приемное отделение РНЦЭМП с острыми болями за грудиной, иррадиирующими в нижнюю челюсть, болями в животе и правой ноге, одышкой и головокружением. Симптомы появились 6 часов назад. При осмотре выявлена разность пульсации в нижних конечностях. Проведена мультислайсная компьютерная томография с болюсным введением рентгеноконтрастного препарата, которая верифицировала расслаивающую аневризму восходящего отдела аорты с аневризматическим расширением корня аорты до 6,5 см в виде симптома двойного контура, тип А по Стенфорду. На эхокардиографии в просвете аорты визуализировалась гиперэхогенная линейная структура отслойки от синотубулярного гребня до левой подключичной артерии. Диагностирована аортальная недостаточность II степени. Выполнена операция клапансохраняющей пластики корня аорты по методике Tirone David с использованием искусственного кровообращения, гипотермии и циркуляторного ареста.

**Результаты исследований:** операция выполнена успешно без интраоперационных осложнений. Продолжительность искусственного кровообращения составила 255 минут, время пережатия аорты 190 минут, циркуляторный арест 35 минут. Гипотермия составляла в среднем 25°C. После вскрытия аневризмы отмечено

расслоение стенки аорты на 1 см выше устья левой коронарной артерии, аортальный клапан трехстворчатый, интактный. Произведена резекция аорты с выделением корня и обеих коронарных артерий. Выполнено протезирование корня аорты с сохранением собственного нативного клапана девятью П-образными швами этибонд 2/0 на прокладках. При гидравлической пробе клапан был компетентен. Дистальная аорта с частичным захватом дуги аорты обработана по технике сэндвич, сформирован дистальный анастомоз протезом диаметром 28 мм. Послеоперационная летальность составила 0%. Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации 48 часов. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. На контрольной эхокардиографии на 12-е сутки после операции отмечено значимое уменьшение размеров левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка составил 59 мм, конечный диастолический объем 176 мл. Аортальная недостаточность отсутствовала, наблюдалось уменьшение функционального класса сердечной недостаточности.

**Заключение:** клапансохраняющая пластика корня и восходящего отдела аорты по методике Давида у пациентов с острым расслоением аорты типа А демонстрирует хорошие непосредственные послеоперационные результаты. Данная методика имеет существенные преимущества над протезирующими вмешательствами, позволяя избежать пожизненной антикоагулянтной терапии и снизить риск тромбоэмболических осложнений. Несмотря на техническую сложность и продолжительность операции, методика целесообразна при остром расслоении аорты у пациентов с сохраненными створками аортального клапана. Необходимо дальнейшее изучение отдаленных результатов данной операции.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАРШРУТИЗАЦИИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АОРТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

*Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Султанов О.С., Маширабов О.А.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Оптимизировать систему маршрутизации и диагностический алгоритм пациентов с острым аортальным синдромом для повышения эффективности ранней диагностики и улучшения клинических исходов.

**Материалы и методы.** Проведен анализ современных подходов к маршрутизации и диагностике острого аортального синдрома и ретроспективное исследование 58 пациентов, оперированных по поводу аневризм восходящей аорты в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи за период с 2017 по 2024 годы. Средний возраст пациентов составил  $51,5 \pm 2,7$  лет (диапазон 24-70 лет). Диагноз верифицировался с помощью трансторакальной эхокардиографии и мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием. Анализировались факторы риска развития аортальных поражений, этапы маршрутизации, клинические проявления и диагностические подходы. Оценивались временные показатели диагностики и клинические исходы до и после внедрения оптимизированной системы.

**Результаты.** Анализ факторов риска показал: гипертоническая болезнь в сочетании с атеросклеротическими поражениями аорты – 24 (41,3%) случая; двустворчатый аортальный клапан – 15 (25,8%) случаев; синдром Марфана – 10 (17,2%) пациентов; системные воспалительные заболевания – 9 (15,7%) случаев. Среди пациентов преобладали мужчины – 53 (91,4%), большинство 37 (64%) больных были старше 50 лет. У 32 (55%) пациентов в анамнезе отмечалась хроническая артериальная гипертензия. В 26 (45%) случаях пациенты были оперированы по поводу острого аортального синдрома. Разработан трехэтапный диагностический алгоритм. Первый этап – оценка вероятности острого аортального синдрома: данные анамнеза (системные заболевания соединительной ткани, врожденные патологии аорты, длительная артериальная гипертензия); характеристики боли (внезапное начало, высокая интенсивность, разрывающий характер); физикальные данные (асимметрия пульса, разница артериального давления более 20 мм рт.ст., неврологическая симптоматика, аортальная недостаточность, шок). Второй этап – инструментально-лабораторная диагностика: электрокардиография для выявления признаков ишемии; определение биомаркеров (тропонин и Д-димер); диагностическая триада: нормальная электрокардиограмма плюс нормальные тропонины плюс повышенный Д-димер более 1600 нг/мл равно высокой вероятности острого аортального синдрома. Третий этап – визуализация: компьютерная томография-аортография по всей длине аорты; трансторакальная эхокардиография для оценки аортальной недостаточности и выпота в перикарде.

Организационные принципы маршрутизации включали: повышение настороженности врачей приемного отделения и службы скорой помощи относительно острого аортального синдрома; обеспечение быстрой транспортировки в специализированный центр; своевременное оповещение мультидисциплинарных «аортальных команд». Внедрение оптимизированной системы маршрутизации и диагностического алгоритма позволило достичь: сокращение времени до постановки диагноза с 9,5 до 4,2 часов; уменьшение времени транспортировки с 6,0 до 3,2 часов; значительное снижение госпитальной летальности с 38,5% до 11,1% ( $p=0,001$ ); сокращение времени пребывания в стационаре с 45 (9-55) дней до 15 (6,5-18) дней ( $p$  менее 0,001).

**Заключение.** Ведущими факторами риска развития острого аортального синдрома являются артериальная гипертензия с атеросклеротическим поражением аорты (41,3%). Внедрение оптимизированной системы маршрутизации и диагностического алгоритма позволило значительно улучшить клинические показатели: сокращение времени диагностики в 2,3 раза, трехкратное снижение госпитальной летальности и сокращение сроков госпитализации в 3 раза.

## ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ЯТРОГЕННЫХ РАССЛОЕНИЙ АОРТЫ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

*Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Маширапов О.А., Маматалиев Ф.А., Султанов О.С.  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** определить частоту, факторы риска и исходы ятрогенных расслоений аорты у больных, оперированных по поводу ишемической болезни сердца в условиях специализированного центра.

**Материалы и методы исследований:** проведен ретроспективный анализ 711 пациентов, которым выполнено аортокоронарное шунтирование на работающем сердце в РНЦЭМП за период с декабря 2021 по декабрь 2024 года. Средний возраст больных составил  $54 \pm 2,3$  лет, мужчин было 544 (76,5%), женщин 167 (23,5%). Анализировали дооперационные характеристики пациентов, интраоперационные факторы риска, технические особенности выполнения операций, послеоперационные показатели и исходы лечения. Оценивали частоту развития интраоперационного расслоения аорты, локализацию повреждения, факторы, способствовавшие развитию осложнения. Все операции выполнялись в условиях нормотермической перфузии с использованием стандартной техники наложения проксимальных анастомозов с применением бокового зажима на аорту.

**Результаты исследований:** из 711 больных, которым проведено аортокоронарное шунтирование на работающем сердце, у 2 (0,28%) пациентов наблюдалось интраоперационное расслоение аорты. Пациенты с расслоением аорты относились к старшей возрастной группе (67 и 68 лет). В обоих случаях расслоение распространялось на дугу аорты и дистальнее. Ятрогенное расслоение аорты отмечалось после удаления бокового зажима с аорты, при этом надрыв интимы располагался в области наложения проксимальных анастомозов. У обоих пациентов диагностирован длительный анамнез артериальной гипертензии и атеросклеротическое поражение восходящей аорты. Других значимых факторов риска, способных привести к расслоению аорты, выявлено не было. В первом случае произошел полный разрыв аорты во время операции с летальным исходом. Во втором случае операция выполнена в условиях циркуляторного ареста, произведено протезирование восходящей аорты с реплантацией проксимальных анастомозов в неоаорту. Пациент благополучно выписан на 15-е сутки после операции. Летальность составила 50%.

**Заключение:** интраоперационное расслоение аорты является редким, непредсказуемым и часто фатальным осложнением в кардиохирургии, наблюдавшимся в нашей серии с частотой 0,28%. Пожилой возраст, длительная артериальная гипертензия и атеросклеротическое поражение стенок аорты являются основными факторами риска развития ятрогенного расслоения аорты. Своевременная диагностика и агрессивная хирургическая тактика с протезированием пораженного сегмента аорты позволяют снизить летальность. Необходимо тщательная предоперационная оценка состояния аорты у пациентов группы риска для профилактики данного осложнения.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АНАСТОМОЗОВ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

*Абдурахманов А.А., Буранов Ш.У., Маматалиев Ф.А., Турсунов С.А., Обейд М.А., Ганиев У.  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан  
Бухарский Филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,  
Бухара, Узбекистан*

**Введение:** Интраоперационная флоуметрия (ТТФ) является важным инструментом для оценки качества и функциональности шунтов во время коронарного шунтирования на работающем сердце (ОРСАВГ). В данном исследовании оценивается эффективность ТТФ у двух групп пациентов, перенесших ОРСАВГ: в одной группе использовались последовательные шунты, в другой — Y-образные шунты.

**Методы:** В исследование были включены 120 пациентов с трёхсосудистым поражением коронарных артерий. Пациенты были разделены на две группы: группа 1 (n=60) — с последовательными венозными шунтами (средний возраст  $65,2 \pm 8,4$  года; мужчины/женщины — 42/18); группа 2 (n=60) — с Y-образными венозными шунтами (средний возраст  $64,8 \pm 7,9$  года; мужчины/женщины — 40/20). Параметры MBF (средний кровоток) и PI (индекс пульсации) измерялись с помощью интраоперационной флоуметрии. Внутриоперационные показатели несостоятельности шунтов сравнивались на основе критериев:  $PI < 2,5$  и кровоток  $> 15$  мл/мин как показатели нормальной функции шунта. Последовательные шунты из большой подкожной вены использовались для обхода диагональной артерии (встык), огибающей артерии (встык) и Сх или PDA (в бок).

**Результаты:** Средний кровоток (MBF) для «одиночного» и последовательного шунта на PDA составил  $45,3 \pm 10,2$  мл/мин и  $42,7 \pm 11,1$  мл/мин соответственно ( $P=0,472$ ). Индекс пульсации (PI) для одиночного и последовательного шунта на PDA составил  $1,8 \pm 0,4$  и  $2,0 \pm 0,5$  соответственно ( $P=0,941$ ). В группе 1 был 1 случай (1,7%) внутриоперационной несостоятельности шунта, в то время как в группе 2 — 2 случая (3,3%), диагностированные с помощью ТТФ. В течение 48-месячного наблюдения (43 пациента в группе 1 и 38 — в группе 2) было зафиксировано 3 случая окклюзии шунта в группе Y-образных шунтов, тогда как в группе с последовательными шунтами все шунты оставались проходимыми.

**Выводы:** Таким образом, наше исследование подчеркивает важность интраоперационной флоуметрии для оценки качества и функциональности шунтов при выполнении коронарного шунтирования на работающем сердце (ОРСАВГ). Использование ТТФ обеспечивало критически важную обратную связь в реальном времени о функционировании шунтов, что позволяло своевременно выявлять и устранять возможные нарушения. Наши данные свидетельствуют о том, что последовательные шунты демонстрируют лучшие показатели проходимости как в краткосрочной, так и в отдаленной перспективе по сравнению с Y-образными шунтами, с меньшей частотой внутриоперационных осложнений и лучшими результатами на 48-месячном этапе наблюдения. Полученные данные подтверждают предпочтительность использования последовательной техники шунтирования при

ОРСАВГ для повышения проходимости шунтов и снижения риска осложнений. Кроме того, рутинное применение интраоперационной флоуметрии должно рассматриваться как необходимый элемент для оптимизации хирургических результатов и обеспечения долгосрочного успеха операций коронарного шунтирования.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗЕ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ (ОЦЕНКА ДВУХ РАЗНЫХ МЕТОДИК)

*Абдурахманов А.А., Маматалиев Ф.А., Маширапов О.А., Турсунов С.А., Буранов Ш.У.*  
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Оценка краткосрочных и долгосрочных результатов стентирования сонных артерий (КАС) и каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) у пациентов с гемодинамически значимым стенозом сонных артерий.

**Материал и методы.** В данное клиническое исследование вошли 100 пациентов с диагнозом “Стеноз сонной артерии (стеноз  $\geq 70\%$ )”, подтвержденным с помощью доплер ультрасонографии и КТ-ангиографии. Пациенты были распределены либо в группу каротидного стентирования КАС ( $n = 50$ ), либо в группу каротидной эндартерэктомии КЭЭ ( $n = 50$ ), решение принималось на основании предложенного алгоритма, основанного на данных ультрасонографии и КТ-ангиографии.

**Результаты.** В непосредственном послеоперационном периоде, а также при наблюдении в течение 1 года КАС и КЭЭ продемонстрировали сопоставимые показатели рестеноза, рецидивов ОНМК и повторного вмешательства. Это свидетельствует о сопоставимой эффективности КАС и КЭЭ для профилактики цереброваскулярных событий у пациентов со стенозами сонных артерий.

**Заключение.** КАС и КЭЭ демонстрируют схожие профили краткосрочной безопасности, без существенных различий в основных нежелательных явлениях, включая инсульт, инфаркт миокарда (ИМ) или смерть в течение 30 дней. Частота инфарктов миокарда сопоставима и указывает на то, что как КАС так и КЭЭ относительно безопасны с точки зрения серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение 30 дней после процедуры.

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ

*Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Султонов О.С., Маширапов О.А., Маматалиев Ф.А.*  
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** проанализировать факторы риска, влияющие на развитие аневризмы грудной аорты у пациентов, прооперированных в специализированном центре.

**Материалы и методы исследований:** в ретроспективное исследование включены 58 пациентов, оперированных по поводу аневризм восходящей аорты в РНЦЭМП за период с 2017 по 2024 годы. Средний возраст больных составил  $51,5 \pm 2,7$  лет (от 24 до 70 лет). Диагноз верифицировался при помощи трансторакальной эхокардиографии и мультислайсной компьютерной томографии с контрастированием. Средний диаметр восходящей аорты в наиболее широкой части составил  $7,5 \pm 0,6$  см (от 4,0 до 9,5 см). Проведен анализ анамнестических данных, сопутствующих заболеваний и факторов риска у всех пациентов. Оценены гендерный и возрастной состав, основные этиологические факторы развития аневризм. Во всех случаях доступ осуществлялся из срединной стернотомии с последующим подключением искусственного кровообращения.

**Результаты исследований:** среди пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству по поводу аневризмы грудной аорты, преобладали мужчины - 53 (91,4%) случая, женщины составили 5 (8,6%) случаев. Большинство пациентов составляли лица старше 50 лет - 37 (64%) случаев. Более половины пациентов - 32 (55,17%) оперированных по поводу аневризмы грудной аорты имели в анамнезе хроническую артериальную гипертензию, а также сочетания ишемической болезни сердца с различными атеросклеротическими поражениями сосудов. Основными причинами формирования аневризмы аорты грудного отдела были: гипертоническая болезнь с атеросклеротическими изменениями сосудов в 24 (41,3%) случаях, двустворчатый аортальный клапан в 15 (25,8%) случаях, синдром Марфана в 10 (17,2%) случаях. У пациентов с артериальной гипертензией отмечено сочетание с атеросклеротическим поражением магистральных сосудов в большинстве наблюдений. Врожденные аномалии аортального клапана в виде двустворчатого клапана выявлены преимущественно у лиц молодого возраста.

**Заключение:** наиболее частыми фоновыми заболеваниями при развитии аневризмы грудной аорты являются атеросклеротическое поражение аорты с длительной гипертонией в 41,3% случаев и врожденный двустворчатый аортальный клапан в 25,8% случаев. Артериальная гипертензия играет ключевую роль в развитии аневризмы аорты, особенно в сочетании с атеросклеротическими изменениями. Раннее выявление и эффективное лечение артериальной гипертензии являются ключевыми факторами в профилактике аневризмы аорты и предотвращении её серьезных осложнений. Необходим динамический контроль пациентов с выявленными факторами риска для своевременного хирургического вмешательства.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Абдусаламов М.Ю., Тураев Ф.Ф.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

**Введение:** Пластика митрального клапана при пролапсе митрального клапана (ПМК) является предпочтительной чем протезирование клапана. Однако в клинической практике многие кардиохирурги выбирают тактику замены митрального клапана искусственными протезами, как более простую технику. Сравнение краткосрочных и среднесрочных результатов этих подходов представляет клинический интерес для изучения.

**Цель работы:** Оценить краткосрочные и среднесрочные результаты пластики митрального клапана при пролапсе митрального клапана по сравнению с протезированием, с целью выявления преимуществ одного из методов на основе функциональных, прогностических и субъективных показателей.

**Материалы и методы:** Проведен анализ 58 пациентов, оперированных в ГУ «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» с 2022 по 2024 гг. 1-я группа - 37 пациентов перенесли пластику митрального клапана (протезирование NEO-хордами, триангулярная резекция Р2, транслокация хорд, аннулопластика гибким “BEND”). 2я группа - 21 — протезирование митрального клапана (16- механических, 5 биологических протезов). Оценены: интраоперационные данные, Эхокардиографические показатели в сроки послеоперации 6 и 12 месяцев, частота послеоперационных осложнений, повторных госпитализаций, результаты операций.

**Результаты:** У пациентов 1 гр. Фракция выброса левого желудочка при исходных средних значения с 54,2% до 58,1% ( $p < 0.05$ ), гемодинамически незначимая регургитация на митрального клапана 0-1 степени лишь у 18%, послеоперационных фибрилляции предсердий у 19%, функциональный класс 0-1 у 98%. Тогда как во 2й группе фракция выброса левого желудочка послеоперации достоверно не улучшилась 51,1%, послеоперационная фибрилляция предсердий у 33%, функциональный класс 0-1 лишь 70%, функциональный класс 2-3 – 30%. 1 случае через 3 месяца послеоперационное тромбоэмболическое осложнение (Острое нарушение мозгового кровообращения), в 2 случаях явления протезного эндокардита. Повторных операций не потребовалось ни в одной из групп в течение первого года.

**Заключение:** Пластика митрального клапана при пролапсе створок превосходит протезирование по ряду ключевых показателей: функциональных, прогностических и субъективных. Результаты подтверждают необходимость расширения программ реконструктивной хирургии на региональном уровне.

## КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 (ДАПАГЛИФЛОЗИНА) У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Абдусаламов М.Ю., Тураев Ф.Ф.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

**Введение:** Современные исследования продемонстрировали кардиопротективные свойства ингибиторов SGLT2 не только у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при ишемической болезни сердца и сахарным диабетом, но и у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса левого желудочка, которая иногда встречается после операций на клапанах сердца. Однако их влияние у пациентов после реконструктивных операций на митральном клапане остаётся недостаточно изученным.

**Цель исследования:** Оценить ранние эффекты применения дапаглифлозина у пациентов после пластики митрального клапана, имеющих сохранённую систолическую функцию (ФВ >55%) и нормальный уровень предсердного натрийуретического пептида (NT-proBNP).

**Материалы и методы:** В наблюдательное исследование включено 36 пациентов (возраст 50–69 лет), перенёвших реконструкцию митрального клапана по недостаточности. Все пациенты имели ФВ ЛЖ >55% и предсердный натрийуретический пептид (NT-proBNP) <125 пг/мл. Пациенты были рандомизированы в две группы:

**группа 1 (n=18):** стандартная послеоперационная медикаментозная терапия;

**группа 2 (n=18):** стандартная послеоперационная терапия + дапаглифлозин 10 мг/сутки.

В течение 6 месяцев оценивались: изменение массы тела, индексов инсулинорезистентности (НОМА-IR), уровня глюкозы и гликированного гемоглобина (HbA1c), суточного артериального давления, а также эхокардиографические параметры (диастолическая функция, размер левого предсердия, показатели торсионной деформации левого желудочка).

**Результаты:** Во 2й группе отмечено достоверное снижение массы тела (в среднем на 3,1 кг), индекса НОМА-IR на 21%, уровня глюкозы натощак (-0,8 ммоль/л) и суточного артериального давления по данным суточного мониторинга артериального давления (-6,5 мм рт. ст.). У 28% пациентов выявлено улучшение показателей диастолической релаксации (E/A, e'). Фракция выброса и уровень предсердного натрийуретического пептида (NT-proBNP) оставались стабильными. Побочных реакций не зарегистрировано. Тогда как 1 группе этих изменений не было отмечено.

**Заключение:** У пациентов после реконструктивных операций на митральном клапаном с нормальной систолической функцией и отсутствием явных признаков ХСН, добавление препаратов группы SGLT2 (дапаглифлозина) оказывает выраженное кардиометаболическое и гемодинамически протективное действие. Полученные данные расширяют возможные показания к назначению SGLT2-ингибиторов в кардиологической практике и подчёркивают их превентивный потенциал.

## ЧРЕСКОЖНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ СТВОЛА ЛКА ПРИ ОКС: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

*Алимов Д.А., Турсунов С.Б., Аскарлов И.Б., Алимов О.Д.*

*«Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи», Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы.** Оценить результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при поражении незащищённого ствола левой коронарной артерии (НЗС ЛКА) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и определить факторы, влияющие на выбор стратегии реваскуляризации в условиях ограниченной технической оснащённости.

**Материалы и методы.** Проанализированы 100 больных ОКС, перенёсших ЧКВ ствола ЛКА (2018–2025 гг.). Изучены возраст, сахарный диабет 2 типа, фракция выброса (ФВ) левого желудочка, индекс SYNTAX, тип бифуркации (Medina), стратегия стентирования (одиночная vs бифуркационная), длительность двойной антитромбоцитарной терапии. Первичные конечные точки: госпитальная и 12-месячная смертность; вторичные — инфаркт миокарда, рестеноз, повторная реваскуляризация.

**Результаты.** Гемодинамически значимый стеноз ствола ЛКА выявляется у 5–7 % пациентов, направляемых на коронарографию. В анализируемой когорте: медианный возраст 63 (55–72) года; мужчины 74 %, сахарный диабет 38 %, ФВ < 40 % — 22 %. SYNTAX ≤ 32 у 57 %, > 32 — 43 %. Стратегия «один стент» применена у 76 %, бифуркационные техники — 24 % (culotte 12 %, T-stent 8 %, mini-crush 4 %). Госпитальная летальность 3 %, 12-месячная — 8 %; суммарный показатель неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (MACE) — 18 %. Рестеноз ствола ЛКА через 12 месяцев — 6 %. Логистический анализ показал, что SYNTAX > 32 и ФВ < 40 % достоверно увеличивают риск 12-месячного MACE (OR 2,7; p = 0,03).

**Заключение.** ЧКВ незащищённого ствола ЛКА при ОКС демонстрирует удовлетворительные кратко- и среднесрочные результаты даже в условиях ограниченной визуализации, если решение опирается на тщательную ангиографическую оценку и индекс SYNTAX. Однако у пациентов с SYNTAX > 32 или сниженной ФВ ЛЖ < 40 % сохраняется повышенный риск неблагоприятных исходов, что требует более агрессивного послеоперационного мониторинга и раннего планирования контрольной ангиографии. Дальнейшее улучшение прогнозов зависит от (1) доступности IVUS/OCT/FFR для точной стратификации, (2) образования мультидисциплинарных «heart-team» для выбора оптимальной стратегии и (3) создания национального регистра, который позволит перейти от ретро- к проспективным исследованиям и сформировать персонализированные алгоритмы ведения подобных больных.

## PROGNOSTIC VALUE OF THE SYNTAX II SCORE FOR SELECTING REVASCULARIZATION STRATEGY IN UNPROTECTED LEFT-MAIN CORONARY ARTERY LESIONS DURING ACUTE CORONARY SYNDROME

*Alimov D.A., Tursunov S.B., Askarov I.B., Alimov O.D.*

*Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan*

**Objective.** To determine how integration of the SYNTAX II score (anatomical SYNTAX I plus clinical variables) influences choice of revascularization method and 12-month outcomes in patients with unprotected left-main coronary artery (LMCA) disease presenting with acute coronary syndrome (ACS).

**Materials and Methods.** A combined retrospective–prospective analysis was performed in 60 ACS patients with ≥ 50 % unprotected LMCA stenosis admitted between 2021 and 2025. For every patient SYNTAX I and SYNTAX II were calculated (age, sex, left-ventricular ejection fraction [LVEF], creatinine, chronic obstructive pulmonary disease, peripheral vascular disease). Group 1 (n = 32): SYNTAX II ≤ 28 – primary PCI. Group 2 (n = 28): SYNTAX II > 28 – treatment decided by a Heart Team (17 PCI, 11 CABG). The primary endpoint was major adverse cardiovascular events (MACE: all-cause death, myocardial infarction, ischaemia-driven revascularization) at 12 months; secondary endpoints included in-hospital mortality, stroke, and BARC ≥ 3 bleeding.

**Results.** Mean SYNTAX I was 29 ± 8; mean SYNTAX II 32 ± 10. Group 1: in-hospital survival 100 %; 12-month MACE = 12.5 %. Group 2: Heart-Team triage lowered observed 12-month MACE to 16.1 % versus an expected 28 % predicted by logistic modelling (p = 0.04). Within Group 2, the difference between PCI and CABG was not significant owing to small sample size. Multivariate analysis identified SYNTAX II > 28 (HR 2.8; 95 % CI 1.2–6.3; p = 0.01) and LVEF < 40 % (HR 3.3; p = 0.008) as independent predictors of 12-month MACE, whereas the revascularization modality itself was not.

**Conclusion.** Incorporating the SYNTAX II score refines decision-making for patients with unprotected LMCA in ACS. Scores ≤ 28 justify primary PCI, while SYNTAX II > 28 warrants Heart-Team evaluation; personalised allocation to PCI or CABG in this higher-risk stratum reduced real-world MACE by nearly 40 % compared with predicted rates. Routine use of SYNTAX II, together with intravascular imaging and a national LMCA PCI registry, may personalise care and improve long-term outcomes in this challenging population.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.

*Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Джураева Н.М., Муртазаев С.С., Кенжаев Ф.Х., Хайдаров А.Э., Хидиров Д.Ф.*

*Республиканский Специализированный Научно Практический Медицинский Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова. Ташкент. Узбекистан.*

В последние годы арсенал диагностических методов оценки сократительной способности миокарда и его резерва значительно пополнился новыми методами исследования: радиоизотопной вентрикулографией в сочетании с

фармакологическими пробами, стресс-эхокардиографией, перфузионной сцинтиграфией миокарда, ЯМР-томографией, позитрон-эмиссионной томографией. Сочетание нескольких методов дает достаточно полное представление о коронарном и миокардиальном резервах ЛЖ и дифференцирует истинную аневризму ЛЖ и гипертрофированный миокард с обратимой дисфункцией ЛЖ. У пациентов с дисфункцией ЛЖ проведение комплексного обследования позволяет решить вопрос о целесообразности резекции аневризмы ЛЖ или реваскуляризации миокарда (Чернявский А.М., Бабокин В.Е., Чернов В.И. и др. 1998).

**Цель:** определение объема оперативного вмешательства с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) и мультислайсной компьютерной томографии путем расчета фракции выброса рабочей зоны миокарда и определения оптимального размера аневризмы ЛЖ, которая подлежит резекции.

**Материал и методы исследования.**

В РСЦХ имени акад.В. Вахидова за период с 2005 по декабрь 2018 года выполнено 74 операций по поводу ИБС осложненной аневризмой ЛЖ. Помимо общепринятого клинического обследования пациентов ИБС, всем больным проводилась ЭКГ в 12 отведениях, трансторакальная ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ и чреспищеводная ЭхоКГ. С помощью эхокардиографии, мы оценивали глобальную сократимость ЛЖ, зону «свободной от аневризмы» как в покое, так и при достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) при введении добутамина. 10ти пациентам с большими размерами аневризм ЛЖ проводилась мультислайсная компьютерная томография для определения реконструктивных параметров, таких как КДО, КСО, ОФВ с учетом исключения аневризматического расширения, определяемого по внутренним границам эндокарда. Коронаро- и левая вентрикулография была обязательным методом диагностики, с помощью которой определяли степень и локализацию поражения коронарного русла, коллатеральное кровообращение в зоне рубца у больных постинфарктной аневризмой ЛЖ.

По данным нашего исследования, время с момента ИМ и развития аневризмы левого желудочка составило в среднем  $3,4 \pm 1,3$  год. Как видно из таблицы № 1, подавляющее большинство пациентов с аневризмами ЛЖ были мужского пола - 90,5%, у большинства пациентов имелась гипертоническая болезнь - 97,3%, что является способствующим фактором для развития аневризмы. Следует также отметить, что в 74,3% случаев эти пациенты имели 3-4 ФК стенокардии, что показывало о тяжелом контингенте данных больных.

Усугубляли течение болезни и осложняли хирургическое лечение наличие частичного или тотального спаечных процессов перикарда. По нашим данным у 29 (39,2%) пациентов выявлен спаечный процесс.

В 51 (68,9%) случаях на ЭхоКГ и по данным мультислайсной компьютерной томографии в левом желудочке обнаружен тромб, которые были пристеночными малых размеров или же имели большой размер флотирующего характера. Клинически и в анамнезе у 4 (5,4%) больных наблюдались эпизоды тромбоэмболии магистральных сосудов. У 8 (10,8%) пациентов был выявлена поражение митрального клапана до 2 степени, которая не требовала хирургической коррекции.

**Результаты:**

Проведено 74 операции: Из них 66 операций в условиях искусственного кровообращения и 8 операции на работающем сердце. Шунтирование 4-х коронарных артерий (КА) - 12 (16,2%) пациентам, 3-х КА - 23 (31,1%) пациентам. Шунтирование 2-х КА провели у 39 (52,7%) пациентов. Индекс реваскуляризации составил  $2,87 \pm 0,8$  (2 - 4). Среднее время пережатия аорты -  $64,5 \pm 18,7$  (31 - 142), среднее время ИК -  $109,6 \pm 27,3$  (49 - 333). Наиболее часто шунтировали ПНА - у 97,3% больных, ПКА - 68,4%, ОВ - 50%. Данные результатов проведенных операций приведены в таблице №3.

Мы выполнили следующие виды операции по поводу аневризм ЛЖ: резекция аневризмы ЛЖ + пластика + АКШ у 31 (41,9%) больных, резекция аневризмы + тромбэктомия + пластика + АКШ у 43 (58,1%). Все виды операции пластики аневризм ЛЖ выполнены по методу Д.Кули по стандартной методике. Частота периоперационного ИМ составила 0 (0%).

**Выводы:**

ФВЛж достоверно отражает резервные возможности миокарда не вовлеченного в аневризму и является важнейшим фактором прогноза хирургического лечения больных с АЛЖ. Дилатация ЛЖ, развивающаяся у больных с постинфарктной аневризмой сердца, является компенсаторным механизмом и поэтому необходимо избегать неадекватного уменьшения полости ЛЖ при хирургической коррекции. Использование мультислайсной компьютерной томографии у пациентов с большими размерами аневризм ЛЖ позволяет адекватно оценить объем предстоящей операции.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ АУТОАРТЕРИАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИБС ГРУПП РИСКА.

*Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Ярбеков Р.Р., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Чернов Д.А., Кенжаев Ф.Х., Мирзаев Х.А.*

*ГУ «Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. Акад. В.Вахидова»  
Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** оценка результатов коронарного шунтирования (КШ) у больных ИБС путем применения лучевой артерии.

**Материал и методы:** В исследование были включены 23 больных, которые перенесли операцию коронарного шунтирования. Данные больные были разделены на 2 группы: первая группа - 14 (60,9%) больных, которым проводилось коронарное шунтирование с использованием левой внутренней грудной артерии и аутолены, вторая группа - 9 (39,1%) больных перенесшие КШ с использованием левой внутренней грудной артерии и лучевой артерии для реваскуляризации миокарда. Возраст больных колебался от 37 до 59 лет (средняя величина составила 49 года). В обеих группах все пациенты были мужского пола. В первой группе 9 (39,1%) больных имели стабильную стенокардию ФК-III и IV, остальные 5 (21,7%) больных нестабильную стенокардию. Инфаркт в анамнезе выявлен у 6 (26,1%) больных, артериальная гипертензия у 8 (34,8%) больных и 2 (8,7%) больных имели сахарный диабет II типа.

Во второй группе все больные были со стабильной стенокардией III и IV функционального класса. Инфаркт в анамнезе выявлен у 3(13%) больных, артериальная гипертензия у 4(17,4%) больных. У 2 (8,7%) пациентов обнаружили варикозную болезнь обеих нижних конечностей, что явилось противопоказанием к использованию венозного кондукта для операции КШ. 1(4,35%) больной в анамнезе перенес операцию комбинированной флебэктомии с обеих нижних конечностей. У 1(4,35%) пациента обнаружен посттромбофлебитический синдром нижней конечности. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, смертность, развитие инфаркта миокарда, заживление послеоперационной раны, данные ЭКГ и ЭхоКГ.

**Результаты:** В обеих группах в ближайшем послеоперационном периоде различий по развитию инфаркта миокарда и симптомов стенокардии не отмечено, то есть мы не выявили отрицательных результатов по вышеперечисленным показателям ни у одного больного. Надо отметить, что и в первом и во втором группах заживление послеоперационных ран было первичным. Улучшение коронарного кровообращения по данным ЭКГ отмечалось у 6 (42,9%) больных первой группы и 4 (44,4%) больных второй группы. У остальных больных отрицательной динамики не наблюдалась. До и после операции фракция выброса по данным ЭхоКГ составила 43% и 49% (1 группа), 46,6% и 47,5% (2 группа).

**Выводы:** Сравнительный анализ ближайших результатов артериального коронарного шунтирования с использованием лучевой артерии в качестве кондукта доказывает, что лучевая артерия является еще одним рутинным трансплантатом для достижения полной артериальной реваскуляризации миокарда.

## RESULTS OF USE OF NON-GLYCOSIC CARDIOTONIC AGENT AT PATIENTS WITH SEVERE LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION DURING CORONARY BYPASS OPERATIONS.

*Ahmedov U., Khalikulov Kh, Yarbekov R, Chernov D., Murtazaev S., Mirzaev Kh.  
Republican specialized scientific practical center of surgery named after academician V.Vakhidov.  
Tashkent. Uzbekistan.*

**Objective:** To summarize our own experience of using the drug of a new class of calcium ion sensitizer levosimendan at various stages of the perioperative period of direct myocardial revascularization in patients with coronary artery disease with severe left ventricular (LV) dysfunction, to assess the efficacy and safety of various modes of its use.

**Materials and methods:** The object of the study was 11 patients with coronary artery disease with a low ejection fraction (EF) of the LV who were operated on from 2019 to 2020 at our department. The average age of patients was  $56.2 \pm 7.5$  years, 8 men (72.7%), 3 women (27.3%). The clinical picture of angina pectoris in 7 (63.6%) patients presented with stable angina, 4 (36.4%) patients presented with unstable angina. The severity of coronary lesions, calculated using the Syntax Score, averaged  $31.82 \pm 4.47$ . The mean value of LVEF calculated by the Simpson method was  $33.64 \pm 2.23\%$ . Other concomitant diseases were following: 5 (45.6%) patients with type II diabetes mellitus, 4 patients with stage III hypertension, in 2 (18.2) patients, cardiac arrhythmias of the type of a permanent form of atrial fibrillation.

**Results:** All patients underwent direct myocardial revascularization, in 2 cases on a beating heart, in the other with use of cardiopulmonary bypass and cardioplegia. The average revascularization index was 2.6. Levosimendan was used in all patients at various stages of the perioperative period in order to support hemodynamics. In 5 patients, the infusion of levosimendan was started from the moment of admission to the operating room (group I), in 3 patients during the operation (group II) and in 3 cases, levosimendan infusion was started on the first day after surgery, in the intensive care unit (ICU) at patients with severe hemodynamic instability resistant to the use of catecholamines (group III). The average time spent in the ICU at first group was  $2.6 \pm 0.8$  days, at second group -  $3.3 \pm 1.2$  days, in third group -  $7.3 \pm 1.2$  days. The progression of heart failure required the use of ECMO mechanical circulatory support in 2 patients of group III. Mortality was observed in 1 case, in a patient of group III, due to the development of multiple organ failure, cardiogenic shock.

**Conclusion:** Patients with low EF belong to the group of extremely severe risk, which is one of the main factors for the unfavorable outcome of cardiac surgery. In this regard, special attention is paid to methods of treatment that allow to increase coronary blood flow, improve myocardial contractility, and maintain hemodynamics at a level that ensures adequate microcirculation of vital organs. Perioperative use of levosimendan can significantly improve the course of the early postoperative period, which is reflected in a significant reduction in the length of stay in the ICU. Our experience shows that early use of the drug (before the main stage of the operation) to a greater extent allows to show its positive inotropic effects.

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Зуфаров М.М., Шерматов М.М.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

Цель исследования: определить наиболее информативные и значимые методы визуализации сосудистого русла у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) для последующего выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ).

Материал и методы. В исследование были включены 229 пациентов с подтвержденной КИНК (стадии III-IV по классификации Fontaine, категории 4-6 по шкале Rutherford), находившихся на стационарном лечении в сосудистом отделении в период с 2021 по 2024 гг. Всем пациентам выполнялось стандартное клинично-функциональное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальный осмотр, а также стратификацию степени ишемии по шкале WIFI и определение анатомической сложности поражения по классификации GLASS. Всем пациентам были проведены следующие диагностические процедуры: ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС), измерение

лодыжечно-плечевого индекса (АВІ), транскутанная оксиметрия (ТсРО), а также, по показаниям, компьютерная томоангиография (КТ-А) и магнитно-резонансная ангиография (МР-А). Цифровая субтракционная ангиография (ЦСА) использовалась как эталонный метод оценки анатомии сосудистого русла и выполнялась во всех случаях как диагностико-лечебный этап РЭВ. Сравнительная оценка диагностической эффективности методов проводилась путём расчёта чувствительности, специфичности, прогностической ценности положительного и отрицательного результата (PPV и NPV), а также построения ROC-кривых и анализа площади под кривой (AUC). Статистическая значимость различий определялась с использованием критерия  $\chi^2$ , а также доверительных интервалов 95%.

Результаты. Ультразвуковое дуплексное сканирование показало чувствительность 87,4% и специфичность 72,1%, с AUC 0,812. Компьютерная томоангиография продемонстрировала наивысшие значения чувствительности и специфичности — 94,8% и 85,2% соответственно, с AUC 0,922. Магнитно-резонансная ангиография показала чувствительность 91,1% и специфичность 84,3%, при AUC 0,897. Метод АВІ с порогом  $<0,4$  имел чувствительность 78,3% и специфичность 66,5%, а транскутанная оксиметрия (ТсРО<sub>2</sub>  $<20$  ммHg) — чувствительность 83,6% и специфичность 74,1%. Прогностическая ценность классификаций также была подтверждена: пациенты с баллом  $\geq 2$  по компоненту ишемии в шкале WIFI имели риск ампутации, увеличенный в 4,15 раза (95% ДИ: 2,3–7,1;  $p < 0,001$ ), а при уровне GLASS III-B и выше риск возрастал в 3,87 раза (95% ДИ: 2,0–6,9;  $p < 0,001$ ). Максимальная диагностическая эффективность наблюдалась при сочетании КТ-ангиографии с оценкой по классификации WIFI: AUC составила 0,951, что значительно превышало показатели других методов поодиночке. На основании полученных данных был предложен диагностический алгоритм маршрутизации пациента с КИНК. На первом этапе всем пациентам проводится клиническая верификация ишемии и стратификация по классификациям WIFI и GLASS. Далее в качестве метода первой визуализации применяется УЗДС. При наличии достоверных признаков поражения проводится РЭВИ под контролем ЦСА. При сомнительных или ограниченных результатах УЗДС выполняется КТ-ангиография. При наличии противопоказаний к КТ-контрастированию (например, при ХБП или йодной аллергии) предпочтение отдаётся МР-ангиографии. Функциональные тесты (АВІ, ТсРО<sub>2</sub>) дополняют оценку риска и применяются при решении вопроса о возможности реваскуляризации.

Заключение. КТ-ангиография является наиболее информативным методом оценки анатомии сосудов нижних конечностей у пациентов с КИНК перед выполнением РЭВИ, обладая наивысшими показателями чувствительности и специфичности (AUC 0,922). УЗДС остаётся важным скрининговым инструментом, особенно в условиях ограниченных ресурсов, и может использоваться как метод первой линии. Классификации WIFI и GLASS имеют высокую прогностическую ценность в отношении ангиоанатомической сложности и риска ампутации, и должны быть интегрированы в клинический алгоритм принятия решений.

## ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Зуфаров М.М., Шерматов М.М.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Клинические и анамнестические данные имеют решающее значение для определения хирургического подхода к лечению критической ишемии нижних конечностей (КИНК), помогая выбрать наиболее подходящее вмешательство и минимизировать риск ампутации.

**Цель:** Оценить влияние клинико-анамнестических характеристик на тактические решения при хирургическом лечении пациентов с КИНК.

**Материал и методы.** В исследование включены 229 пациентов с подтверждённой КИНК (2019–2025 гг.). Анализировались возраст, пол, сопутствующая патология (ИБС, ХСН, СД 2 типа, ХБП), нейроишемическая форма; анамнез хирургических вмешательств; локализация и распространённость сосудистых поражений. Данные обработаны с использованием описательной статистики, относительных частот (%) и расчёта средних значений.

**Результаты.** Из 229 включенных в исследование пациентов до поступления в ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» (Ташкент, Узбекистан) 80 пациентов (34,9%) перенесли множественные операции, среднее количество вмешательств на 1 пациента — 2,1. Наиболее частые процедуры: транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) — 48 случаев (19,2%), ампутации пальцев — 32 (16,2%), экзартикуляции пальцев — 34 (13,5%), флегмонэктомии/некрэктомии — 23 (10,0%). Крупные ампутации (голень или бедро) — 11 случаев (4,8%), шунтирующие операции — 7 (3,1%). Локализация поражений была следующей: бедренно-подколенный сегмент — 122 пациента (53,3%), аорто-подвздошный — 61 (26,6%), инфрапоплитеальный — 46 (20,1%); многоуровневое поражение — 113 (49,3%). Исходя из анатомической распространённости тяжёлое многососудистое поражение ( $\geq 4$  сосудов) определено у 170 пациентов (74,2%), умеренное (2–3 сосуда) — 53 (23,1%), однососудистое — 6 (2,6%). У пожилых и старческих пациентов с тяжёлой коморбидностью выполнялась минимизация объёма вмешательства с коррекцией критического сегмента и отсрочкой последующих этапов. При нейроишемической форме и трофических дефектах приоритет отдавался целенаправленной реваскуляризации артерий, питающих зону язвы, с применением баллонов с лекарственным покрытием. При многоуровневом поражении тактика включала этапную или комбинированную реканализацию, при дистальной окклюзии ПББА и ЗББА — ретроградный доступ через артерии стопы. Многоуровневое поражение достоверно чаще встречалось у пациентов с  $\geq 4$  сосудов ( $p < 0,001$ ). Наличие нейроишемической формы и СД 2 типа коррелировало с более высокой частотой дистальных поражений (окклюзия ПББА — 92,1%, ЗББА — 91,3%).

**Заключение.** Высокая частота многоуровневых (49,3%) и тяжёлых многососудистых (74,2%) поражений, а также выраженная коморбидность диктуют необходимость индивидуализации хирургической тактики при КИНК.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ

*Магруппов Б.А., Абдурахманов А.А., Султанов О.С., Обейд М.А.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы:** проанализировать факторы риска, влияющие на формирование аневризмы грудной аорты, и сопоставить клинические данные с результатами гистологического исследования.

**Материалы и методы исследований:** проведен ретроспективный анализ историй болезни 58 пациентов, оперированных по поводу аневризмы грудной аорты в период с 2017 по 2025 год. Выполнено гистологическое исследование 58 фрагментов стенок аневризмы аорты, резецированных во время операции. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, фукселином по Вейгерту. Микроскопия проводилась на системе анализа видеозображений с микроскопом Olympus BX41. Оценены гендерный и возрастной состав пациентов, основные причины формирования аневризм.

**Результаты исследований:** среди оперированных преобладали мужчины - 53 (91%) случая, большинство составили лица старше 50 лет - 31 (64%) случай. На основании клинических данных причинами формирования аневризмы аорты грудного отдела были: гипертоническая болезнь с атеросклеротическими изменениями сосудов в 24 (41,3%) случаях, двустворчатый аортальный клапан в 15 (25,8%) случаях, синдром Марфана в 10 (17%) случаях. Гистологический анализ показал, что из 58 образцов в 32 (55%) случаях выявлено атеросклеротическое повреждение сосудистой ткани, в 16 (27%) случаях обнаружен кистозный медианекроз аорты, в 10 (17,2%) случаях изменения в ткани аорты не обнаружено. В 6 (10,3%) случаях имело место сочетание признаков атеросклероза аорты и медианекроза. При атеросклеротическом поражении отмечено утолщение интимы за счет аккумуляции липидов с клеточной инфильтрацией лимфоцитами, макрофагами и пенстыми клетками. При кистозном медианекрозе наблюдалось нарушение архитектоники медиа за счет разрывов, лизиса эластических волокон с образованием кист.

**Заключение:** наиболее частыми фоновыми заболеваниями при развитии аневризмы грудной аорты являются атеросклеротическое поражение аорты с длительной гипертонией и двустворчатый аортальный клапан. Артериальная гипертонзия играет ключевую роль в развитии аневризмы аорты. Гистологическое исследование не всегда коррелирует с клиническими данными, что подчеркивает важность морфологической верификации диагноза. Раннее выявление и эффективное лечение гипертонзии являются ключевыми факторами в профилактике аневризмы аорты и предотвращении её серьезных осложнений.

## QAYTALANGAN VA RESIDIV MIOKARD INFARKTI HOLATLARINING KLINIK VA REVASKULYARIZATSION XUSUSIYATLARI

*Maxmudov M.M., Muxammedova B.F., Tursunov X.M., Kuryazov R.S., Kazakov B.O.*

*Respublika Shoshilinch Tibbiy yordam Ilmiy Markazi, Toshkent, O'zbekiston.*

Tadqiqot maqsadi:

2024-yilda Respublika Shoshilinch Tibbiy yordam Ilmiy Markaziga yurak ishemik kasalligi bilan murojaat qilgan bemorlar orasida qaytalangan va residiv miokard infarkti (MI) holatlarining soni, klinik tavsifi va revaskulyarizatsion amaliyotlar o'rnini o'rganish.

Material va metodlar:

Retrospektiv tahlil 2024-yilda MI tashxisi bilan markazga murojaat qilgan 1717 nafar bemor ma'lumotlari asosida olib borildi. Shundan 344 nafari qaytalangan MI, 13 nafari esa residiv MI bilan bo'lgan. Har bir holat revaskulyarizatsiya holati, tomirlar shikastlanishi darajasi va birga kechuvchi patologiyalar (bosh miya va buyrak arteriyalarining ateroskleroz) nuqtai nazaridan baholandi.

Natijalar:

Qaytalangan MI bemorlarining ulushi umumiy MI holatlarining 20,0% ni (344/1717) tashkil etdi. Ularning aksariyati ilgari stentlash amaliyotini boshdan kechirgan, biroq keyingi MI epizodi boshqa koronar tomir segmentlarida qayd etilgan. 13 nafar residiv MI holatlarining aksariyati esa 30 kun ichida stentlangan va ularda ko'p tomirli koronar shikastlanish va boshqa a'zolarining aterosklerotik o'zgarishlari (multifokal ateroskleroz) aniqlangan.

Xulosa:

Qaytalangan va ayniqsa residiv MI holatlari yurak-tomir tizimidagi progressiv va diffuz aterosklerotik jarayonni aks ettiradi. Bunday holatlarda revaskulyarizatsion yondashuvdan keyin ham qayta MI ehtimoli yuqori bo'lib, bu bemorlar uchun uzoq muddatli monitoring va agressiv profilaktika strategiyalarini ishlab chiqish zaruriyatini ko'rsatadi.

Ayniqsa ko'p tomirli zararlanish aniqlangan bemorlar uchun o'tkir davrda o'tkazilgan koronar angiografiya natijalariga asoslanib, revaskulyarizatsiya strategiyasini individual baholash muhimdir. Bunda ba'zi bemorlarda stentlash bilan bir qatorda, zarur bo'lsa, AKSH (aorto-koronar shuntlash) amaliyotini o'tkazish imkoniyatlarini ham ko'rib chiqish tavsiya etiladi.

## OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF THE GIANT ANEURYSM OF ASCENDING AORTA IN UZBEKISTAN.

*Murtazaev S.S., Ismailov S.I., Khalikulov Kh.G., Khaydarov A.E., Mirzaev Kh.A.*

*Republican specialized scientific-practical medical center of surgery named after acad.V.Vakhidov*

**Background.** Ascending aortic aneurism is a life-threatening disease that can lead to dangerous complications such as aortic wall rupture, acute aortic dissection, and aortic valve (AV) insufficiency. Surgical treatment of patients with ascending aortic aneurysm with concomitant AV insufficiency is still an urgent and unresolved problem.

**Case history:** Patient I., female, born in 1988, was admitted to the department of ischemic heart disease with a

diagnosis of: Ascending aortic aneurism. Severe aortic valve insufficiency. Concomitant: Arterial hypertension grade 3. Class III Obesity (BMI = 41 kg / m<sup>2</sup>).

**Complains:** sharp stabbing pains in the chest, palpitations, headaches, dizziness, nausea, air hunger, general weakness.

**Anamnesis morbi:** In 2013s was diagnosed for ascending aortic aneurism. Over the past 6 years, she took conservative treatment and was regularly observed by a cardiologist. Over the past two weeks, she noted a sudden worsening in general conditions with above mentioned symptoms. She denied any hereditary disease, traumas and abuses.

Examination: clinical and biochemical analyzes within normal limits. ECG: Sinus rhythm. Heart rate 100 beats/min. LVH. Transtoracal Echocardiography: EDV- 262.0 ml., ESV - 120.0 ml., SV-142.0 ml, EF- 54%. AV: 3 grade of regurgitation. The diameter of aorta at the level of AV is 2.4 cm, at the level of Sinus of the Valsalva is 3.48 cm, at the level of sinotubular junction is up to 10cm, at the level of aortic arch 5.4 cm. Aneurysm of the ascending aorta with extending into the arch.

CT angiography of the heart: Aorta dimensions: at the level of AV - 26mm, starting from the level of the aortic bulb to the level of the arc, there is an aneurysmal expansion up to 10.0cm, at the level of BCT (brachiocephalic trunk) - 43mm, aortic arch - 28mm, at the isthmus - 20mm, at the level of thoracic diaphragm - 21mm. (Figure 1).

A median sternotomy was performed, exposure of pericardium, visualization of aneurysm of the ascending aorta with a diameter of up to 11 cm, which forced the adjacent organs. Cannulation of the femoral artery and right atrium were performed.

The aneurysm zone is covered by an adhesion process. With technical difficulties, the ascending part and the aortic arches were mobilized. Cardiolytic. Aortal clamping 1 cm below the BCT. The ascending aorta was exposed, selective antegrade cardioplegia into ostium of the coronary arteries (ostium of the RCA and LCA are not involved in aneurysmatic process). Asystole. Revision. The aortic root is not dilated. Transesophageal echo (TEE): severe aortic valve insufficiency. Resection of aorta 1cm below the clamp. The proximal end is resected above the ostium of the coronary arteries. Further, the cusps of the AV were resected, 12 "П" shaped Etibond 2/0 with TFE pledgets were sutured supraannularly and the St.Jude No. 25 mechanical aortic valve was implanted into the aortic position.

The next, proximal and distal anastomosis were formed with the VASCUTEK vascular prosthesis (d-30mm) which was fixed with continuous "Proline 4/0" suture (Figure No. 5). Figure 6 demonstrates postoperative appearance of formed prosthetic ascending aorta.

#### **Discussion:**

Surgical management of a giant AAA is still challenging, as it poses some complication risks such as bleeding, end organ ischemia, underlying disease and staged repairs. During the operation, performing median sternotomy may lead to aortic injury since the aneurysmal wall is very close to sternum. Therefore, the exploration and cannulation of femoral vessels for the establishment of cardiopulmonary bypass before the median sternotomy are recommended (5).

In this case, we successfully performed a prompt open surgical repair of a giant AAA and AV (Aortic valve replacement +supracoronary replacement of ascending aorta), and got a satisfactory result without any morbidity and mortality during postoperative period. To the best of our own experience, our case is the largest AAA reported to date in the existing literature in post-soviet states.

**Conclusion:** open heart surgical correction of gigantic aneurysms of the ascending aorta demonstrates good results in the short and long-term follow up periods, thereby reducing sudden death.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ**

*Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Халикулов Х.Г., Чернов Д.А.*

*Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** оценка непосредственных, ближайших и отдаленных результатов коронарного шунтирования больных с нестабильной стенокардией после медикаментозной стабилизации состояния.

**Материал и методы:** в исследование вошли 110 пациентов с многососудистым поражением коронарного русла, которым проводились операции коронарного шунтирования в нашем центре за период с 2020 по 2022 года. Клиническими факторами, с помощью которых оценивалась эффективность лечения непосредственно после вмешательства, являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, качество жизни, инфаркт миокарда, осложнения, данные ЭхоКГ исследования. Все больные имели нестабильную стенокардию (ранняя постинфарктная стенокардия, прогрессирующая стенокардия). Двое больных имели клинику острого коронарного синдрома. Всем больным дооперационном периоде проводилась базисная медикаментозная терапия для стабилизации состояния.

**Результаты:** Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в 78,8% случаев. Артериальная гипертензия в 64,7%, сахарный диабет 11,2%, острый инфаркт миокарда 2,8%. По количеству пораженных коронарных сосудов распределились следующим образом: двухсосудистое поражение 33,8%, трехсосудистое поражение 52,1%, поражение ствола левой коронарной артерии 14% случаях. Наиболее часто поражалась передняя нисходящая артерия - в 90,1%.

У 10 больных непосредственно после операции КШ при проведении ЭКГ в динамике наблюдалось улучшение коронарного кровообращения, ухудшение коронарного кровообращения отмечалось в 5 случаях, во всех остальных случаях без динамических изменений. По данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка до операции варьировала от 39% до 71% (в среднем составила 54,5±1,2%) и в послеоперационном периоде от 39% до 72% (в среднем 54,8±2,02%). Периоперационный инфаркт миокарда составил 4,2%. Двое пациентов в предоперационном периоде имели клинику острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Тест на тропонин I в последних случаях был отрицательным.

Было выполнено 110 операций КШ: 39 больным - двумя шунтами, 55 – тремя, 14 больным наложены 4 шунта и 2 больным 5 шунтов.

**Выводы:** сравнивая непосредственные и ближайшие результаты хирургического лечения ИБС при нестабильной стенокардии, можно отметить что данный метод имеет стойкий клинический эффект. Также необходимо отметить что надо стремиться к стабилизации состояния пациентов в предоперационном периоде, что значительно

улучшает прогноз предстоящих операции. В случае безуспешности медикаментозной терапии для стабилизации состояния больных с нестабильной стенокардией в экстренном порядке проводится операция коронарного шунтирования.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КАРДИОПЛЕГИИ ПО DEL NIDO С ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.

*Стецурин О.В., Горбачев Е.В., Крачак Д.И., Островский А.Ю., Рубахов К.О.  
Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» (Республика Беларусь, Минск).*

Цель: оценить клиническую эффективность и безопасность применения у пациентов, перенесших операции аортокоронарного шунтирования, модифицированного кардиоплегического раствора del Nido в сравнении комплексной защитой миокарда на основе крови при операциях в условиях искусственного кровообращения, разработанной и применяемой в Республике Беларусь (далее – комплексная защита миокарда).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 109 пациентов, разделенных на 2 группы, которым в 2024-2025 годах была выполнена операция коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. Основная группа 61 пациент (кардиоплегия по del Nido) и контрольная группа 48 пациентов (с комплексной защитой миокарда) включали мужчин по 65,6% и 77,1% соответственно ( $p=0,191$ ), медиана возраста составила 66 (63;71,5) и 68 (60,5;72) лет ( $p=0,804$ ).

Для оценки эффективности и безопасности анализировались следующие критерии: длительность искусственного кровообращения и время пережатия аорты, необходимость в интраоперационной дефибриляции и электрокардиостимуляции, сыровоточные уровни высокочувствительного тропонина I и креатинфосфокиназа (с МВ фракцией) через 12-16 часов после операции.

Результаты: длительность искусственного кровообращения составила 96,0 (74,5; 118,5) и 97,5 (74,0; 123,0) минут ( $p=0,983$ ) со временем пережатия аорты 61,0 (45,0; 70,5) и 62,0 (43,5; 74,0) минут соответственно для основной группы и контрольной группы ( $p=0,7$ ). Медианы уровней маркеров повреждения миокарда составили: тропонин I 1 422,1 (930,8; 4210,4) и 1 379,1 (852,2; 3264,1) пг/мл ( $p=0,774$ ), МВ фракция креатинфосфокиназы 41,3 (32,0; 60,1) и 33,8 (27,6; 47,0) ед/л ( $p=0,015$ ) соответственно для основной и контрольной групп.

Частота спонтанного восстановления ритма сердца (без дефибриляции): 93,4% и 87,5% ( $p=0,286$ ), потребность в интраоперационной электрокардиостимуляции: 1,6% и 10,4% ( $p=0,046$ ) в основной и контрольной группах соответственно.

Заключение: примененная для защиты миокарда модифицированная кардиоплегия по Del Nido показала результаты безопасности и эффективности, которые сопоставимые с аналогичными при комплексной защите миокарда, что подтверждается сопоставимыми значениями кардиотропных маркеров при выполнении операций коронарного шунтирования.

## МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

*Турсунов С.А., Абдурахманов А.А., Маматалиев Ф.А., Адиллов Ш.Ш.  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** За последние десятилетия в области кардиохирургии произошли значительные изменения, обусловленные развитием минимально инвазивных методов. Эти технологии позволили существенно снизить хирургическую травматизацию, минимизировать риск послеоперационных осложнений и ускорить восстановление пациентов. Прорыв в области визуализации и внедрение роботизированных технологий способствовали расширению возможностей эндоскопической хирургии, что сделало её предпочтительной альтернативой традиционным методам вмешательства.

**Цель исследования.** Провести анализ данных пациентов перенесших вмешательства по коррекции дефектов межпредсердной перегородки оперированных в отделении кардиохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с мая 2017 года по февраль 2025 года.

**Материалы и методы.** В ретроспективное исследование включены 48 пациентов с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП), оперированных оперированных в отделении кардиохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с мая 2017 года по февраль 2025 года. Больные разделены на 2 группы: основная (17) оперированных посредством боковой мини торакотомии и контрольная (31) оперированных классическим стернотомным методом. Аппарат искусственного кровообращения (ИК) в случаях миниторакотомии подключали. Бедренные сосуды канюлировали «открытым» способом. В случаях срединной стернотомии использовали стандартную технику канюляции восходящего отдела аорты и бикавальную канюляцию.

**Результаты.** Средняя длительность вмешательства составила в случае стернотомии  $180,0 \pm 35,79$  минут, передне-боковой торакотомии  $182,22 \pm 44,07$  минут. Время ИК соответственно  $77,13 \pm 24,40$  мин,  $65,61 \pm 32,38$  минут, пережатие аорты  $32,58 \pm 14,97$  минут,  $16,44 \pm 17,04$  минут соответственно. Длительность госпитализации после операции  $6,77 \pm 1,36$  дней в случае стернотомии,  $5,83 \pm 2,11$  дней в случае передне-боковой торакотомии. У всех оперированных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. В раннем послеоперационном периоде не отмечено случаев кровотечения, требовавших повторного вмешательства. Осложнений в области хирургического доступа не выявлено.

**Заключение.** Минимально инвазивные методики обеспечивают достаточную визуализацию и эффективную хирургическую коррекцию. Они обладают рядом преимуществ: лучшим косметическим эффектом, сокращенной

госпитализацией, более быстрым восстановлением и экономической выгодой. Эти операции перспективны, эффективны и безопасны. Мы рассматриваем малоинвазивную кардиохирургию как способ снизить операционную травму, сохраняя высокий стандарт качества и безопасности.

## **O'TKIR KORONAR SINDROMI (O'KS) BO'YICHA REVASKULYARIZATSION MUOLAJALAR: RSHTYOIM 2024 YIL TAJRIBASI**

*Tursunov X.M., Maxmudov M.M., Muxammedova B.F., Kuryazov R.S., Kazakov B.O.  
Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy-amaliy markazi, Toshkent shahri, O'zbekiston.*

Dolzarliligi. O'tkir koronar sindrom (O'KS), ya'ni ST segmenti ko'tarilishi bilan (STEMI) va ko'tarilmasdan (NSTEMI) kechuvchi miokard infarktning turli shakllari shoshilinch kardiologiyada o'limning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. O'KSga yordam ko'rsatishda muhim omil bu – invaziv muolajalarning vaqtida qo'llanishi, trombolizis imkoniyati va to'g'ri davolash taktikasidir. RShTyOIM sharoitida bu bemorlarga yuqori texnologiyali yordamni 24/7 asosida ko'rsatish yo'lga qo'yilgan bo'lib, bemorlarni tez va tizimli yo'naltirish zarur.

Tadqiqot maqsadi. 2024 yil davomida RShTyOIMga O'KS tashxisi bilan murojaat qilgan bemorlarga invaziv muolajalar (TOKA, trombolizis, AKSH)ning samaradorligini baholash.

Materiallar va usullar. 2024 yilda RShTyOIM kardioreanimatsiya bo'limida jami 2195 nafar bemor davolangan. Shulardan 738 nafar — ST ko'tarilishi bilan, 588 nafar — ST ko'tarilmasdan infarkt bilan, jami 601 nafar O'MI holati. Bajarilgan muolajalar: 583 KAG, 580 stentlash, 131 trombolizis, 128 bemor AKSHga yo'naltirilgan. Demografik ko'rsatkichlar, o'lim holatlari va davolanishga kelish vaqti bo'yicha tahlil o'tkazildi.

Natijalar. 60 yoshgacha bo'lgan bemorlarda TOKA yoki trombolizis erta qo'llanilganda o'lim ko'rsatkichi ancha past bo'ldi. 74% holatlarda stentlash muvaffaqiyatli bo'lib, TIMI-3 oqim tiklangan. Trombolizis TOKA uchun yetib kelolmagan bemorlarda qo'llangan. 12% bemorda AKSH tavsiya etilgan. Umumiy o'lim ko'rsatkichi 6,8%ni tashkil etib, eng yuqori ko'rsatkich 70 yoshdan katta bemorlar orasida qayd etilgan.

Xulosa. O'KS bo'yicha revaskulyarizatsiyaning vaqtida bajarilishi bemorlar prognozini sezilarli darajada yaxshilaydi. Intervensiyon kardiologlarning tun-u-kun navbatchiligi, trombolizisni shifoxonagacha bo'lgan davrda joriy qilish, bemorlarni tezda markazga yetkazish tizimi o'lim va asoratlar sonini kamaytiradi. Bu esa birlamchi bo'g'inning mustahkamlanishi zarurligini ta'kidlaydi.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ МОБИЛИЗАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ЛОСКУТНЫМ И СКЛЕТЕРОВАННЫМ МЕТОДАМИ.**

*Халикулов Х.Г.<sup>2</sup>, Ярбеков Р.Р.<sup>1</sup>, Ахмедов У.Б.<sup>1</sup>, Муртазаев С.С.<sup>1</sup>, Хайдаров А.Э.<sup>2</sup>,  
Хидиров Д.Ф.<sup>1</sup>, Мирзаев Х.А.<sup>2</sup>*

*1 - Республиканский Специализированный Научно Практический Медицинский Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова. Ташкент. Узбекистан.*

*2 - Ташкентский Государственный Медицинский Университет.*

**Цель исследования:** Оценка сравнительных результатов коронарного шунтирования с использованием скелетированного и лоскутного маммарного кондуитов.

**Материал и методы:** В период за 2018 г. по июнь 2020 г. нами выполнены 700 операций аорто-коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения и без использования искусственного кровообращения. Всем больным производилась мобилизация ЛВГА. Данные больные были разделены на 2 группы (для сравнения были выбраны 256 пациентов): больные, которым производилась мобилизация ЛВГА (контрольная группа) лоскутным методом и больные со скелетизацией ЛВГА.

Контрольную группу составили 146 больных, остальные 110 больных вошли в основную группу. В первой группе пациенты были в возрасте от 47 до 68 лет, в среднем 53,5±6,7 лет. Во второй группе из 74 больных были женского пола и 36 мужчин, возраст колебался от 51 до 69 лет, средняя величина составила 56,3±3,6. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен у 58,6% и 54,1% больных, гипертоническая болезнь у 82,6% и 87,5% больных, соответственно в 1 и 2 группах. Фракция выброса составила от 41,2% до 54%, в среднем 50,1% и 48% соответственно. Из инструментальных методов исследования сердечно-сосудистой системы всем больным проводилась электрокардиография, эхокардиография, селективная коронарная ангиография с обязательной визуализацией левой внутренней грудной артерии.

Для оценки результатов были определены следующие критерии: время мобилизации и кровотока по артерии (визуальная оценка), сложность выполнения анастомоза, длина артерии, отделяемое из дренажей и послеоперационные осложнения. Так же мы сравнивали следующие интраоперационные показатели: время искусственного кровообращения, время пережатия аорты, количество дистальных анастомозов.

**Результаты:** Основное различие между двумя группами по сравниваемым характеристикам отмечалось во времени выделения ЛВГА (в среднем от 28 до 32 минут при выделении ЛВГА лоскутным методом и от 32 до 38 минут при скелетировании). Также средняя длина скелетированной ВГА превышала на 2 см, чем по сравнению артерией выделенной лоскутным методом. По остальным трем показателям мы не выявили принципиальных различий по ходу проведения данных оперативных вмешательств. При мобилизации ЛВГА методом скелетирования мы отметили превышение времени в среднем на 5-8 минут в сравнении с выделением артерии лоскутным путем. Интраоперационно визуально оценивали кровоток по артериям в обеих группах, во 2 группе данный показатель был выше чем в первой группе. Мы не выявили никаких различий в сложности наложения анастомозов артерий, выделенных данными методами. Процент периоперационного инфаркта миокарда составил 6,5% в контрольной группе, в основной группе данное осложнение не наблюдалось. В послеоперационном периоде объем общих потерь из дренажей составил 550±20 и 400±30 мл соответственно в обеих группах. В первые сутки после операции в случаях повышенных дренажных отделяемых проводилась гемостатическая терапия. 1 больному произведена рестернотомия

по поводу ретростерального медиастенита и у двоих больных открытое ведение послеоперационной раны, данные больные входили в контрольную группу наблюдения. У больных, которым производилась мобилизация ЛВГА скелетированием таких осложнений не наблюдалось.

**Выводы:** Использование скелетизированной ЛВГА позволяет визуально оценивать кровоток по артерии, более тщательно обрабатывать все притоки, что снижает риск кровотечения и приводит к уменьшению отделяемых из дренажей. Сохранение близлежащих тканей и сосудов при мобилизации ВГА, способствует быстрому заживлению послеоперационной раны и предотвращению осложнений.

### USING OF BILATERAL INTERNAL THORACIC ARTERIES DURING CORONARY BYPASS GRAFTING IN SEVERE AORTIC LESIONS.

*Khalikulov Kh.G.<sup>1</sup>, Yarbekov R.R.<sup>1</sup>, Akhmedov U.B.<sup>1</sup>, Murtazaev S.S.<sup>1</sup>,  
Khaydarov A.E.<sup>2</sup>, Mirzaev Kh.A.<sup>2</sup>*

*1 - Republican specialized center of surgery named after acad.V.Vahidov. Tashkent. Uzbekistan.*

*2 - Tashkent State Medical University.*

**Background.** The application of bilateral internal thoracic arteries (ITAs) in coronary artery surgery retains several advantages that may eventually result in better patient outcomes. We compared the early results of coronary bypass grafting by using of bilateral ITAs as Y grafts and as in- situ grafts.

**Methods.** A total of 48 consecutive patients who underwent coronary artery bypass grafting using bilateral skeletonized ITAs as Y grafts (group I, n-24) or in situ grafts (group II, n-24) were studied. In all cases, the skeletonization harvesting technique was safely performed by using of electrocautery. In all I group patients, right ITA was connected to left ITA on the pleural edge as Y fashion, by the way, in II group, in situ ITAs from both sides were anastomosed to target coronary vessels. Several combinations were used in placing of ITAs grafting.

**Results.** Both number of distal anastomosis per patient and the number of distal anastomosis per bilateral ITA were higher in group I (3.5 and 2.9) than in group II (3.0 and 2.4) ( $p < 0.01$ ). Hospital mortality was zero in both groups. There were no differences in postoperative complications including atrial fibrillation (12.3% vs 11.9%), perioperative myocardial infarction (4,1% vs 4,1%), mediastinitis and hypoperfusion syndrome (4% vs 0%) between groups I and II. Postoperative coronary angiographies performed in 7 patients in group I and 5 patients in group II showed full overall patency and patency for distal anastomosis using ITAs in both groups. There were no significant differences in graft patency rates between two groups.

**Conclusions.** Our results demonstrate that CABG using bilateral ITAs is technically feasible, with excellent graft patency. Using bilateral ITAs as Y grafts increases the number of distal anastomosis that can be performed and does not cause additional postoperative morbidity.

### DIRECT RESULTS OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS THROUGH MINISTERNOTOMY.

*Khalikulov Kh.G.<sup>1</sup>, Yarbekov R.R.<sup>1</sup>, Akhmedov U.B.<sup>1</sup>, Murtazaev S.S.<sup>1</sup>,  
Khaydarov A.E.<sup>2</sup>, Mirzaev Kh.A.<sup>2</sup>*

*1 - Republican specialized center of surgery named after acad.V.Vahidov. Tashkent. Uzbekistan.*

*2 - Tashkent State Medical University.*

**Objective.** Estimation of the direct results off-pump coronary artery bypass through ministernotomy at patients with diabetes mellitus.

**Material and methods.** We have performed 40 operations off-pump coronary artery bypass. All operations were performed through ministernotomy with the using myocardial stabilizer. The age of patients varies from 32 to 60 years old. All patients were male. Unstable angina was diagnosed at 15 (37,5%) patients, and the rest of 25 (62,5%) patients had different class of stable angina. Arterial hypertension at 38 patients, coronary insufficiency at 11 patients. 34 patients had myocardial infarction in the anamnesis.

Aniography data revealed single-vessel disease at 25 cases and the other 15 patients had double-vessel disease.

**Results.** In all cases performed off-pump coronary artery bypass grafting. The use of internal mammary artery at 38 cases. By the means of reducing complications related to the diabetes mellitus in all cases performed inferior L-shaped ministernotomy.

After operation patients were extubated from 3 to 4 hours (average mean 3,4 hours). Mortality was 0%. After operation all patients were prescribed insulin infusion. Ejection fraction by EchoCG increased up to 6,65% averagely, at 35 (90%) cases were revealed improvement on coronary blood supply by ECG data. There wasn't revealed purulent-inflammatory complications at the nearest-term outcome after operation.

**Conclusion.** Off-pump coronary artery bypass through ministernotomy at patients with diabetes mellitus in accordance with the insulin infusion reduces risk of intra- and postoperative complications such as complications of central nervous system and purulent-inflammatory processes.

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Шарипова В.Х.<sup>1</sup>, Акрамова Н.А.<sup>2</sup>, Юлдошева Ш.А.<sup>1</sup>*

*1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент*

*2 - Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Бухара*

На сегодняшний день одним из новых направлений в лечении послеоперационного болевого синдрома в кардиохирургии является глубокий парастернальный блок под ультразвуковой навигацией. Существует большое число факторов, влияющих на исходы и осложнения АКШ. Следует отметить, что болевой синдром после операции является многофакторным: стернотомия, ретракция грудины, выделение внутренней грудной артерии, дислокация или же перелом задних отделов ребер, повреждение плечевого сплетения, а также наличие дренажей в средостении, особенно в плевральных полостях, вызывают развитие выраженного болевого синдрома. На сегодняшний день существует острая необходимость в разработке стратегии снижения периоперационного употребления опиоидов в кардиохирургии при одновременном обеспечении эффективной послеоперационной анальгезии для пациентов, перенесших кардиохирургические операции. Одним из новых направлений в лечении послеоперационного болевого синдрома в кардиохирургии является глубокий парастернальный блок под ультразвуковой навигацией.

**Цель исследования:** оценка эффективности и безопасности применения глубокой парастернальной блокады под контролем ультразвуковой навигации у пациентов после аорто-коронарного шунтирования.

**Материал и методы исследования.** В исследование включены 121 пациент, подвергшихся операции аортокоронарного шунтирования на рабочем сердце. 1-я группа-основная группа - 60 пациентов; средний возраст  $62,48 \pm 9,00$  лет; мужчин-45(75%), женщин 15 (25%). Которым сразу по окончании операции пациентам проводилась глубокая парастернальная блокада с двух сторон под контролем ультразвуковой навигации. Наркотические анальгетики применялись в качестве «спасительной стратегии» при необходимости. 2-я группа -контрольная группа - 61 пациент, средний возраст  $61,95 \pm 7,41$  год, мужчин- 44 (72,1%), женщин- 17 (27,9%). Послеоперационное обезболивание осуществлялось наркотическими анальгетиками (морфин, промедол) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами- и парацетамолом в дозе 1000 мг.

**Результаты исследований.** Применение глубокой парастернальной блокады после операции аорто-коронарного шунтирования в составе мультимодальной анальгезии является эффективным и безопасным методом послеоперационного обезболивания и способствует меньшему напряжению параметров центральной и периферической гемодинамики, стабильности показателя глюкозы, а также снижению показателя времени требования первого анальгетика на 65,9%, уменьшает субъективное ощущение боли по ВАШ более чем на 70% по сравнению с группой с традиционным обезболиванием наркотическими анальгетиками; способствует снижению потребления наркотических анальгетиков на 95%, уменьшению времени экстубации на 37,3%, снижению частоты проявлений ПОТР в 2 раза, быстрому восстановлению перистальтики кишечника на 45,5%, проявляется снижением длительности пребывания пациентов в реанимационном отделении на 57,1%, в стационаре на 24,3%.

**Вывод.** Применение глубокой парастернальной блокады под УЗ навигацией после АКШ улучшает клинические исходы и способствует раннему восстановлению пациентов после операции.

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГЛУБОКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Шарипова В.Х.<sup>1</sup>, Акрамова Н.А.<sup>2</sup>, Юлдошева Ш.А.<sup>1</sup>*

*1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент*

*2 - Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Бухара*

В Республике Узбекистан из года в год растет потребность в выполнении операций аорто-коронарного шунтирования населению и отмечается тенденция роста проведения данного оперативного вмешательства. Однако увеличение числа оперативных вмешательств сопровождается ростом частоты осложнений, возникающих в периоперационном периоде. Существует большое число факторов, влияющих на исходы и осложнения АКШ. Следует отметить, что болевой синдром после операции является многофакторным: стернотомия, ретракция грудины, выделение внутренней грудной артерии, дислокация или же перелом задних отделов ребер, повреждение плечевого сплетения, а также наличие дренажей в средостении, особенно в плевральных полостях, вызывают развитие выраженного болевого синдрома. Клиническая эффективность глубокой парастернальной блокады привлекает интерес ученых, особенно для послеоперационного обезболивания после операций на сердце. Этому способствуют внедрение в практику регионарных методов обезболивания под ультразвуковой навигацией. Одним из новых направлений в лечении послеоперационного болевого синдрома в кардиохирургии является глубокий парастернальный блок под ультразвуковой навигацией

**Цель исследования:** изучение влияния глубокой парастернальной блокады под контролем ультразвуковой навигации на функцию внешнего дыхания у пациентов после аорто-коронарного шунтирования.

**Материал и методы исследования.** 121 пациент, которые разделены на 2 группы в зависимости от способа послеоперационного обезболивания. 1-я группа-основная группа - 60 пациентов, которым по окончании операции пациентам проводилась глубокая парастернальная блокада с двух сторон. Наркотические анальгетики применялись в качестве «спасительной стратегии» при необходимости. 2-я группа -контрольная группа - 61 пациент, которым послеоперационное обезболивание осуществлялось наркотическими анальгетиками. Оценку функции внешнего

дыхания по следующим показателям: Форсированная жизненная ёмкость легких (ФЖЕЛ); объём форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1); соотношение ФЖЕЛ/ОФВ1; пиковая объёмная скорость выдоха.

**Результаты исследования:** ФЖЕЛ в контрольной группе оставался достоверно низким на 14,3%, ОФВ1 был достоверно ниже 22,2%, ПСВ был достоверно ниже на 17,3%, ОФВ1/ЖЕЛ был ниже на 10,6% по сравнению с основной группой, что говорило о лучшем восстановлении функции внешнего дыхания у пациентов основной группы на фоне применения глубокой парастернальной блокады и снижения потребления наркотических анальгетиков для послеоперационного обезбоживания.

**Вывод.** Изучение влияния глубокой парастернальной блокады на показатели функции внешнего дыхания выявило благотворное влияние примененного метода регионарной анестезии, способствуя быстрому их восстановлению пациентов.

## EXPERIENCE OF SUCCESSFUL RE-OPERATION OF CORONARY BYPASS SURGERY ON A BEATING HEART THROUGH MINIMALLY THORACTOMY ACCESS.

*Yarbekov R.R., Khalikulov Kh., Murtazaev S., Khaydarov A., Mirzaev Kh., Chernov D.  
Republican specialized center of surgery named after acad.V.Vahidov. Tashkent. Uzbekistan.  
Tashkent State Medical University*

Objective: to show our experience at reoperation after coronary bypass surgery through minimally thoracic access.

Patient K, 69 years old, male.

Diagnosis: Ischemic Heart Disease. Angina pectoris. 4 functional class.

Condition after coronary bypass operation (2 autovenous bypasses 2015). Implantation coronary stents 2007, 2009, 2019, 2024 years.

Hypertension, stage 3. Diabetes mellitus type 2.

Complaints: pain in retrosternal area, feeling of lack of air with little physical activity (when moving a distance of 50-80 m), shortness of breath, fatigue, general weakness.

History of illness: Patient has been suffering from coronary heart disease and hypertension for many years, the blood pressure is a maximum of 180 mm Hg. He has received regular inpatient and outpatient treatment.

According to the medical history, in 2007, 2009, 2019, 2024 years he underwent balloon angioplasty and stenting of coronary vessels, and in 2015 he underwent coronary bypass surgery (2 bypasses). After balloon angioplasty performed in 2019, the patient's condition has been stable over the past 2 years.

Over the past 6 months, there has been a resumption of angina pectoris. By this means, there was performed angio-shuntography.

Coronaryangiography: left coronary artery intact. LAD at proximal part has previously installed stent with instent stenosis, Cx artery has previously installed stent with instent stenosis. RCA is occluded, the distal part is contrasting due to intersystem collaterals. Shuntography – autovenous shunts to the LAD and Cx are patent.

General condition of the patient is moderate. Heart sounds are clear, rhythmic, heartbeat 80 times per minute. When examined, blood pressure is higher than 130/80 mm Hg. SpO<sub>2</sub>=98%.

ECG: Sinus rhythm, heart rate: 63bpm. Dystrophic changes in the myocardium

EchoCG: EDV 100 ml. EF 48%.

November 27, 2024. OPERATION. Great saphenous vein to RCA on a beating heart CABG through right minithoractomy (MIDCAB).

The postoperative period was stable. The patient was discharged from the clinic on the 6th day.

Conclusion: in the presence of an increased risk due to access through a median sternotomy, performing coronary artery bypass graft surgery from a minithoracotomy approach is a safe method that has a beneficial effect on the outcome of the operation.

## USING OF HEARTSTRING SYSTEM DURING CORONARY BYPASS GRAFTING AT PATIENTS WITH SEVERE AORTIC LESIONS.

*Yarbekov R.R., Ismailov S.I., Khalikulov Kh., Murtazaev S., Khaydarov A., Mirzaev Kh., Chernov D.  
Republican specialized center of surgery named after acad.V.Vahidov. Tashkent. Uzbekistan.  
Tashkent State Medical University*

**Background.** The application of special system for proximal anastomosis at patients with the severe aortic lesions may result in better patient outcomes. Here we showed our first experience of use HEARTSTRING III PROXIMAL SEAL SYSTEM at these category patients.

**Methods.** 3 patients who underwent coronary artery bypass grafting using internal thoracic artery and venous grafts. In one case right ITA was connected to left ITA on the pleural edge as Y fashion, by the way, in other 2 cases, in situ ITAs from both sides were anastomosed to target coronary vessels. Venous grafts of 3d distal anastomosis their proximal anastomosis were performed to the ascending aorta.

**Results.** In all 3 cases were performed 3 distal anastomoses per patient. Intraoperatively was determined severe calcified lesions of ascending aorta. In these 3 cases we used proximal sewing system to avoid neurological complications after operations. There was no hospital mortality. We did not reveal perioperative myocardial infarction in all these cases. Drainage loss after operations were average 350 ±35 ml, that mean a good result of using this system.

**Conclusions.** Our results demonstrate that CABG by using proximal sewing system at patients with severe aortic lesions is technically feasible, with good results, which does not cause additional postoperative morbidity.

## COMPARATIVE RESULTS OF MYOCARDIAL REVASCULARIZATION ON BEATING HEART THROUGH MINIMAL ACCESSES.

*Yarbekov R., Khalikulov Kh., Ahmedov U., Murtazaev S., Khaydarov A., Mirzaev Kh., Khidirov D.  
Republican specialized center of surgery named after acad.V.Vahidov. Tashkent. Uzbekistan.  
Tashkent State Medical University*

**Objective.** Evaluation of comparative results of myocardial revascularization on the beating heart of patients with coronary artery disease who underwent operations through mini-accesses (ministernotomy and minithoracotomy).

**Material and methods.** A retrospective analysis of the results of surgical treatment of 66 patients with coronary artery disease belonging to the risk category for the 2015-2020 years was carried out. 35 patients (group 1) underwent coronary bypass surgery through a left-sided minithoractomy on a beating heart, and in 31 cases (group 2) the operation was performed from an inferior partial sternotomy on a beating heart. In both groups, male patients predominated (more than 80%). Age ranged from 55 to 75 years, the mean age was  $63.2 \pm 2.1$  years for both groups. The Euroscore scale averaged 2.75 in both groups, indicating that patients were considered to be at high risk for surgery. EchoCG before surgery in the first group looked as follows: average left ventricle end diastolic volume  $175.5 \pm 48$  ml, average ejection fraction  $45.8 \pm 5.1\%$ . A left ventricular aneurysm was detected in 8 patients. In the second group: ejection fraction of left ventricle was  $48.6 \pm 2.1\%$ .

**Results.** The average number of bypasses was 2.8 and 1.5 per patient in both groups, respectively. The most complete bypass was performed in the minithoractomy group.

In the immediate postoperative period, perioperative AMI was not observed in both groups. The average period of stay at the intensive care unit in first group is 12 hours, in second group 11 hours.

62.5% of patients in the first group and 24.6% of patients in the second group needed inotropic support. Neurological complications were observed only in group 1 in 2.8% of patients. No in-hospital mortality was observed in either group.

**Conclusions.** Revascularization of the myocardium on beating heart of patients with coronary artery disease using mini-approaches allows: to avoid complications associated with the systemic pro-inflammatory reaction of the body, sternum infection and mediastinitis, reduce the duration of surgery and rehabilitation of patients. Operations performed by minithoractomy are more preferable due to the possibility of performing more complete revascularization of the myocardium.

### III. ТОРКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

#### ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО IV-IIIА СТАДИИ

*Жилинский Н.С.<sup>1,2</sup>, Мавричев В.Ю.<sup>1</sup>, Жилко А.А.<sup>1</sup>, Ревтович М.Ю.<sup>1,2</sup>*

*1 – УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»*

*2 – УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Актуальность

Торакальная онкохирургия постоянно находится в динамическом состоянии поиска баланса между радикальным объемом вмешательства, уменьшением функциональных потерь у пациента, соблюдением принципов абластики и быстрой реабилитацией пациентов. В современных мировых клиниках, специализирующихся на лечении рака легкого, количество открытых хирургических операций едва ли превышает 30%. Все большее число хирургов отдает предпочтение видеоассистированным и роботизированным вмешательствам, показывая сопоставимые, а в ряде исследований, лучшие отдаленные результаты лечения пациентов.

Цель – сравнить результаты открытых и видеоторакоскопических (VATS) операций при лечении немелкоклеточного рака легкого (НМЛР) IV-IIIА стадии.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования явились данные пациентов с периферическим НМЛР IV-IIIА стадии (сT1-3N0-1M0, согласно 8-му изданию TNM), которые прошли лечение в Минском городском клиническом онкологическом центре с августа 2024г. по май 2025г. В группу VATS включены 28 пациентов (мужчин – 17, женщин – 11, средний возраст 67,3 года), гистологически аденокарцинома (96,4%), которым были выполнены: 26 лобэктомий, 1 нижняя билобэктомия, 1 пневмонэктомия.

Группу сравнения составили пациенты с аналогичной степенью распространенности опухолевого процесса – 42 пациента (мужчин – 24, женщин – 18, средний возраст 65,2 года), аденокарцинома 93,4%, которым выполнены: у 32 пациентов лобэктомии, 7 пациентам – билобэктомии, 3 пациентам – пневмонэктомии.

Результаты исследования

Послеоперационных осложнений III-IV степени по Clavien-Dindo в группах сравнения зарегистрировано не было. Статистически значимых различий в уровне послеоперационной летальности (2,63% (VATS) и 2,5%), осложнениях I-II степени, длительности послеоперационного койко-дня (11,3 сут (VATS) и 12,9 сут) отмечено не было. Определяется статистически незначимая, но трендовая корреляция между сроками стояния дренажей (3,2 дня в группе VATS и 4,1 день), что позволяет косвенно судить о более стойком и раннем послеоперационном пневмостазе. Определенно отмечалась ранняя активизация пациентов, ранее кормление, отсутствие опиоидных анальгетиков в группе VATS.

Заключение

Малотравматичный характер VATS операций при НМЛР создает условия для планирования и проведения дооперационной химиоиммунотерапии с точки зрения переносимости противоопухолевого лечения в целом и повышения его радикальности.

#### ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КИСТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Туракулов У.Н., Бобаев У.Н., Хакимов Д.М.,*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал*

Актуальность. Заболеваемость кистозно-буллезной болезнью имеет тенденцию к увеличению. Совершенствование методов диагностики данного заболевания широкое использование в клинической практике компьютерной томографии легких, позволила улучшить выявляемость данного заболевания.

Цель. Определить тактику ведения пациентов при выявлении у них кистозно-буллезной эмфиземы легких.

Материал и методы. За 5 лет в отделение торакальной хирургии поступило 210 больных кистозно-буллезной эмфиземой легких. Из них 176 (66,6%) больных поступили в экстренном порядке в связи с развившимися осложнениями, причем 50 пациентов поступали более 1 раза. 88 (33,3%) больных поступило в плановом порядке. (всего 264 случая поступления). Экстренно пациенты поступали преимущественно по поводу развития пневмоторакса - 160 (91%) случаев, спонтанной подкожной эмфиземы - 4 (2,2%), гемопневмоторакса - 10 (5,7%) кровохарканья - 2 (1,1%). У 89 больных отмечалось правостороннее поражение, у 68 - левостороннее. В трех случаях отмечен двухсторонний пневмоторакс.

Результаты и обсуждение. Всем больным, поступившим с пневмотораксом, лечение начиналось с проведения плевральной пункции. Исключение составили два случая верхушечного пневмоторакса, при которых пункция не выполнялась, и три случая у больных с сопутствующей бронхиальной астмой, где сразу было выполнено дренирование плевральной полости. При отсутствии тенденции к расправлению легкого больным проводилось дренирование одним и, последовательно, при отсутствии расправления легкого вторым дренажом. При отсутствии эффекта от лечения в течение 4 суток больному проводилось оперативное лечение в срочном порядке. В случае успешного расправления легкого посредством пункции или при дренировании всем пациентам, в обязательном порядке выполнялась компьютерная томография легких. В случае выявления кистозно-буллезных изменений в легких проводилось оперативное лечение атипичная резекция пораженных участков легкого и плевродез. За 2019-

2024 годы проведено 118 миниторакотомий с видеоассистенцией, 27 видеоторакоскопических резекций легкого и 42 торакотомии. Показанием к торакотомии являлся выраженный спаечный процесс в плевральной полости, гемопневмоторакс и переход к лобэктомии. Во всех остальных случаях проведены малоинвазивные оперативные вмешательства. За данное время после оперативного лечения отмечено 2 рецидива, разрешившихся пункционно. В случае отказа от оперативного лечения при наличии кистозно-буллезных изменений в легких, больные, наблюдавшиеся в 2017-2022 годах, поступили в наше отделение в экстренном порядке с развившимися осложнениями кистозно-буллезной болезни. Также хочется отметить тот факт, что у половины больных с спонтанным пневмотораксом и отсутствием изменений на компьютерной томограмме отмечался рецидив пневмоторакса в ближайшие два года от первоначального поступления поступления. У 6 пациентов после проведенного гистологического исследования посланного материала выявлен туберкулез.

Выводы. Кистозно-буллезная болезнь легких - заболевание, лечение которого должно осуществляться оперативным путем, который позволяет предотвратить развитие серьезных осложнений и улучшить качество лечения пациентов.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛЕГКИХ

*Хакимов Д.М., Бобаев У.Н.*

*РНЦЭМП Андижанский филиал*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

Цель исследования: определение целесообразности и эффективности методики торакоскопического гемостаза и аэростаза.

Материал и методы. В исследование включено 85 пациентов с различной патологией легких, оперированных в РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова, из которых 33 пациента составили основную группу (торакоскопия по предложенной методике) и 52 пациента – группу сравнения (торакоскопический аэростаз которым осуществлялся по известным методикам). Для гемо- и аэростаза в ходе выполнения видеоторакоскопических вмешательств на легких применен разработанный в РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова биосовместимый композиционный материал в виде геля «Гепроцел» и специальное доставочное устройство.

Результаты. Применение гелевой композиции «Гепроцел» при ВТС вмешательствах у больных с буллезной болезнью легких осложненной разрывом позволило сократить необходимость прошивания ткани легкого после иссечения булл с 67,7% (у 21 из 31 пациента в группе сравнения) до 27,3% (у 6 из 22 больных в основной группе), соответственно ограничиться иссечением булл у 36,4% пациентов, добиться полной герметичности после аппаратного прошивания (в группе сравнения у 2 - 6,5% пациентов потребовалось наложение дополнительных швов) (17,304; Df=3; P<0.001), что в целом обеспечило нивелирование риска развития послеоперационной пневмореи (с 12,9% в группе сравнения - 4 из 31 пациента) и нарушений гемостаза (с 3,2% в группе сравнения - 1 из 31 пациента), сократив общую частоту всех осложнений с 16,1% (у 5 больных в группе сравнения) до 0% (3,918; Df=1; P=0.048).

При раневых повреждениях легочной ткани аппликация композиционного материала в виде геля при выполнении ВТС вмешательств позволяет улучшить герметичность первичных швов с 71,4% (у 10 из 14 пациентов с ушитой раной легких в группе сравнения) до 85,7% (у 6 из 7 пациентов в основной группе), соответственно уменьшить вероятность наложения дополнительных швов с 28,6% (4 пациента в группе сравнения) до 14,3% (1 больной в основной группе), и в целом улучшить эффективность миниинвазивных операций со снижением частоты послеоперационных проявлений нарушений по аэро- и гемостазу с 19,0% (у 4 из 21 больного в группе сравнения) до 9,1% (у 1 из 11 пациентов в основной группе).

Средняя продолжительность дренирования плевральной полости и периода госпитализации для основной группы составило: 2,1±0,1 сутки (против 2,9±0,3 сутки в группе сравнения, Т-критерий 2,53 - P<0,05) и 3,2±0,1 сутки (против 3,8±0,2 сутки в группе сравнения, Т-критерий 2,68 - P<0,05), соответственно.

Вывод. Разработанная методика видеоторакоскопического лечения нарушений аэро- и гемостаза при повреждениях легочной ткани путем локальной аппликации композиционного материала в виде геля посредством предложенного доставочного устройства позволило снизить частоту осложнений в послеоперационном периоде с 17,3% до 3,0%, сократить необходимость в пролонгированном дренировании плевральной полости с 19,2% до 6,1%, нивелировать необходимость повторных миниинвазивных манипуляций и соответственно увеличить долю пациентов без осложнений с 82,7% до 97,0%.

## O'PKANING SPONTAN PNEVMOTORAKS BILAN ASORATLANGAN BULLYOZ EMFIZEMASIDA TURG'UN BITISHMA JARAYONINI SHAKLLANTIRISHNING UNI PORTAL VATS ORQALI DAVOLASH: AMALIYOTNING XAVFSIZLIGI VA SAMARALILIGI

*Eshonhodjaev O.D., Tursunov N.T., Irisov O.T., Maxmudov S.S.*

*Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti*

**Ma'lumki o'pka bullyoz emfizemasi** — bu o'pka parenximasida havo to'la bo'shliqlar (bullalar) paydo bo'lishi bilan kechadigan surunkali kasallik bo'lib, alveolalar devorining destruksiyasi va o'pka elastikligining pasayishi bilan xarakterlanadi. Kasallikning eng xavfli asoratlardan biri spontan pnevmotoraks hisoblanadi. Bu holda bulla yorilib, plevra bo'shlig'iga havo chiqib ketishi yuz beradi. Bunday holat nafas yetishmovchiligi, ko'krak qafasida og'riq va gemodinamik buzilishlarga olib kelishi mumkin. Spontan pnevmotoraks qaytalanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli, faqat konservativ drenaj bilan cheklanib bo'lmaydi. Hozirgi kunda **Video-assistentiyali torakoskopik jarrohlik (VATS)** — emfizematoz

bullalarni olib tashlash (bullektomiya) amaliyotidan foydalanilmoqda. Operatsiya nafaqat havoning chiqishini to'xtatadi, balki turg'un bitishmalar hosil qilib, pnevmotoraksning qaytalanishini oldini olishga xizmat qiladi.

**Uslublar:** Ushbu retrospektiv tadqiqot 2021-yil avgustidan 2023-yil yanvargacha bo'lgan davrda V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan jarrohlik markazida to'plangan ma'lumotlarga asoslangan.

**Natijalar:** Umumiy bemorlarning 16 nafari erkak (80%) bo'lib, ularning o'rtacha yoshi  $44,7 \pm 8,8$  yilni tashkil etdi. 6 nafar bemor (30.0%) faol chekadigan. 10 nafar bemorda (50.0%) bitta yirik bulla aniqlangan va emfizemaning umumiy shakli fonida bo'lgan SP (spontan pnevmotoraks) aniqlangan, 20 nafar bemorga U-VATS bullektomiya bajarilgan bo'lib, 11 ta holatda (37,9%) kimyoviy plevrodez ham qo'llanilgan. Og'ir emfizema va o'ta nozik o'pka to'qimalari holatlarida apparatli stepler choki bilan rezeksiya qilindi. Jarrohlik davomida torakotomiyaga o'tish, havo chiqishlar yoki jiddiy asoratlar qayd etilmagan. O'rtacha bulla diametri (mm)  $91,6 \pm 61,5$ , o'rtacha operatsiya muddati (daq.)  $74,5 \pm 35,1$ , Plevral drenajning o'rtacha davomiyligi  $4,5 \pm 0,9$  kunni tashkil etdi. Operatsiyadan keyingi kasalxonada yotish muddati esa o'rtacha  $5,6 \pm 2,3$  kun bo'ldi. O'rtacha  $22,0 \pm 14,0$  oylik kuzatuv davrida SPning qaytalanishi kuzatilmadi. Operatsiyadan 6 oy o'tgach, o'pka funksiyasida sezilarli yaxshilanish qayd etildi.

**Xulosa:** U-VATS bullektomiya — bu BE holatlarida bullalarni davolash uchun xavfsiz va amaliy usul bo'lib, operatsiyadan keyingi ijobiy natijalarni namoyon qiladi.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ УДАЛЕНИИ ОБЪЕМНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ

*Эшонходжаев О.Д.<sup>1</sup>, Рахимий Ш.У.<sup>2</sup>*

*1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан*

*2 - Клиника SURGEMED, г. Ургенч, Узбекистан*

**Цель исследования.** Сравнительная оценка эффективности различных видов оперативных доступов при хирургическом лечении объемных образований средостения у взрослых пациентов.

**Материалы и методы.** В исследование были включены взрослые пациенты с объемными образованиями средостения, разделенные на три группы в зависимости от метода хирургического лечения. Анализ проводится на основе сопоставления показателей с использованием метода Propensity Score Matching (PSM) для минимизации различий в искажающих переменных и объективного сравнения групп пациентов, перенесших операции методами видеассистированной торакоскопической хирургии (ВАТС, n=112), торакотомии (n=420) и стернотомии (n=84). Метод PSM использовался для выравнивания групп, позволяя сопоставить пациентов в соотношении 1:1:1 на основе логистической регрессии. Исходные характеристики пациентов, включая возраст, пол, индекс массы тела, коморбидность и анатомическое расположение опухолей, были схожи во всех трех группах. Средний возраст пациентов в группе ВАТС составил  $37,05 \pm 11,14$  лет, в группе торакотомии —  $38,75 \pm 11,11$  лет, а в группе стернотомии —  $34,05 \pm 10,35$  лет. Коморбидность и анатомическое расположение опухолей также распределялись равномерно среди групп. Размеры и объемы образований варьировались: в группе ВАТС опухоли были меньшего размера и объема по сравнению с группами торакотомии и стернотомии.

**Результаты.** Метод ВАТС показал значительные преимущества по сравнению с традиционными методами торакотомии и стернотомии. Средняя длительность операции при ВАТС составила  $83,2 \pm 17,5$  минут, что значительно короче, чем при торакотомии ( $125,7 \pm 61,9$  минут) и стернотомии ( $128,8 \pm 46,1$  минут) ( $p < 0,001$ ). Интраоперационная кровопотеря была наименьшей в группе ВАТС ( $125,8 \pm 7,4$  мл) по сравнению с торакотомией ( $350,4 \pm 11,4$  мл) и стернотомией ( $400,6 \pm 13,5$  мл) ( $p < 0,001$ ). Средняя продолжительность ИВЛ после ВАТС составила  $2,49 \pm 0,5$  часа, что значительно меньше, чем после торакотомии ( $8,3 \pm 2,1$  часа) и стернотомии ( $10,11 \pm 3,3$  часа) ( $p < 0,001$ ). Время пребывания в отделении реанимации также было короче при ВАТС ( $4,75 \pm 1,1$  часа) по сравнению с торакотомией ( $19,35 \pm 3,9$  часа) и стернотомией ( $29,9 \pm 5,3$  часа) ( $p < 0,001$ ). Объем по дренажам был наименьшим в группе ВАТС ( $283,1 \pm 17,8$  мл), а время удаления дренажей и послеоперационное пребывание в стационаре были также минимальными ( $2,6 \pm 0,5$  суток и  $7,4 \pm 2,7$  дней соответственно) по сравнению с торакотомией и стернотомией ( $p < 0,001$ ). Проведенное исследование показало, что метод ВАТС обладает значительными преимуществами по сравнению с традиционными методами торакотомии и стернотомии при хирургическом лечении объемных образований средостения у взрослых пациентов. ВАТС позволяет значительно сократить длительность операции, интраоперационную кровопотерю, продолжительность ИВЛ, время пребывания в реанимации, объем по дренажам, время удаления дренажей и послеоперационное пребывание в стационаре. Количество ранних послеоперационных осложнений также было значительно меньшим в группе ВАТС.

**Заключение.** ВАТС следует рассматривать как предпочтительный подход при хирургическом лечении объемных образований средостения, что способствует улучшению исходов лечения и снижению инвазивности операций.

## IV. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

### ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ВЫБОР СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК С МНОГОСОСУДИСТОЙ АНАТОМИЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ

*Акбаров М.М., Маткаримов З.Т., Ирисов О.Т., Онгарбаева А.Б., Гайбуллаев Т.З.  
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель работы.** Оценить, как предоперационные показатели компьютерной томографической ангиографии и выбор способов артериальной и венозной реконструкции влияют на продолжительность периодов ишемии, частоту ранних осложнений и динамику функции пересаженной почки.

**Материалы и методы.** Проведен анализ наблюдательной исследовании 120 трансплантаций почек. В 78 (65%) случаях были выявлены дополнительные артерии и вены, в 42 (35%) случаях сосудистое строение было обычным. Для всех пациентов выполнена компьютерная томографическая ангиография, проанализированы данные операции, продолжительность ишемии, частота осложнений и показатели функции почки через один, шесть и двенадцать месяцев после пересадки. Данные сопоставлены с результатами опубликованных метаанализов

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования установлено, что наиболее распространённым вариантом многососудистой анатомии у донорских почек являлось наличие двух артерий, реже встречались три и более сосудов. Сравнительный анализ показал, что методы реконструкции с формированием единого устья или так называемая техника «панталон» позволяли сократить продолжительность тёплой ишемии и сопровождалась меньшей частотой сосудистых осложнений. В случаях, когда устья сосудов были значительно удалены друг от друга или отличались по диаметру, выполнялись отдельные анастомозы, что обеспечивало удовлетворительное кровоснабжение трансплантата, но несколько увеличивало продолжительность операции и риск технических трудностей. Особое значение имела нижнеполярная артерия, кровоснабжающая участок мочеточника. Её сохранение достоверно снижало частоту урологических осложнений, включая утечки мочи и формирование стриктур. При этом функция пересаженной почки через двенадцать месяцев после трансплантации была сопоставимой как у пациентов с обычным сосудистым строением, так и у пациентов с многососудистой анатомией при условии правильно выбранной хирургической тактики.

**Заключение.** Таким образом, проведённое исследование показало, что точная предоперационная визуализация сосудистого русла донорской почки и правильный выбор метода реконструкции имеют ключевое значение для успешного исхода трансплантации. Предоперационная компьютерная томографическая ангиография и грамотный выбор метода сосудистой реконструкции позволяют снизить частоту осложнений и обеспечить надёжное функционирование пересаженной почки. Полученные данные подтверждают, что трансплантация почек со сложным сосудистым строением при индивидуальном подходе сопоставима по результатам с пересадкой почек обычной анатомии.

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

*Байбеков Р.Р., Туксанов Э.А.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Трансплантация печени остаётся эффективным методом лечения терминальных заболеваний печени, включая цирроз, гепатоцеллюлярную карциному и острую печеночную недостаточность. Однако проблема иммунологического отторжения трансплантата (как острого, так и хронического) остаётся одной из ведущих причин неудовлетворительных клинических исходов. Острое отторжение развивается в течение первых недель и сопровождается выраженными клинико-лабораторными нарушениями, в то время как хроническое может протекать малосимптомно и выявляться лишь при прогрессирующем фиброзе трансплантата.

**Цель исследования.** Оценить иммунологические механизмы, лежащие в основе отторжения трансплантата печени, и их влияние на клинические исходы, с выявлением диагностических маркеров и терапевтических ориентиров.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 10 пациентов, перенёсших трансплантацию печени в 2022–2025 гг. Все пациенты разделены на группы: с острым (n=4) и хроническим отторжением (n=6). Изучались показатели биохимических маркеров (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин), а также гистологическая картина печени на основании биопсийного материала. Оценка фиброза и воспаления проводилась по стандартным морфологическим критериям.

**Результаты.** Острое отторжение регистрировалось через 3–4 недели после трансплантации и сопровождалось увеличением АЛТ и АСТ в 2–3 раза, билирубина и, в ряде случаев, креатинина. Гистология демонстрировала выраженный гепатоцеллюлярный некроз и портальное воспаление. Хроническое отторжение развивалось спустя 12–36 месяцев и проявлялось умеренными изменениями биохимических маркеров. Гистологически доминировали признаки портального фиброза, облитерации мелких сосудов и лимфоцитарной инфильтрации. Выявлена корреляция между уровнем альдолазы и степенью фиброзных изменений.

**Вывод.** Иммунологическое отторжение трансплантата печени — один из ключевых факторов, влияющих на отдалённые исходы. Острое отторжение требует немедленной коррекции терапии, в то время как хроническое — длительного мониторинга. Разработка маркеров раннего прогнозирования и применение персонализированных схем иммуносупрессии способны повысить выживаемость и снизить частоту осложнений. Необходимы расширенные

исследования с включением биомаркеров и мультиомных подходов для уточнения механизмов отторжения и таргетного вмешательства.

## ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

*Байбеков Р.Р., Исоков С.Х.,  
ГУ «РСНПМЦХ им акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Ортотопическая трансплантация печени от живого родственного донора является высокоэффективным методом лечения терминальной печёночной недостаточности. Несмотря на развитие хирургической техники и протоколов иммуносупрессии, риск ранних послеоперационных осложнений остаётся значимым и напрямую влияет на выживаемость пациентов и функцию трансплантата.

**Цель исследования.** Анализ частоты и структуры ранних послеоперационных осложнений после родственной ортотопической трансплантации печени, определение факторов риска и оценка эффективности методов диагностики и лечения.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ 120 пациентов, перенёвших ортотопическую трансплантацию печени от живого родственного донора в специализированном центре в 2019–2024 гг. Оценивались частота и структура осложнений, методы верификации (ультразвуковая доплерография, КТ-ангиография, биохимические маркёры), лечебные подходы (консервативная терапия, интервенционные процедуры, повторная трансплантация), а также возможные факторы риска (возраст, MELD, анатомические особенности).

**Результаты.** Ранние осложнения зафиксированы у 48,3% пациентов (n=58). Наиболее часто встречались: сосудистые осложнения (15,8%), включая тромбоз печёночной артерии и портальной вены; билиарные нарушения (13,3%), такие как желчные утечки и стриктуры; кровотечения (10%), как правило, анастомотические или внутрибрюшные; инфекционные осложнения (9,2%), включая пневмонию и бактериемию; первичная дисфункция трансплантата (8,3%). Статистически значимыми факторами риска осложнений оказались возраст реципиента старше 60 лет (p<0,05), высокий индекс MELD >25 (p<0,01), а также технически сложная анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны. Ультразвуковая доплерография позволила своевременно выявлять сосудистые нарушения, в то время как лабораторный мониторинг и визуализирующие методы обеспечивали раннюю диагностику билиарных и инфекционных осложнений. Большинство осложнений удалось устранить за счёт минимально инвазивных вмешательств.

**Заключение.** Ранняя послеоперационная фаза при родственной трансплантации печени требует мультидисциплинарного подхода, включающего регулярный мониторинг, точную визуализацию и персонализированное ведение пациентов. Совершенствование хирургической техники и алгоритмов диагностики способствует снижению частоты осложнений и улучшению результатов трансплантации в целом.

## ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ КАК МОСТ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ

*Ерохов В.В., Бибик Р.И., Качук М.В., Пархимович О.Д., Махановский И.А., Дзядзько А.М.,  
Щерба А.Е., Руммо О.О.*

*Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии,  
трансплантологии и гематологии», Республика Беларусь, г. Минск*

**Введение.** Трансплантация легких – это единственный радикальный метод лечения пациентов с терминальной стадией хронической дыхательной недостаточности в исходе ряда заболеваний легких. В настоящее время экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) используется в том числе и для замещения функции легких у пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью во время ожидания донорских органов.

**Цель.** Продемонстрировать результаты лечения пациентов, у которых ЭКМО использовалась в качестве «моста» к трансплантации легких.

**Материалы и методы** с 2015 по 2025 г. 25 реципиентам была выполнена билатеральная трансплантация легких в условиях ЭКМО, у 2 из них в качестве «моста» к трансплантации. Длительность ЭКМО до трансплантации легких составила 8 суток и 8 суток в вено-венозном варианте подключения; после трансплантации 6 и 2 суток. Время нахождения в отделении интенсивной терапии составило 55 и 17 суток. Пациенты были выписаны из стационара через 78 и 42 суток после операции без признаков дыхательной недостаточности.

**Заключение.** Использование ЭКМО в качестве «моста» к трансплантации легких становится распространенной опцией для пациентов, у которых еще недавно не было шансов дождаться подходящего донора и трансплантации легких. Опытная мультидисциплинарная команда, соблюдение строгих протоколов и тщательный отбор пациентов являются ключевыми факторами успеха.

## ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

*Ибадов Р.А., Сиддиқов Х.Т., Ибрагимов С.Х.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Определение частоты возникновения, клинико-лабораторных предикторов, факторов риска и исходов развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) у взрослых пациентов, перенёвших ортотопическую трансплантацию печени (ОТП).

**Материалы и методы.** Ретроспективное одноцентровое когортное исследование выполнено на базе Государственного учреждения «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова» (г. Ташкент, Узбекистан) в период с января 2018 по январь 2025 года. В исследование включены 124 пациента, находившиеся в отделении реанимации и интенсивной терапии после ОТП. Диагноз ОРДС верифицировался на основании Берлинской классификации (Berlin Definition):  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$  мм рт. ст., двусторонние инфильтраты по данным КТ/рентгенографии грудной клетки, отсутствие признаков кардиогенного отека лёгких. Гепатопульмональный синдром определяли по снижению  $\text{PaO}_2 < 80$  мм рт. ст. или  $\text{A-aO}_2 \geq 15$  мм рт. ст. в сочетании с вазодилатацией лёгочных сосудов и портальной гипертензией. Клинико-лабораторные, интраоперационные и исходные показатели сравнивались между пациентами с развившимся ОРДС и без него. Использовались методы описательной и сравнительной статистики, логистическая регрессия и ROC-анализ (SPSS Statistics 26.0). Статистическая значимость определялась при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** ОРДС зафиксирован у 16 из 124 пациентов (12,9%). В 68,75% случаев развитие синдрома происходило в первые 24 часа после ОТП, в 31,25% — на 3–4 сутки после экстубации на фоне отмены стероидов. Основные провоцирующие факторы включали массивную трансфузию эритроцитов и плазмы (62,5%), тяжёлый сепсис и ДВС-синдром (25%), сочетание факторов (18,8%) и аспирацию желудочного содержимого (6,25%). Продолжительность ИВЛ у пациентов с ОРДС составила в среднем 186,5 часов против 8 часов в группе без ОРДС ( $p < 0,001$ ), продолжительность пребывания в ОРИТ — 285,5 против 54,5 часов ( $p < 0,001$ ). Летальность составила 25% в группе ОРДС против 6,5% в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Многофакторный анализ показал, что наибольшую прогностическую значимость имели: гепатопульмональный синдром ( $\text{OR} = 6,89$ ; 95% CI: 2,14–22,17;  $p = 0,002$ ), объём трансфузии эритроцитов ( $\text{OR} = 3,72$  на 500 мл;  $p < 0,001$ ), гипоксемия ( $\text{PaO}_2 < 65$  мм рт. ст.;  $\text{OR} = 51,62$ ;  $p < 0,001$ ), гипоальбуминемия ( $\text{OR} = 0,87$ ;  $p = 0,015$ ), высокий уровень лейкоцитов ( $\text{OR} = 1,45$ ;  $p < 0,001$ ), повышенный NLR ( $\text{OR} = 1,92$ ;  $p = 0,004$ ), билирубин ( $\text{OR} = 1,03$ ;  $p = 0,008$ ), повышенный INR ( $\text{OR} = 1,88$ ;  $p = 0,010$ ), а также необходимость прессорной поддержки в первые сутки ( $\text{OR} = 3,12$ ;  $p = 0,013$ ).

**Заключение.** ОРДС является частым и клинически значимым осложнением после ОТП, сопровождающимся выраженным увеличением летальности, продолжительности ИВЛ, частоты повторных вмешательств и отказа трансплантата. Идентификация независимых факторов риска на до- и раннем послеоперационном этапе, включая гипоксемию, гепатопульмональный синдром и трансфузионную нагрузку, позволяет реализовать проактивный подход к ведению пациентов группы риска.

## ОСТРАЯ ПЕЧЁНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

*Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Оценить частоту, клинические характеристики и результаты лечения острой печёночной недостаточности (ОПен) у хирургических пациентов, включая когорту из 152 реципиентов трансплантации печени, а также оценить эффективность мультидисциплинарного протокола лечения, сочетающего целевую фармакотерапию с экстракорпоральной детоксикацией.

**Методы.** Это одноцентровое исследование проведено в ГУ «РСНПМЦ хирургии имени академика В.Вахидова», выполняющем около 7 000 операций ежегодно, включая более 700 операций по поводу врождённых пороков сердца, более 250 операций при сочетанных сердечных патологиях, 300 реконструктивных операций при приобретённых пороках сердца, 400 операций аортокоронарного шунтирования, более 3 000 ангиографий, 1 000 эндоваскулярных вмешательств, 332 трансплантации почки от живого родственного донора и 73 родственных трансплантации печени. В анализ были включены хирургические пациенты с ОПен послеоперационного или периоперационного генеза, соответствующие критериям EASL/APASL, а также последовательная когорта из 152 реципиентов трансплантации печени (2015–2024), у которых оценивались ранняя ОПен и дисфункция трансплантата. Критериями включения являлись: отсутствие хронического заболевания печени; быстрое развитие желтухи, коагулопатии ( $\text{INR} \geq 1,5$ ) и печёночной энцефалопатии; хирургическая или периоперационная причина. Терапевтический протокол включал: адеметионин (Гептрал - 1500 мг/сут), N-ацетилцистеин (2,1 г/сут), альбумин (20%, непрерывная инфузия со скоростью 10 мл/ч), урсодезоксихолевая кислота (1500 мг/сут) и лактулоза (250–350 мл/сут) в рамках фармакотерапии; экстракорпоральную детоксикацию с использованием однократного альбуминового диализа (SPAD), плазмафереза (PE) или гемофильтрации высокого объёма (HVHF) в зависимости от гемодинамического и метаболического профиля; а также поддерживающую терапию с использованием инвазивной/неинвазивной вентиляции, заместительной почечной терапии при ОПП и вазопрессоров при гемодинамической нестабильности. Показатели эффективности включали изменения баллов SOFA и MELD в течение 10 дней, регресс полиорганной недостаточности (ПОН), смертность в ОИТ и стационаре, выживаемость трансплантата на 1 и 3 года, а также долгосрочные функциональные результаты. Статистический анализ включал парные t-тесты, критерий хи-квадрат и оценки выживаемости по Каплану–Мейеру; уровень значимости —  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У хирургических пациентов частота ОПеН составила 5–30% после операций при портальной гипертензии, 5–10% после кардиохирургических вмешательств и 5–15% после обширных резекций печени. Среди реципиентов трансплантации печени (n=152; средний возраст  $42,6 \pm 11,3$  года; соотношение мужчин и женщин 1,4:1) показания включали вирусный цирроз (48,0%), холестагические заболевания печени (17,8%), аутоиммунный гепатит (12,5%), метаболические расстройства (8,6%) и другие (13,1%). Ранняя ОПеН в течение 7 дней после трансплантации была выявлена у 18,4% реципиентов, с причинами, включающими первичную нефункцию (36%), синдром малого трансплантата (28%), тромбоз печёночной артерии (14%) и тяжёлое повреждение при реперфузии (22%). У пациентов, получивших лечение по интегрированному протоколу, баллы SOFA снизились с  $11,2 \pm 2,5$  до  $6,4 \pm 1,9$  за 10 дней ( $p < 0,001$ ), MELD — с  $28,6 \pm 3,4$  до  $20,2 \pm 2,8$  ( $p < 0,001$ ), регресс ПОН отмечен в 74,6% против 51,2% в контрольной группе ( $p < 0,01$ ), а смертность в ОИТ снизилась с 47,8% до 25,4% ( $p < 0,01$ ). Выживаемость трансплантата через 1 год составила 88,4%, трёхлетняя выживаемость пациентов — 79,6%, а удовлетворительные долгосрочные функциональные результаты (хорошая функция трансплантата, отсутствие рецидива недостаточности) были достигнуты у 93,3% выживших реципиентов. У нехирургических пациентов с ОПеН тот же протокол обеспечил снижение SOFA с  $10,8 \pm 2,3$  до  $6,1 \pm 2,0$  ( $p < 0,001$ ), MELD — с  $27,4 \pm 3,7$  до  $19,5 \pm 3,0$  ( $p < 0,001$ ), регресс ПОН с 50,7% до 73,9% ( $p < 0,01$ ), снижение госпитальной смертности с 48,2% до 26,1% ( $p < 0,01$ ), а также повышение общей выживаемости с 69,0% до 88,4% ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** ОПеН как в общей хирургической практике, так и в условиях трансплантации печени остаётся важным фактором послеоперационной заболеваемости и смертности. Применение мультидисциплинарного протокола, сочетающего целевую фармакотерапию и экстракорпоральную поддержку функции печени, значительно улучшает показатели SOFA и MELD, способствует регрессу ПОН, снижает смертность и повышает выживаемость трансплантатов и пациентов, что подтверждает целесообразность раннего протоколированного вмешательства в центрах с высоким объёмом операций на печени и трансплантациях.

## ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО И ВОЛЕМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

*Ибадов Р.А., Абляимов И.Т., Ибрагимов С.Х.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: представить опыт контроля гемодинамического и волемического статуса на этапах ортотопической трансплантации печени от живого родственного донора.

**Материал и методы.** В исследование были включены 154 реципиента в возрасте от 10 до 64 лет, из них 87 мужчин и 67 женщин, с оценкой по шкале MELD от 7 до 30 баллов. Анестезиологическое обеспечение осуществлялось в соответствии с гарвардским стандартом мониторинга, расширенным за счет назофарингеальной термометрии, инвазивного измерения артериального давления, центрального венозного давления и транстергальной эхокардиографии. Использовался аппарат GE Logiq с широкополосным секторным датчиком GE 3Sp, расчет показателей проводился по методу Тейхольца. Определялись конечно-диастолический и конечно-систолический объемы левого желудочка, фракция выброса и фракция укорочения. Всем пациентам проводилась многокомпонентная внутривенная анестезия в сочетании с ингаляционной анестезией севофлураном. Гемодинамические нарушения фиксировались на основании данных инвазивного артериального давления, электрокардиографии, центрального венозного давления, капнографии и интраоперационной эхокардиографии на этапах диссекции печени, агепатического периода, реперфузии трансплантата и в неогепатическом периоде.

**Результаты.** Средняя продолжительность операции составила  $580 \pm 140$  минут, среднее время окклюзии нижней полой вены —  $52,5 \pm 17,5$  минут. У 112 пациентов (72,7%) отмечались различные гемодинамические нарушения, тогда как у 42 (27,3%) они отсутствовали. Наиболее часто регистрировалась артериальная гипотония, выявленная в 110 случаях (71,4%), синусовая брадикардия наблюдалась у двух пациентов (1,3%). По этапам операции гипотензия встречалась у 45 реципиентов (29,2%) во время диссекции печени, у 84 (54,6%) в агепатическом периоде, у 92 (59,7%) в момент реперфузии и у 71 (46,1%) в неогепатическом периоде. У 30 пациентов (19,4%) нарушения гемодинамики фиксировались на всех этапах вмешательства. Коррекция нарушений проводилась с учетом данных эхокардиографии. При фракции укорочения левого желудочка 36–38% гемодинамическая стабильность достигалась инфузионной терапией без применения вазопрессоров. При снижении фракции до 31–35% дополнительно вводился нордреналин в дозе 0,02 мкг/кг/мин, при 27–30% — 0,05 мкг/кг/мин, при 24–29% — 0,1 мкг/кг/мин, а при 21–24% — от 0,2 до 0,4 мкг/кг/мин.

**Вывод.** Фракция укорочения левого желудочка показала высокую чувствительность в оценке адекватности волемической нагрузки на различных этапах ортотопической трансплантации печени от живого родственного донора, что позволяет индивидуализировать коррекцию гемодинамических нарушений и оптимально подбирать дозы вазопрессоров в критические периоды окклюзии нижней полой вены и реперфузии трансплантата.

## РОЛЬ НЕИНВАЗИВНОГО МОНИТОРИНГА ПЕРФУЗИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Ибадов Р.А., Акбаров М.М., Ибрагимов С.Х., Усманов А.А.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Сосудистые осложнения остаются одними из наиболее серьезных и потенциально летальных проблем после трансплантации печени. Их своевременная диагностика и эффективное лечение напрямую влияют на выживаемость трансплантата и самого пациента. Несмотря на достижения в хирургической технике

и послеоперационном мониторинге, артериальные и венозные нарушения всё ещё составляют значимую долю посттрансплантационных осложнений, требующих комплексного подхода и оптимизации лечебной тактики.

**Цель исследования.** Определить частоту, структурные особенности и значимые факторы риска сосудистых осложнений у реципиентов после родственной трансплантации печени.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на базе ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова». В ретроспективный и проспективный анализ включены 124 пациента, перенесшие ортотопическую трансплантацию печени от живого родственного донора в период с февраля 2018 года по декабрь 2024 года. Средний возраст реципиентов составил 40,8 лет (от 10 до 64 лет), преобладали пациенты молодого возраста (18–44 года – 71%). Основным диагнозом у большинства пациентов был цирроз печени, вызванный ко-инфекцией вирусов гепатита В и D (87,1%). Средний показатель MELD составлял 17,03 (диапазон от 9 до 27). Комплексное обследование включало лабораторные анализы, УЗИ органов брюшной полости с доплеровским исследованием сосудов, мультиспиральную КТ-ангиографию, а также ближнюю инфракрасную спектроскопию (NIRS) с применением устройства NONIN SenSmart X-100. Методика NIRS позволяла неинвазивно оценивать регионарную оксигенацию трансплантированной печени в первые 48 часов после операции. Данные инструментальные методы применялись для раннего выявления сосудистых осложнений и оценки функции трансплантата.

**Результаты.** Частота сосудистых осложнений составила 21,8% от общего числа наблюдений (27 из 124 случаев). Преобладали артериальные поражения (59,3%), включая тромбоз печеночной артерии (6,5%) и стенозы (3,2%). Венозные осложнения встречались реже (18,5%), в основном стеноз воротной вены (2,4%) и тромбоз (1,6%).

Факторный анализ показал, что наиболее значимыми предикторами сосудистых осложнений стали аневризма селезеночной артерии (18,5% против 5,2%,  $p=0,025$ ) и сложности при артериальной реконструкции (29,6% против 10,3%,  $p=0,012$ ). Малый диаметр печеночной артерии, извитость сосудов, цитомегаловирусная инфекция, билиарные осложнения и сепсис не продемонстрировали статистически значимой связи с развитием сосудистых осложнений. В послеоперационном периоде билиарные осложнения чаще встречались у пациентов с сосудистыми осложнениями (44,4% против 25,8%,  $p=0,061$ ), однако статистической значимости данный показатель не достиг. Современные методы лечения (баллонная ангиопластика, эмболизация, релапаротомия) продемонстрировали высокую эффективность.

**Заключение.** Сосудистые осложнения после трансплантации печени остаются частыми и клинически значимыми, что подчёркивает важность неинвазивных методов, таких как NIRS-liver, в мониторинге перфузии и функции трансплантата для их раннего выявления и своевременной коррекции.

## ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ.

*Исмаилов С.И., Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

**Введение:** Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) являются одними из наиболее частых инфекционных осложнений у пациентов после трансплантации почки. Их наличие существенно влияет на качество жизни, срок функционирования трансплантата и общие исходы. Оптимизация реабилитационных мероприятий с учетом инфекционного фона позволяет повысить эффективность послеоперационного ведения. [1, 2].

**Цель исследования:** Оценить особенности и эффективность комплексной реабилитации у пациентов после трансплантации почки, осложненной инфекциями мочевыводящих путей.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 117 историй болезни реципиентов почки, оперированных в период 2023–2025 гг. в РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова. Все пациенты были разделены на две группы: с наличием ИМВП (основная группа,  $n=46$ ) и без таковых (контрольная группа,  $n=46$ ). Анализировались клинико-лабораторные показатели, частота госпитализаций, продолжительность антибактериальной терапии, показатели функции трансплантата и соблюдение режима реабилитации.

**Результаты и обсуждение:** Полученные результаты подтверждают высокую клиническую значимость инфекций мочевыводящих путей (ИМВП) в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших трансплантацию почки. В нашем исследовании пациенты с ИМВП демонстрировали выраженное удлинение восстановительного периода и более частые реадмиссии, что свидетельствует о существенном влиянии инфекционного процесса на общее течение реабилитации. Повышенная потребность в коррекции иммуносупрессивной терапии у этой категории больных указывает на необходимость постоянного клинико-лабораторного мониторинга и персонализированного подхода к иммуносупрессии.

Факт повышения частоты реадмиссий в 2,1 раза и увеличение продолжительности антибактериальной терапии в основной группе подтверждает данные других исследователей, подчеркивающих, что ИМВП являются одной из ведущих причин госпитализаций у трансплантированных больных [1,3]. Это поднимает вопрос об адекватности первичной профилактики и необходимости внедрения программ ранней диагностики и скрининга на наличие латентных инфекций [2,4].

Адаптированная программа реабилитации, включающая этиотропную антибиотикотерапию на основе чувствительности, регулярный уродинамический контроль и индивидуализированную схему гидратации, показала значительное снижение частоты рецидивов — на 38%. Более того, улучшение функции трансплантата, выраженное в снижении уровня креатинина на 15,2% через 6 месяцев, свидетельствует о потенциале данных мер в улучшении отдалённых исходов трансплантации.

**Выводы:** Реабилитация пациентов после трансплантации почки должна учитывать наличие и риски развития ИМВП. Индивидуализированный подход с ранней диагностикой и направленной терапией позволяет снизить частоту осложнений и улучшить отдалённые результаты трансплантации.

## ОСТЕОПОРОЗ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.

*Исмаилов С.И., Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.*  
*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии*  
*им. академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность.

Снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и высокий риск переломов у пациентов после трансплантации почки представляют серьезную клиническую проблему. По данным литературы, частота остеопороза у данной категории больных достигает 40–60% в первые 3 года после операции, а риск низкоэнергетических переломов увеличивается в 3–5 раз по сравнению с общей популяцией [1,2].

Цель исследования.

Оценить распространённость остеопороза и эффективность профилактической терапии у пациентов после трансплантации почки.

Материалы и методы.

В исследование включены 112 пациентов (61 мужчин и 51 женщин, средний возраст  $41,8 \pm 11,6$  лет), перенесших трансплантацию почки с января по июнь 2024 года, в Центре Хирургии. Всем пациентам проведена денситометрия (DEXA), в частной клинике, в городе Ташкенте, через 12 месяцев после операции. Дополнительно оценивались уровни ПТГ, кальция, фосфора, 25(OH) витамина D. Пациенты были разделены на 2 группы: группа I (n=58): профилактика остеопороза (кальцитриол 0,25 мкг/сут, альфакальцидол 0,5 мкг/сут, витамин D и кальций), группа II (n=54): стандартная терапия без специфической профилактики.

Результаты и их обсуждение.

Через 12 месяцев после трансплантации выявлено снижение МПКТ (минеральная плотность костной ткани) в поясничном отделе позвоночника выявлено у 42,9% пациентов группы II против 20,7% в группе I ( $p < 0,05$ ). Частота остеопоротических переломов составила 9,3% (n 5) в группе II и 1,7% (n 1) в группе I. Средний уровень ПТГ сохранялся выше нормы у 37% (n 20) пациентов группы II против 19% (n 11) в группе I.

Полученные данные подтверждают роль гиперпаратиреоза и дефицита витамина D в патогенезе остеопороза, а также эффективность ранней профилактической терапии, что согласуется с современными данными литературы [3–5].

Выводы.

Остеопороз и снижение МПКТ через год после трансплантации почки выявлены у значительной части пациентов (до 43%). Назначение профилактической терапии, такие, как активные метаболиты витамина D и кальция, снижает риск снижения МПКТ более чем в 2 раза и частоту переломов в 5 раз. Ранняя профилактика остеопороза должна рассматриваться как обязательный компонент ведения пациентов после трансплантации почки.

## SINGLE CENTER EXPERIENCE OF LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION

*Ismailov S.I.<sup>1</sup>, Nazyrov F.G.<sup>2</sup>, Akbarov M.M.<sup>3</sup>, Popov A.Yu.<sup>4</sup>, Baybekov R.R.<sup>5</sup>*

*<sup>1</sup> Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V.Vakhidov, Tashkent, Uzbekistan*

**Relevance:** improving the results of liver transplantation directly depends on the preparation of recipients, the careful selection of donors, surgical technique and methods of rehabilitation in the postoperative period. Despite the positive results achieved in recipient survival rate after liver transplantation, the incidence of complications still remains high, which requires further research in this direction.

**Aim of the study:** analysis of the results of the initial stage of implementation of living-donor liver transplantation in the Republic of Uzbekistan.

**Research materials:** during the period from February 12, 2018 to February 2025, 142 adult living-donor liver transplants were performed in patients with decompensated liver failure of various etiologies. At the same time, the full implementation of the program took place in 2022-2024 - 138 adult living-donor liver transplants were performed.

**Research results.** The postoperative period in recipients proceeded without complications in 98 cases, which amounted to 69.1%; in the remaining 44 patients (30.9%) after liver transplantation, the presence of one or more complications was observed. Thus, among 44 patients, the development of 54 different complications (from 1 to 3 complications) was observed. Complications that occurred in 13 patients (9.2%) in the early postoperative period required relaparotomy. Among 142 patients, 17 patients (12%) died in the early postoperative period; in the long-term period (3 years after transplantation) there was another 1 death (0.7%) in a patient with chronic rejection due to refusal to take immunosuppressive drugs. Thus, among recipients operated on at the center from 2018 to February 2025, immediate satisfactory results were obtained in 88.0%, while in the long term, satisfactory results were achieved in 87.3% of cases.

**Summary.** The analysis showed that the survival rates of grafts and recipients largely depend on the characteristics of surgical tactics, nosology and the severity of the initial condition of the recipient. At the initial stages of program implementation, the “center effect”, that is, the experience of the clinic, is essential.

## КЛИНИКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ

*Кариев С.С., Насыров Ф.Р.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии», Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** изучить влияние трансплантации почки на эректильную функцию и репродуктивное здоровье мужчин с хронической болезнью почек.

**Материал и методы.** Проспективное наблюдение у 276 пациентов мужского пола (средний возраст 44,3±5,8 года) с хронической болезнью почек, которым выполнена трансплантация почки от живого родственного донора. Эректильную функцию оценивали по международному индексу эректильной функции (МИЭФ-5), для диагностики гемодинамики в сосудах полового члена использовали ультразвуковое исследование с доплерографией артерий полового члена, гормональный профиль пациентов — по уровням тестостерона, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, репродуктивная функция — по спермограмме и объему яиц на пяти этапах исследования: исходно, при высокой азотемии, через 3, 6 и 12 месяцев после трансплантации почки. В лечении эректильной дисфункции у пациентов после трансплантации почки использовали ингибиторы фосфодиэстеразы-5 в дозе 5 мг ежедневно в течение 3-х месяцев, далее в дозе 20 мг «по требованию», специальный комплекс упражнений для мышц дна таза, вакуум-терапию и физиолечение.

**Результаты.** У 65,6% пациентов эректильная функция полностью восстановилась через 12 месяцев, доля умеренно-легкой эректильной дисфункции снизилась до 9,4%, а легкая форма сохранялась у 25% из-за сосудистых, гормональных и психоэмоциональных факторов. Средний показатель по данным анкеты МИЭФ-5 вырос с 13,2±0,1 до 21,2±0,2 ( $p<0,001$ ), средний показатель пиковой систолической скорости в кавернозных артериях справа увеличился с 5,6±0,1 до 7,2±0,1 см/с ( $p<0,001$ ), уровень тестостерона — с 4,6±0,1 до 5,6±0,2 нг/мл ( $p<0,001$ ), частота нормоспермии — с 37,3% до 61,2% ( $p<0,001$ ). У 34,4% эректильная дисфункция сохранялась.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют об эффективном восстановлении эректильной функции и фертильности у большинства пациентов после трансплантации почки и комплексной коррекции остаточных сосудистых, гормональных и психоэмоциональных нарушений.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И БИЛИАРНОЙ СТРИКТУРЫ, КАК ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ГИБРИДНОГО ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЦЕНТРА.

*Каримов М.А., Благодаров С.И., Абдрахманов Р.Э., Ганиев Р.Ф., Ибрагимов Т.Р., Гилемханов А.Р., Галимов О.В., Ханов В.О.*

*Башкирский государственный медицинский университет, Клиника Башкирского государственного медицинского университета, Россия, Республика Башкортостан, Уфа*

### Введение:

Билиарные осложнения, связанные с трансплантацией печени от живого донора, включают билиарную стриктуру и застои желчи, но, согласно данным научной литературы, желчные камни возникают в 2,1% случаев. В настоящее время посттрансплантационные билиарные осложнения в основном лечатся с помощью эндоскопических и чрескожных интервенционных процедур, поскольку они безопасны, минимально инвазивны и дают благоприятные результаты по сравнению с хирургическим лечением.

Цель работы: демонстрация успешного удаления множественных внутривнутрипеченочных желчных камней и баллонной пластики зоны общепеченочного-тонкошичного анастомоза в мультидисциплинарной бригаде в условиях гибридной операционной пациенту с перенесенной трансплантации печени.

### Материалы и методы исследований:

В апреле 2025 года в Клинику БГМУ в плановом порядке поступил пациент 3. 60 лет с жалобами на желтушность кожных покровов, боли в правом подреберье, тяжесть и дискомфорт в животе. На основании жалоб, анамнестических данных, лабораторно-инструментальных показателей выставлен диагноз: Основное заболевание: Стриктура гепатикоеноанастомоза. Состояние после гепатэктомии, ортотопической трансплантации правой доли печени от родственного донора (2019г); лапаротомии, реконструктивной гепатикоеноанастомии на выключенной по Ру петле тощей кишки, разобщения билиодигестивного свища, дренирования брюшной полости (2020г). Осложнения основного заболевания: Холелитиаз. Желтуха смешанного генеза. Печеночная недостаточность 2 ст.

### Результаты исследований:

Выставлены показания для чрескожного наружного дренирования желчных протоков в условиях гибридной рентгенооперационной в мультидисциплинарной бригаде (рентгенэндоваскулярные хирурги, хирурги, эндоскописты). В сегментарный желчный проток установлен интродьюсер 11Fr. Выполнена холангиография: визуализируются протоки правой доли печени, полностью обтурированные конкрементами на всем протяжении, слабо контрастируется общепеченочный-тонкошичный анастомоз - предельно стенозирован, визуализируется слабый сброс рентгенконтрастного препарата в кишку. На основании данных холангиографии мультидисциплинарной бригадой составлен план оперативного лечения: 1 этап – баллонная пластика общепеченочного-тонкошичного анастомоза раздутием баллонного катетера; 2 этап - литотрипсия конкрементов из протоков правой доли печени с помощью системы визуального контроля «SPYGLASS» (разрушением конкрементов в их просвете путем электрогидравлической литотрипсии и одномоментным их отмыванием/низведением через гепатикоеноанастомоз в просвет тонкой кишки); 3 этап - рентгенохирургическое чрескожное наружное дренирование протоков правой доли печени (дистальный конец катетера установлен в протоках правой доли печени). Через 2 недели выполнена контрольная холангиография: правые печеночные протоки визуализируются на всем протяжении, общепеченочно-тонкошичный анастомоз стенозирован. Выполнена баллонная пластика и оставление контрольного наружно-внутреннего чрескожного чреспеченочного дренажного катетера. На 16 сутки пациент выписывается в удовлетворительном состоянии на амбулаторно-поликлинический этап оказания медицинской помощи по месту жительства.

### Заключение:

В заключение следует отметить, что сочетание чрескожного подхода с холангиоскопией и литотрипсией является эффективным и безопасным вариантом лечения билиарных осложнений у пациентов с анамнезом трансплантации печени. Хотя необходимы дополнительные исследования для подтверждения ее эффективности именно в этой популяции, представленный случай подчеркивает важность междисциплинарного подхода и сотрудничества между специалистами. Этот комплексный подход оказывается ключевым фактором улучшения

результатов в сложных клинических ситуациях, подчеркивая значимость постоянных исследований и обмена знаниями в лечении пациентов с анамнезом трансплантации печени и билиарным литиазом.

## БОЛАЛАРДА ЯҚИН ҚАРИНДОШЛАР ОРАСИДА БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИНГ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ.

*Саидов М.А., Сафаров А.З., Собиров Ж.Г.  
Миллий тиббиёт маркази.*

Сурункали буйрак касаллиги (СБК)- бу 3 ой ёки ундан кўпроқ давом этадиган буйрак функциясининг доимий бузилиши булиб, у клиренс функциясининг турли даражадаги пасайиши билан тизимли ёки функционал ўзгаришлар билан аниқланади (NKF KDOQI Guidelines. National Kidney Foundation; 2002. DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification). Буйрак трансплантацияси буйрак етишмовчилиги бўлган беморларни даволашнинг энг яхши усули ҳисобланади, бу амалиёт борасида республикамызда эришилган натижалар ижобийдир (Бахритдинов Ф.Ш. 2023). Буйрак трансплантацияси(БТ) буйрак касаллигининг сунгги босқичи (БК) бўлган болалар учун афзал буйрак ўрнини босувчи терапия ҳисобланиб, чунки трансплантация қилинган болаларда омон қолиш даражаси ва ҳаёт сифати диализга нисбатан юқоридир. Бундан ташқари ёш болаларда (олти ёшгача) дастурли гемодиализ ёки перитонеал диализга тушганларга қараганда буйрак трансплантациясидан сунг ўсиши ва ривожланиши юқори.

Тадқиқот мақсади: Болаларда яқин қариндошлар орасида буйрак трансплантациясининг замонавий текширувларни қўллаган ҳолда даволаш-диагностика натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материали ва методлари: Миллий тиббиёт маркази 2024-2025 йилларда сурункали буйрак етишмовчилиги терминал босқичи ташхиси билан касалланган 28 та бемор болаларда яқин қариндошлар орасида буйрак трансплантацияси ўтказган реципиентлар. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги текширув усуллари қўлланилди. Умумий клиник( Умумий қон таҳлили, Умумий сийдик таҳлили, қоннинг биокимёвий), Радиологик( Буйраклар УЗИ, Буйраклар 3 фазали МСКТ ангиографияси, буйраклар сцинтиграфия). Иммунологик( Генотипик HLA типлаш, Cross-match тестлари) ва статистик усуллар.

Тадқиқот натижалари: Беморларнинг уртача ёши  $12,6 \pm 7,3$  ёшга, уртача вазни  $37 \pm 11$  кгга тенг бўлган, шундан 61,5% ўғил бола, 38,5% қиз бола. 69% буйракнинг касаллиги, 31% сийдик йуллари туғма аномалиясини ташкил этади. Амалиётгача креатинин  $503,36 \pm 36,14$  ммоль/л, амалиётдан кейинги 3 кундан бошлаб креатинин нормал даражага тушиб ўртача  $73,15 \pm 10,6$  ммоль/л.ни. Амалиётгача мочевина  $18,19 \pm 7,9$  ммоль/л.ни, амалиётдан кейинги  $5,7 \pm 4,4$  ммоль/л.ни. Амалётгача гемоглобин  $106,14 \pm 21,36$  гр/л.ни, амалиётдан кейинги  $112 \pm 21,36$  гр/л.ни. Амалиётгача кунлик диурез  $532,30 \pm 23,5$  мл.ни, Амалиётдан 3 кундаги кунлик диурез  $5690 \pm 40$  мл.ни ташкил этди. Бу амалиётгача кўрсаткичдан ишончли равишда фарқ қилди ( $p < 0,05$ )

Хулоса. Сурункали буйрак касаллиги, этиологиясидан қатий назар, умумий ривожланиш механизмларига эга ва сурункали буйрак касаллигининг (СБК) сўнгги босқичининг бошланишини кичиктиришга қаратилган муаян терапевтик ҳаракатларни талаб қилади. Ҳисобланган гломеруляр филтрация тезлиги (ГФТ)  $1,73$  м<sup>2</sup> учун 30мл/мин дан камайганидан кейин ва болада СБК 4-босқич булса, бемор ва унинг оила аъзоларини буйрак ўрин-босар терапиясига тайёрлашни бошлаш вақти келди, демакдир. Сурункали буйрак касаллигининг охириги босқичида бўлган беморларнинг кўпчилиги учун буйрак трансплантацияси бошқа даволаш усуллари билан солиштирилганда максимал ҳаёт давомийлиги ва сифатини таъминлайдиган энг яхши буйрак ўрин-босар терапияси вариантдир.

## ЯҚИН ҚАРИНДОШЛАР ЎРТАСИДАГИ ЖИГАР ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИНГ БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ

*Собиров Ж.Ф., Сафаров А.З., Мамажанов М.А.  
Миллий тиббиёт маркази*

Сурункали жигар етишмовчилиги касалликлари - бу жигар хужайралари (*гепатоцитлар*) нинг жуда катта миқдорда шикастланиши ёки йўқолиши оқибатида унинг метаболик, синтетик ва детоксикация функцияларининг издан чиқиши оқибатида юзага келади. Куп ҳолларда жигар циррози йиллар давомида секин ривожланади. Жигар трансплантацияси жигар етишмовчилиги бўлган беморларни даволашнинг энг мақбул йўли деб талқин қилинади.

Тадқиқот мақсади: Яқин қариндошлар ўртасида жигар трансплантацияси натижаларини замонавий текширувларни қўллаган ҳолда яхшилаш.

Тадқиқот материали ва методлари: **тадқиқот материали сифатида** миллий тиббиёт марказида 2025 йил ярим йиллигида жигар циррози ва фибрози туфайли сурункали жигар етишмовчилиги билан оғриганларга яқин қариндошлар орасида жигар трансплантацияси амалиёти бажарилган 47 та беморлар олинган. Барча беморлар беморларга; умумий лаборатор текширувлар (қон гуруҳи ва резус фактор, умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, коагулограмма, вирусли гепатитлар ва бошқа инфекциялар ИФА), молекуляр-генетик таҳлил (ПЦР), донор ва реципиентнинг генетик бир-бирига мослик иммунологик Cross-match тестлари. Инструментал текширув усуллари умумий стандарт текширувлар (ЭКГ, ЭхоКГ, кўкрак қафаси рентгени, комплекс УТТ) ва махсус чуқурлаштирилган инструментал текширувлар (жигар томирлари доплери, эластометрия, фиброскан, жигар 3 фазали контрастли КТ ангиографияси, қорин бўшлиғи аъзолари МРТ холангиография билан ва жигар хавфли ҳосилаларини инкор этиш мақсадида ПЭТ). Статистик текширув усуллари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари: Беморларнинг ўртача ёши  $39,6$  ёшга, энг кичик ёшли бемор 4 ёш, энг катта ёшли бемор 67 ёш. Беморларнинг ўртача вазни  $68,7$  кг. Эркаклар 30 та  $63,8\%$  ини, аёллар 17 та  $36,2\%$  ини ташкил қилди. Этиологияси: вирусли гепатит В+D 39 та беморда, вирусли гепатит В+С 1 та беморда, вирусли гепатит С 1 та ( $2,12\%$ ) беморда, аутоиммун этиологияли 1 та ( $2,12\%$ ) беморда, Вильсон-Коновалов касаллиги 1 та ( $2,12\%$ ) беморда, бирламчи гипероксалурия 1 ( $2,12\%$ ) та беморда, туғма жигар фибрози 2 та ( $4,24\%$ ) беморда ва номаълум этиологияли жигар циррози 1 та ( $2,12\%$ ) беморни ташкил этди.  $85\%$  беморлар жигар етишмовчилигидан тулик соғайди. Амалиётдан

кейинги даврда 1 та (2,12%) беморда хусусий жигар артерияси тромбози, 1 та (2,12%) беморда кичик трансплантат (small size) синдроми, 1 та (2,12%) беморда билиар етишмовчилик, 1 та (2,12%) беморда иккиламчи холангит асоратлари кузатилди. Олиб борилган чора табдирларга карамасдан, 2 та (4,24%) ўлим ҳолати кузатилган.

Хулоса. Сурункали жигар етишмовчилиги касалликларида, этиологияси дан қатъий назар умумий ривожланиш механизмларига эга ва сурункали жигар етишмовчилиги (СЖЕ) жигар циррози ва фибрози сўнгги босқичи бошланишини кечиктиришга қаратилган муайян терапевтик ҳаракатларни талаб қилади. Жигар циррозида яқин қариндошлар орасида жигар трансплантацияси даволашнинг энг самарали усулидир.

## ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У БОЛЬНЫХ С АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫМ ТИПОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА.

*Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Ким Д.Л., Эргашев Д.Н., Садиқов Р.К., Исхаков Н.Б., Джураев Ж.А., Исматов А.А.*

*Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи.  
Ташкент, Узбекистан.*

**Введение:** Аутосомно-доминантный поликистоз почек (АДППП) — наиболее распространенная наследственная форма поликистоза, встречающаяся с частотой 1:500–1:1000. Заболевание обусловлено мутациями в генах PKD1 (85%) или PKD2 (15%) и приводит к прогрессирующему увеличению почек с развитием терминальной хронической болезни почек (ХБП). У пациентов с АДППП, требующих трансплантации почки, остается дискуссионным вопрос о необходимости и оптимальном времени нефрэктомии поликистозных почек. «Аутосомно-рецессивный поликистоз почек (АРППП)» — редкая форма, которая диагностируется у детей, имеет более тяжелое течение и встречается у 1 на 20 000–40 000 новорожденных.

**Цель:** оценить эффективность поэтапного удаления поликистозных почек (одномоментная односторонняя нефрэктомия во время трансплантации с последующей контралатеральной нефрэктомией в послеоперационном периоде) в сочетании с таргетной антимикробной терапией для профилактики инфекционных осложнений у реципиентов с АДППП.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 11 пациентов с АДППП, перенесших трансплантацию почки в Республиканском Научном Центре Экстренной Медицинской Помощи (апрель 2018 – май 2025). Оценивались хирургическая тактика, частота осложнений, динамика лабораторных и инструментальных показателей (АД, ЦВД, электролиты, диурез, посевы мочи, доплерография трансплантата, скорость клубочковой фильтрации). Мужчины 6 (55%), женщины 5 (45%), средний возраст — 48±6 лет. Все реципиенты находились на программном гемодиализе длительность которых, было от 5 до 24 месяцев (средний показатель ± 12,9). Реципиенты получали программный гемодиализ 2 дня подряд до операции. Всем пациентам проводилась одномоментное удаление нативной поликистозной почки на стороне трансплантации донорского органа от живого родственного донора. Донорами были родственные (55%) и супружеские (45%) доноры. Вторым этапом у 6 пациентов проведено удаление поликистозной почки через от 6 до 9 (средний показатель ± 7) месяцев после операции. Проводилась стандартная инфузионная, иммуносупрессивная, антибактериальная терапия.

**Результаты:** В раннем послеоперационном периоде хирургических осложнений у больных не наблюдалось. до 30 суток у 7 (64%) пациентов отмечалась бактериурия, у 2 (18%) — грибковая колонизация мочи, которые были купированы эмпирической терапией (цефтриаксон/флуконазол) с последующей коррекцией по чувствительности, взятой из удаленной поликистозной почки. (Что вышло на бак посеве). В позднем послеоперационном периоде (1–12 месяцев) у 2 (18%) больных наблюдался пострасплантационный сахарный диабет, который был полностью вылечен препаратами короткого и пролонгированного действия инсулина под контролем эндокринологов. У 7 (70%) больных наблюдалось рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). 4 случая (57,1%) — E. coli (5×10<sup>7</sup> КОЕ/мл, ++++ лейкоцитурия). 3 (42,9%) — Enterococcus faecalis (5×10<sup>7</sup> КОЕ/мл, +++ лейкоцитурия). Проведена антибиотикотерапия по чувствительности бак посева с положительным эффектом только у 1 больного. Учитывая стойкую бактериурию у 7 (64%) больных, была проведена нефрэктомия оставшейся поликистозной почки, с положительным эффектом и стабильная функция трансплантата (СКФ 45–60 мл/мин) (медиана наблюдения — 18 мес).

**Вывод:** Поликистозные почки служат резервуаром инфекции, что подтверждается высокой частотой бактериурии (70%) и ее купированием после нефрэктомии. Поэтапное удаление поликистозных почек (интраоперационная нефрэктомия с последующей контралатеральной в отсроченном периоде) в сочетании с целенаправленной антибиотикотерапией снижает частоту инфекционных осложнений после трансплантации почки у пациентов с АДППП. Оптимальный срок контралатеральной нефрэктомии — первые 7 мес. после трансплантации при наличии персистирующей инфекции.

## V. РАЗНОЕ

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМ МАТКИ

*Абдурахманов Б.А., Абдраманова А.К., Юсунов А.М.  
АО Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан*

Цель работы. Целью исследования явилось изучение результатов эмболизации маточных артерий (ЭМА) у больных фибромиомами матки (ФМ).

Материалы и методы исследований. Проанализированы результаты лечения 66 больных ФМ в возрасте от 24 до 59 лет с применением ЭМА. Показаниями к оперативному лечению явились: субмукозные и интрамурально-субсерозные ФМ с диаметром узла до 5-8 см, женщины с симптомными ФМ, отказывающиеся от операции, а также симптомные ФМ в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией. Абсолютными противопоказаниями к вмешательству явились: острая инфекция, злокачественные опухоли матки. Непереносимость контрастных препаратов, тяжелые коагулопатии и хронические воспалительные заболевания придатков матки мы считаем относительными противопоказаниями. В качестве эмболизирующего материала применяли гемостатическую губку и стандартные биосферы из ПВА размерами частиц 700-900 мкм и 900-1200 мкм. Методика заключалась в следующем: пунктировали бедренную артерию по Сельдингеру, чаще правой, с последующей селективной последовательной катетеризацией маточных артерий сначала левой, затем правой, с помощью катетера 4-5 F (Cordis). Во всех наблюдениях удалось успешно произвести ЭМА.

Результаты исследований. При динамическом осмотре оперированных больных в сроки от 3 мес. до 36 мес. с проведением эхографического контроля во всех наблюдениях отмечена полная резорбция миоматозных узлов. В 2 наблюдениях отмечено наступление аменореи в связи с эмболизацией яичниковых артерий. В послеоперационном периоде отмечено возникновение постэмболизационного синдрома: боли (n=28), тошнота и рвота в первые сутки (n=19), лихорадка менее 38<sup>0</sup> до 1 недели (n=9), умеренный лейкоцитоз на 3-4 сутки (n=9). Все эти осложнения купированы консервативными мероприятиями. В 3-х случаях через 1 год после процедуры у пациенток наступила беременность, течение беременности было без особенностей и они завершили физиологическими родами в сроки 39-40 недель, живым, доношенным плодом (в 1 случае родился мальчик, в 2 случаях девочка).

Заключение. Таким образом, как показал наш опыт, эмболизация маточных артерий является не только эффективным, органосохраняющим и мининвазивным методом лечения ФМ, но и альтернативой существующим традиционным хирургическим вмешательствам.

### ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ОПЫТ ГИБРИДНОГО ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЦЕНТРА КЛИНИКИ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Абдрахманов Р.Э., Благодаров С.И., Каримов М.А., Ягудин Т.А., Ибрагимов Т.Р.,  
Гилемханов А.Р., Сафин Р.Ф., Завьялов К.И.*

*Башкирский государственный медицинский университет, Клиника Башкирского государственного медицинского университета, Россия, Республика Башкортостан, Уфа*

Введение:

Адекватная реваскуляризация остаётся оптимальным методом лечения пациентов с многоуровневым атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей. Основной проблемой при реконструктивных вмешательствах при протяжённых поражениях бедренно-подколенно-берцовых артерий является неопределённость в обеспечении путей оттока из восстановленного артериального сегмента. Основной причиной неудовлетворительных результатов сосудистой пластики бедренно-подколенного сегмента является многоуровневое поражение сосудов, наличие множественных критических стенозов и частое отсутствие естественного материала для аутопластики.

Цель работы: демонстрация и оценка результатов гибридного оперативного вмешательства у пациентов с хронической ишемией угрожающая потерей конечности в условиях гибридного интервенционного центра Клиники БГМУ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с многоэтажными и протяженными окклюзиями, стенозами и тромбозами артерий нижних конечностей, снижения травматичности тканей и продолжительности операции.

Материалы и методы исследований:

За период с января 2021 года по ноябрь 2024 года в отделении сосудистой хирургии КБГМУ проходили лечение 125 пациентов со стенотическими и окклюзионными поражениями различных сегментов артерий нижних конечностей, которым было произведено гибридное оперативное лечение (по классификации TASC II, 2007 – класс C, D). Критерии включения пациентов в исследование: пациенты старше 50 лет с окклюзионным поражением бедренно-подколенной зоны (TASC II 2007: type D). Критерии невключения пациентов в исследование: пациенты, требующие симультанных или первоочередных хирургических вмешательств при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии; пациенты, требующие хирургических вмешательств на брюшном отделе аорты, подвздошном сегменте. Основная группа исследования состояла из 50 пациентов. Возраст пациентов колебался от 50-85 лет. Средний возраст 65,5 лет. Пациенты мужского пола составляло 80% (40), женского 20% (10) соответственно. Индекс массы тела колебался от 18,35 до 33,0 кг/м<sup>2</sup> (средний показатель 24,5 кг/м<sup>2</sup>). По стадиям хронической ишемии нижних конечностей (по Фонтейну-Покровскому) у 2 (4%) пациентов - 2Б, у 29 (58%) - 3, у 19 (38%) - 4. Продолжительность операции составило 160± 40 мин (p<0.05). Средний объем кровопотери - 300 мл (p<0.05). Средний объем контраста - 225,5 мл (p<0.05).

Результаты исследований:

Гибридное оперативное вмешательство на артериях нижних конечностей в условиях гибридного интервенционного центра Клиники БГМУ пациентов с хронической ишемией угрожающая потерей конечности, при протяженном поражении бедренно-подколенно-берцового сегментов позволил добиться компенсации кровотока у 50 (100%). Среднее количество койко-дней составило 7. Ампутаций в течение 12 месяцев выполнено 5 (10%) пациентам.

Заключение:

Гибридная реваскуляризация нижних конечностей - метод выбора при критической ишемии, вызванной многоуровневым поражением артериального русла, позволяющий добиться клинического улучшения в ближайшем периоде наблюдения. В отдаленные сроки гибридная реваскуляризация позволяет сохранить конечность. Рутинные каждодневные гибридные вмешательства на артериях нижних конечностей позволяют оптимизировать оперативный подход и улучшить результат.

## РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИАТОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Бабажонов А.Б., Югай Д.И.*

*Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан*

**Введение.** Несмотря на наличие множества методов диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), в мировой медицинской практике до сих пор отсутствует единое мнение относительно универсального диагностического подхода, который бы наиболее точно определял тип и размеры грыжи, а также обладал прогностической ценностью при выборе метода хиатопластики. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) рассматривается как один из наиболее точных методов предоперационной оценки ГПОД, который, по сравнению с альтернативными методами, позволяет более обоснованно выбирать хирургическую тактику.

**Цель исследования.** Оценить прогностическую значимость МСКТ при выборе метода хирургического лечения ГПОД.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 81 пациента, которым было выполнено лапароскопическое хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в период с 2022 по 2025 год. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) (100%), а также рентгенконтрастное исследование (59,2%) и МСКТ (40,7%). Интраоперационно оценивался размер грыжи, который впоследствии сравнивался с результатами предоперационных методов диагностики.

**Результаты исследования.** Средний возраст включенных в исследование пациентов составил  $44,5 \pm 1,41$  лет, с преобладанием женщин (62,9%). Первичное лапароскопическое хирургическое вмешательство было выполнено во всех 81 случаях. Интраоперационное измерение пищеводного отверстия позволило разделить грыжи на 3 группы: размер ГПОД до 35 мм- у 19 пациентов (23,5%); от 35 до 50 мм- у 56 пациентов (69,1%); более 50 мм- у 6 пациентов (7,4%). Среди них, в 43 случаях была выполнена протезная хиатопластика, при этом у 33 пациентов она была дополнена задней крурорафией, а у 10 — комбинированной крурорафией. Средний размер грыжи по данным ЭГДС составил 38,3 мм, рентгенконтрастного исследования — 43,1 мм, МСКТ — 47,6 мм, интраоперационной оценки — 49,2 мм. Чувствительность методов диагностики составила: ЭГДС — 75,3% (n = 81), рентгенконтрастное исследование — 79,1% (n = 48), МСКТ — 90,9% (n = 33). Полученные результаты указывают на наибольшую чувствительность МСКТ в предоперационной оценке размеров ГПОД.

**Выводы:** МСКТ является наиболее чувствительным методом диагностики ГПОД, обеспечивая высокую точность оценки размеров грыжи. Применение МСКТ способствует обоснованному выбору метода хирургического лечения и повышает эффективность планирования лапароскопических вмешательств.

## INTEGRATING ARTIFICIAL INTELLIGENCE INTO ULTRASOUND-BASED EVALUATION OF KNEE JOINT INJURIES: ENHANCING DIAGNOSTIC ACCURACY AND REHABILITATION MANAGEMENT IN CLINICAL RADIOLOGY

*Baymuratova A.Ch.*

*Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan*

**Objective:** This study aims to evaluate the clinical effectiveness of incorporating artificial intelligence (AI) into musculoskeletal ultrasound (MSK US) imaging protocols for the assessment of intra-articular knee injuries. Additionally, it explores the role of AI-driven analysis in guiding and optimizing individualized rehabilitation pathways, focusing on dynamic monitoring and early detection of complications or delayed recovery.

**Materials and Methods:** A total of 88 patients (age range: 19–58 years; mean age:  $34.6 \pm 9.8$  years) with confirmed internal knee joint injuries participated in this prospective observational study. Diagnoses included partial and full-thickness meniscal tears, anterior and posterior cruciate ligament injuries, synovitis, joint effusion, and capsular disruptions. Ultrasound imaging was performed using the Mindray Consona N9 system, equipped with a high-resolution linear transducer (7.5–12 MHz) and enhanced with the DeepSono AI module. This AI algorithm enables automated tissue segmentation, edge detection, and recognition of structural abnormalities in real-time. Each patient underwent ultrasound scanning at three distinct time points: Baseline assessment prior to initiating rehabilitation; Intermediate follow-up on day 15 to monitor treatment progression; Final evaluation on days 30–40 post-intervention. Rehabilitation regimens were tailored to each patient and included neuromuscular stimulation, proprioceptive training, progressive loading exercises, and physiotherapy. Functional improvement was measured using standardized clinical scoring systems such as the WOMAC Index, Lysholm Knee Score, and Visual Analogue Scale (VAS). Comparison was made between AI-generated findings and expert manual ultrasound interpretations. MRI was used as a reference modality in 32 randomly selected cases to validate diagnostic outcomes.

**Results:** Diagnostic Precision: AI-assisted image interpretation significantly improved structural differentiation, especially in complex or partial injuries, increasing diagnostic confidence by 26.3% compared to conventional ultrasound

alone. Consistency: Inter-observer variability decreased by 41%, with AI ensuring standardized interpretation across all clinical operators. Efficiency: Average image review time was reduced from 14.5 minutes to 6.7 minutes, enhancing workflow in busy outpatient rehabilitation centers. Predictive Insights: In 17.1% of patients, AI detected early signs of poor tissue healing or persistent synovial inflammation, prompting timely adjustment of therapy plans. Clinical Concordance: Final recovery outcomes (measured via Lysholm and WOMAC scores) aligned with AI-monitored trends in 85.6% of patients, affirming its prognostic value. MRI Correlation: In the control subset, the sensitivity and specificity of AI-assisted ultrasound were measured at 91.4% and 88.6%, respectively, closely matching MRI findings.

**Conclusion:** Artificial intelligence integration into MSK ultrasound presents a transformative advancement in the diagnosis and management of knee joint injuries. By delivering objective, consistent, and real-time assessments, AI enables radiologists and rehabilitation specialists to make informed clinical decisions faster and with greater precision. The use of Mindray Consona N9 with DeepSono AI facilitates not only high-quality imaging but also quantitative monitoring of recovery, allowing clinicians to proactively adjust rehabilitation strategies. This integrated approach promotes personalized medicine, reduces the risk of long-term joint dysfunction, and enhances patient outcomes. Widespread adoption of such AI-augmented diagnostic workflows has the potential to redefine standard practices in sports medicine, trauma rehabilitation, and clinical radiology.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМАТИВНОСТИ УЗ-ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ РАДИОЛОГИИ**

*Баймуратова А.Ч.*

*Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан*

**Цель исследования:** Определить роль и эффективность внедрения алгоритмов искусственного интеллекта (ИИ) в ультразвуковую диагностику (УЗИ) при оценке состояния внутрисуставных структур коленного сустава у пациентов, проходящих этапную реабилитацию после травм. Особое внимание уделено объективизации данных, автоматической интерпретации изображений и возможностям ИИ в прогнозировании исходов восстановления.

**Материалы и методы:** В исследование включены 92 пациента (59 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 18 до 60 лет, с диагностированными травмами внутренних структур коленного сустава, включая разрывы менисков, передней крестообразной связки (ПКС), суставной капсулы и синовиальной оболочки. Ультразвуковая визуализация проводилась на высокочастотном аппарате Mindray Consona N9, оснащённом интеллектуальной системой DeepSono AI, способной к автоматической сегментации мягкотканевых структур, выделению патологий, классификации степени повреждений и построению прогностических моделей. Каждому пациенту УЗИ-исследование выполнялось трижды: До начала реабилитации; На 14-й день от начала терапии; После завершения курса (на 30–35 день). ИИ-аналитика сопоставлялась с субъективной оценкой врачей-реабилитологов и функциональными шкалами (WOMAC, VAS, IKDC), а также с MRT в контрольной группе. Реабилитация включала индивидуальные физические упражнения, кинезиотейпнинг, миостимуляцию и УЗ-наздор.

**Результаты:** Применение DeepSono AI позволило повысить информативность УЗИ-обследований на 24,5% по сравнению с традиционным врачебным осмотром без ИИ. Визуализация менисков, связочного аппарата и синовиальных компонентов стала более воспроизводимой, особенно при частичных разрывах и реактивных изменениях. В 78 случаях (84,7%) наблюдалось чёткое соответствие между ИИ-прогнозом восстановления и клиническим исходом, подтверждённым шкалами WOMAC и IKDC. В 12% случаев ИИ смог обнаружить изменения, не зафиксированные при первичном ручном анализе изображений. Использование ИИ значительно сократило нагрузку на специалистов, уменьшив время интерпретации с 15 до 6,8 минут в среднем на пациента. Прогностические алгоритмы выявили группы риска по замедленной регенерации (персистирующий синовит, субтотальные разрывы), что позволило своевременно скорректировать реабилитационную тактику.

**Выводы:** Интеграция искусственного интеллекта в процесс ультразвукового обследования пациентов с внутрисуставными травмами коленного сустава повышает точность диагностики, снижает субъективность интерпретаций и ускоряет принятие клинических решений. ИИ-алгоритмы позволяют проводить более детальный мониторинг за динамикой восстановления и служат надёжным инструментом для персонализированного планирования реабилитации. Использование таких технологий, как DeepSono AI на базе УЗИ Mindray Resona 7, должно быть рекомендовано к широкому внедрению в практике спортивной медицины, травматологии и физиотерапии.

## **KLINIK RADIOLOGIYADA SUN'YI INTELLEKT VA ULTRATOVUSH TEKNOLOGIYALARI ASOSIDA TIZZA BO'G'IMI ICHKI TUZILMALARI JAROHLARINI ANIQLASH VA REABILITATSIYA JARAYONINI OPTIMALLASHTIRISH**

*Baymuratova A.Ch.*

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston*

**Tadqiqotning maqsadi:** Ushbu tadqiqotning asosiy maqsadi — tizza bo'g'imi ichki tuzilmalari jarohatlarini aniqlashda ultratovush tekshiruvi va sun'iy intellekt algoritmlarini uyg'un holda qo'llash orqali diagnostika va rehabilitatsiya jarayonini individuallashtirish va optimallashtirish imkoniyatlarini baholashdir.

**Tadqiqotning material va usullari:** Tadqiqot 2022–2024-yillar mobaynida 140 nafar bemor (yosh diapazoni: 16–60 yosh) ishtirokida o'tkazildi. Bemorlarda tizza bo'g'imi ichki strukturalarining — menisk, xochsimon bog'lamlar, kapsula va boshqa yumshoq to'qimalarning shikastlanishi aniqlangan. Ularga ultratovush tekshiruvi GE Logiq V2 apparati yordamida amalga oshirildi. Tasvirlar neyron tarmoq asosida tahlil qilish uchun TensorFlow, ImageJ, Scikit-learn platformalarida qayta ishlandi. AI modellar tasvirlarni belgi qo'yilgan (labeled) ma'lumotlar asosida o'qitildi va avtomat aniqlash funksiyasi joriy

etildi. Reabilitatsiya protokoli har bir bemor uchun individual tuzildi, unga quyidagilar kiritildi: funktsional jadval (L-FK, massaj, fizioterapiya), dinamik nazorat UZI orqali har 2 haftada, reabilitatsiya davomiyligi va samaradorligini baholovchi indikatorlar (VAS, ROM, SF-36).

**Tadqiqot natijalari:** Tadqiqot doirasida 140 nafar bemorning tizza bo'g'imi ichki tuzilmalari jarohatlari aniqlandi. Ularning 54% da menisk shikastlanishi, 33% da xochsimon bog'larni jarohatlari va 13% da kapsulo-sinovial tuzilmalardagi o'zaro birikmalarda mikrouzilishlar kuzatildi. Ultratovush tekshiruvi sun'iy intellekt bilan uyg'unlashtirilgan holda qo'llanildi. Mashinali o'qitish asosida tayyorlangan neyron tarmoqlar UZI tasvirlarini real vaqtda tahlil qildi. Quyidagi natijalar qayd etildi: Menisk jarohatlarini aniqlash aniqligi: shifokor tomonidan – 85.6%; AI tomonidan – 94.2%; Mos keluvchanlik (concordance) – 89.3%. Bog'larni jarohatlarini (ACL, PCL) tanib olishda: shifokor – 81.4%; AI – 91.5%; Aniqlik farqi – +10.1%. Diagnostikaga ketgan o'rtacha vaqt: standart UZIda – 9,6 daqiqa; SI integratsiyalangan modelda – 4,2 daqiqa; Reabilitatsiya jarayoni samaradorligi (sifrovka orqali baholash): Bemorlarning 76% da og'riq VAS shkalasi bo'yicha 1 haftada 3 ballgacha tushgan; 85% bemorda 30 kun ichida ROM (harakat doirasi) to'liq tiklangan; 61% holatda reabilitatsiya davomiyligi 7–10 kunga qisqargan. Dinamik UZI nazorati orqali har 10 kunlik intervalda reabilitatsiyaning faolligini baholash imkoni paydo bo'ldi. Sun'iy intellekt vositasida tuzilgan vizual tahlillar reabilitatsiya yo'nalishini o'zgartirishda aniqlik va tezkorlikni oshirdi. AI asosida shakllangan "reabilitatsiya monitoring" platformasi shifokorlarga ma'lumotlar asosida qaror qabul qilishni osonlashtirdi.

**Xulosa:** Sun'iy intellekt texnologiyalari, ayniqsa neyron tarmoqlar va mashinali o'qitishga asoslangan algoritmlar, ultratovush tekshiruvi ma'lumotlarini tahlil qilishda yuqori aniqlik va tezkorlikni ta'minlaydi. Bu jarohatlarni erta va ishonchli aniqlash imkonini beradi. Ultratovush diagnostikasida AI integratsiyasi inson omilining subyektivligini kamaytirar ekan, reabilitatsiya strategiyalarini aniqlashda obyektiv ma'lumotlar bazasi sifatida xizmat qiladi. Individual reabilitatsiya dasturlari sun'iy intellekt platformalari yordamida bemorning anatomik va klinik xususiyatlarini hisobga olgan holda tuzildi. Innovatsion monitoring tizimi – dinamik UZI nazorati bilan birgalikda faol va optimal reabilitatsiya jarayonini yo'lga qo'yishga yordam berdi. Bu usul profilaktika, erta xavfni baholash va qaror qabul qilish jarayonlarini sifatli darajaga olib chiqdi. Kelgusida UZI asosida sun'iy intellekt modellarini yanada takomillashtirish va amaliyotga to'liq integratsiya qilish orqali nafaqat tizza bo'g'imi, balki boshqa murakkab bo'g'imlar jarohatlarini ham yuqori samara bilan aniqlash va reabilitatsiya qilish mumkin.

## МУЛЬТИВОКСЕЛЬНАЯ МР-СПЕКТРОСКОПИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ГЛИОМ: КОРРЕЛЯЦИЯ С ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ

*Джураева Н.М., Икрамов А.И., Махкамов М.К., Абдухалимова Х.В., Исроилов У.Т.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** Изучить роль мультिवоксельной МР-спектроскопии (МРС) в дифференциации степени злокачественности глиомы на основе метаболических изменений и оценить корреляцию между спектроскопическими данными и гистопатологическими результатами.

**Материалы и методы:** В данное проспективное исследование были включены 75 пациентов с гистологически подтвержденными глиальными опухолями (II–IV степени злокачественности по классификации ВОЗ). Мультिवоксельная <sup>1</sup>H-МРС проводилась на 3T МРТ-сканере. Оценивались такие метаболиты, как Cr2, Cr1, Cho, N-ацетиласпартат (NAA), лактат, сукцинат, липиды (Lipid1, Lipid2) и маннитол, как ипсилатеральный (I), так и перитуморальный (P). Рассчитывались соотношения NAA/Cr1, Cho/Cr1 и NAA/Cho. Для корреляционного анализа регистрировались гистологическая степень злокачественности и пролиферативная активность. Статистический анализ проводился с использованием дисперсионного анализа (ANOVA) с поправкой Бонферрони ( $p < 0,05$ ).

**Результаты:** В глиомах высокой степени злокачественности (III–IV степени злокачественности) наблюдалось значительное повышение уровней Cho (I) и Cho (P) по сравнению с опухолями низкой степени злокачественности ( $p < 0,001$ ). Уровни NAA и NAA/Cr1 были значительно снижены в очагах высокой степени злокачественности ( $p < 0,005$ ), а самые низкие значения наблюдались в глиобластомах IV степени злокачественности. Пики лактата (I,P) и Lipid1/Lipid2 были выражены в глиомах высокой степени злокачественности и коррелировали с некрозом при гистопатологическом исследовании ( $r = 0,58, p < 0,01$ ). Уровень сукцината наблюдался редко и не имел высокой прогностической ценности. Наиболее информативными для прогнозирования злокачественности были следующие соотношения: Cho/Cr1  $> 2,0$  – предиктор III–IV степени злокачественности (AUC = 0,86), NAA/Cho  $< 0,7$  – тесно связан с глиомами высокой степени злокачественности (AUC = 0,89), пики лактата и липидов – коррелируют с гистологическим некрозом и агрессивными признаками ( $p < 0,01$ ).

**Заключение:** Многовоксельная МРС предоставляет ценные неинвазивные биомаркеры степени злокачественности глиомы. Повышенные пики холина и липидов/лактата в сочетании со сниженным NAA сильно коррелируют с гистологической злокачественностью и могут служить предикторами агрессивности опухоли. Соотношения, полученные с помощью МРС, в частности, Cho/Cr1 и NAA/Cho, продемонстрировали наивысшую диагностическую точность и могут дополнять традиционную МРТ для предоперационной характеристики опухоли.

## МОДЕЛЬ НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СРОЧНОСТИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СЕГМЕНТАЦИИ МРТ.

*Джураева Н.М., Икрамов А.И., Баталов А.И., Абдухалимова Х.В., Исроилов У.Т.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан*

**Цель:** Разработать прогностическую модель на основе искусственного интеллекта, использующую автоматизированную сегментацию головного мозга на основе МРТ (BRAIN Segmentation AI) для количественной

оценки влияния внутричерепных опухолей на соседние анатомические структуры и определения срочности нейрохирургического вмешательства.

**Материалы и методы:** В исследование были включены 62 пациента с внутримозговыми опухолями. Автоматизированная сегментация охватывала 120 анатомических областей головного мозга. Извлеченные признаки включали объем опухоли (средний:  $34,5 \pm 12,3 \text{ см}^3$ ), максимальный диаметр опухоли (диапазон: 29–75 мм), степень инфильтрации в окружающие ткани, объем четвертого желудочка, индекс смещения средней линии и объем прилежащих извилин.

**Результаты:** Обнаружена сильная отрицательная корреляция между объемом опухоли и объемом четвертого желудочка ( $r = -0,67$ ,  $p < 0,01$ ), особенно при локализации опухолей в лобной доле. При опухолях передних лобных долей размером более 60 мм (опухоль + зона инфильтрации) наблюдалось умеренное уменьшение объема четвертого желудочка (до  $2,0 \pm 0,4 \text{ см}^3$ ) при сохраненном цереброспинально-жидкостном (ЦСЖ) оттоке. Напротив, опухоли задних лобных долей вызывали более выраженную компрессию четвертого желудочка даже при размерах более 40 мм (объем уменьшался до  $1,45 \pm 0,3 \text{ см}^3$ ;  $r = -0,74$ ,  $p < 0,01$ ).

**Заключение:** Разработанная прогностическая модель на основе ИИ включает морфометрию опухоли, изменения пространства желудочков и деформацию срединной структуры для формирования объективных рекомендаций относительно срочности хирургического лечения. Данный инструмент может быть интегрирован в клиническую практику в качестве системы поддержки принятия решений в радиологии и нейрохирургии.

## ДОСТИЖЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА

*Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Акбаров И.И.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Пациенты после абдоминальных операций часто имеют лёгкий метаболический ацидоз — состояние, требующее точной коррекции для обеспечения благоприятных исходов и минимизации осложнений. В этом контексте выбор терапевтического средства приобретает решающее значение, и гидрокарбонат натрия (сода) и трометамол (трометамол) рассматриваются как потенциальные варианты вмешательства. Путём тщательного анализа этих вмешательств данное исследование стремится помочь клиницистам принимать обоснованные решения, что в конечном итоге способствует улучшению качества лечения и восстановлению пациентов в критический послеоперационный период.

**Цель:** сравнить эффективность однократного введения гидрокарбоната натрия и трометамола у пациентов ОРИТ с лёгким метаболическим ацидозом.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 28 взрослых пациентов ОРИТ с метаболическим ацидозом (концентрация гидрокарбоната в сыворотке  $<20 \text{ ммоль/л}$ ) после различных абдоминальных операций. Пациенты были рандомизированы для однократного внутривенного введения гидрокарбоната натрия ( $n=14$ ) или трометамола ( $n=14$ ), введённых в течение 1 часа и титрованных для нейтрализации избыточной кислотной нагрузки. Лабораторные параметры измерялись с помощью анализатора Wondfo с тест-картриджем (W465-C7P4-E/W466-C7P4-E) (рН,  $p\text{CO}_2$ ,  $p\text{O}_2$ , гидрокарбонат ( $\text{HCO}_3^-$ ), избыток оснований (BE), лактат (Lac), натрий ( $\text{Na}^+$ ), калий ( $\text{K}^+$ ), хлор ( $\text{Cl}^-$ ), гематокрит (Hct), гемоглобин (Hb)) и биохимического анализа (креатинин (Cre), аспаратаминотрансфераза (AST), аланинаминотрансфераза (ALT), билирубин и альбумин). Образцы крови собирались в следующие моменты времени: после хирургического вмешательства (исходный уровень), а также через 0.5, 1, 2, 3 и 4 часа после введения соответствующего раствора. Все данные представлены в виде среднего  $\pm$  стандартное отклонение. Для оценки различий между группами использовался двухвыборочный t-тест. Уровень значимости —  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Уровни натрия во всех группах оставались в пределах нормы. В группе гидрокарбоната натрия наблюдалась тенденция к повышению натрия, тогда как в группе трометамола уровень натрия оставался стабильным. Уровни хлора в группе гидрокарбоната указывали на лёгкую гиперхлоремию, в то время как в группе трометамола уровень хлора оставался стабильным, но несколько выше. Уровни калия в обеих группах были стабильными и находились в пределах нормы. Уровни лактата постепенно снижались и достигали минимального значения к 4-му часу, особенно в группе трометамола; в этой группе уровни лактата были значительно ниже, чем в группе гидрокарбоната натрия. Показатели Hct и Hb оставались стабильными, значимых различий не отмечалось. Значения рН незначительно повышались в группе трометамола. В отличие от этого, в группе гидрокарбоната натрия значения рН не достигали нормы через 0.5 и 1 час после введения и затем постепенно повышались до конца наблюдения. Уровни  $p\text{CO}_2$  в группе трометамола, в отличие от группы гидрокарбоната, снижались от повышенных значений на исходном уровне до ниже нормы через 0.5 и 1 час после введения. В то же время уровни  $\text{HCO}_3^-$  в группе трометамола повышались от пониженных на исходном уровне до нормальных через 0.5 и 1 час наблюдения.

**Заключение.** Поскольку гидрокарбонат натрия повышает уровень натрия в сыворотке, а трометамол — снижает, трометамол может быть препаратом выбора для коррекции ацидоза у пациентов с гипернатриемией. Аналогично, поскольку гидрокарбонат натрия повышает уровень  $p\text{CO}_2$ , а трометамол — может снижать его, использование гидрокарбоната натрия противопоказано при смешанном ацидозе с высоким уровнем  $p\text{CO}_2$ , и предпочтение следует отдавать трометамолу.

## КОМБИНИРОВАННАЯ РАДИОМИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НЕОДНОРОДНОСТИ И ОБЪЕМНЫХ ПРИЗНАКОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛЕГОЧНЫХ УЗЛОВ

*Икрамов А.И., Джураева Н.М., Эшонходжаев О.Д., Убайдуллаева А.Ш.  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
хирургии имени В.Вахидова»*

**Цель:** Оценить диагностическую ценность индекса неоднородности, основанного на радиомике, вместе с объемными и гистограммными признаками (например, объем поражения и асимметрия) для дифференциации доброкачественных и злокачественных поражений легких с целью поддержки классификации и стратификации риска с помощью ИИ.

**Материалы и методы:** Этот ретроспективный анализ включал два набора данных:

(1) Когорта из 80 пациентов (доброкачественные  $n = X$ , злокачественные  $n = Y$ ), в которой текстурные характеристики, такие как энтропия, контрастность и асимметрия, были извлечены из контрастно-усиленных КТ-сканов и использованы для вычисления индекса неоднородности с помощью формулы логистической регрессии:

Индекс неоднородности =  $-139,702 + 4,386 \times \text{Асимметрия} + 126,316 \times \text{Энтропия} - 25,654 \times \text{Контрастность}$ , нормализованный по шкале [0,1].

Отдельная группа из 28 пациентов (14 доброкачественных, 14 злокачественных), в которой были проанализированы дополнительные радиомикологические показатели: объем поражения, асимметрия гистограммы, средняя интенсивность, энтропия и SRE.

Статистические сравнения проводились с использованием U-критерия Манна-Уитни, а диагностическая точность оценивалась с использованием ROC-анализа, чувствительности, специфичности, PPV, NPV и F1-оценки.

**Результаты:** Индекс гетерогенности был значительно выше в злокачественных поражениях (среднее = 0,75 против 0,50;  $p < 0,000001$ ; AUC = 0,80). Дополнительный анализ показал, что злокачественные опухоли имели значительно большие объемы (медианой 36 602,63 мм<sup>3</sup> против 1 072,05 мм<sup>3</sup>;  $p = 0,005$ ) и более отрицательную асимметрию (-4,16 против -2,31;  $p = 0,025$ ). Чувствительность и NPV были высокими (98,9% и 95,0% соответственно), тогда как специфичность была умеренной (55,9%).

**Заключение:** Комбинированный радиомический подход, использующий гетерогенность, объем и асимметрию гистограммы, обеспечивает улучшенную диагностическую эффективность при классификации легочных узелков. Эти особенности могут служить надежными неинвазивными биомаркерами для интеграции в системы поддержки клинических решений на основе ИИ.

## ЦИФРОВИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИИ И ЛОГИСТИКА РОГОВИЧНЫХ ДОНОРОВ В УЗБЕКИСТАНЕ

*Иномжонova М.И.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
микрохирургии глаза, Ташкент, Узбекистан*

**Аннотация.** Трансплантация роговицы представляет единственную эффективную хирургическую стратегию восстановления зрения при тяжелых кератопатиях в Узбекистане. Современные вызовы в области высокотехнологичной офтальмологической помощи обусловлены системными ограничениями доступности кератотопографических исследований в отдаленных регионах, критическими недостатками логистической инфраструктуры транспортировки донорского материала и отсутствием централизованной электронной платформы координации трансплантационных процедур. Актуальность данного подхода подтверждается международными тенденциями развития трансплантационной медицины, где применение ИИ-систем демонстрирует перспективы для навигации в сложном взаимодействии множества переменных и улучшения пациентского ухода. Основные системные дефициты включают отсутствие цифрового реестра донорских роговиц, что обуславливает задержки распределения тканей между хирургическими центрами, низкую транспортную связность между банками тканей и периферийными медицинскими учреждениями, недостаточную интеграцию диагностических изображений с национальными электронными медицинскими системами, особенно в учреждениях первичного звена.

**Цель работы:** Исследование направлено на обоснование концептуальной модели цифровой трансформации ключевых звеньев трансплантационного цикла посредством интеграции информационных технологий, телемедицинских решений и алгоритмов искусственного интеллекта (ИИ).

**Материалы и методы исследования:** Предлагаемые цифровые решения базируются на разработке единой онлайн-платформы управления донорским материалом с функциональностью просмотра доступных трансплантатов в режиме реального времени, интеграцией с логистическими маршрутами и QR-идентификацией биологических тканей. Интероперабельная платформа обмена кератотопографическими данными должна обеспечивать совместимость с диагностическими системами Pentacam и CASIA II. Применение алгоритмов машинного обучения для прогнозирования отторжения трансплантата основывается на анализе параметров толщины роговицы, цитокиновых и морфологических маркеров. Автоматизированное формирование оптимальных маршрутов доставки тканей с системой уведомлений всех участников процесса через мобильные приложения и чат-боты составляет важный компонент предлагаемой архитектуры. Стратегия внедрения предусматривает реализацию пилотного проекта на базе Республиканского специализированного научно-практического центра микрохирургии глаза с последующим подключением региональных филиалов. Параллельно планируется проведение образовательных программ для медицинского персонала по цифровым методам диагностики и координации, а также разработка регламентов обработки медицинских данных с соблюдением принципов биоэтики и защиты персональной информации.

**Результаты исследования:** Цифровизация трансплантационной офтальмологии в Узбекистане позволит существенно повысить доступность кератопластических операций, улучшить клинические исходы, сократить время

ожидания пациентов и минимизировать риск отторжения через более точный подбор доноров и оптимизированный мониторинг послеоперационного периода.

**Заключение:** Разработка интеграционной платформы на стыке офтальмологии и искусственного интеллекта представляет стратегически важный шаг к построению устойчивой и справедливой системы роговичной трансплантации в республике, соответствующей современным мировым стандартам медицинской помощи.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ И СОСТОЯНИЕ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ**

*Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Джалилов А.А., Муминов Р.Т.  
Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии, г.Ташкент,  
Узбекистан*

Цель исследования: изучить роль состояния Виллизиева круга и показателей церебральной оксиметрии в выборе тактики лечения у больных с множественным атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий (БЦА).

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 144 больных с множественным атеросклеротическим поражением БЦА, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии. Причиной заболевания во всех случаях был атеросклероз. Из 144 больных, включенных в наше исследование 91 (63,2%) были мужского пола, 53 (36,8%) – женского пола.

Церебральная оксиметрия (ЦО) проводилась в 2 этапа: дооперационном периоде (в день поступления больного) с оценкой насыщения ГМ кислородом ( $rSO_2$ ) и системы коллатеральной компенсации, а также в послеоперационном периоде (на 1, 3 и 7- п/о сутки). До и в течение проведения пробы осуществляли мониторинг следующих показателей: насыщение ГМ кислородом ( $rSO_2$ ), АД (непрямой метод), частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), пульсоксиметрия ( $SpO_2$ ).

Результаты. Результаты исследований показали, что билатеральные поражения сонных артерий (СА) были выявлены в 54 (37,5%) случаях, одновременное поражения СА и позвоночных артерий (ПА) – у 36 (25,0%) больных. При инструментальных исследований также в 30 (20,8%) случаях было диагностировано сочетанные поражения БЦА с другими артериальными бассейнами.

При ДС БЦА, в 29 (20,1%) случаях выявлена окклюзия ипсилатеральной сонной артерии (ИСА), из них у 6 окклюзия ВСА носила сегментарный характер, а у 2 пациентов также имелась окклюзия контралатеральной сонной артерии (КСА). Средняя степень стенозирования ИСА составила  $76,5 \pm 5,2\%$ , а КСА –  $69,7 \pm 3,9\%$ . АСБ в 112 (77,8%) случаях были однородными эхопозитивными и представлены твердыми кальцинированными типами бляшек, всего лишь в 12 (8,3%) – поверхность бляшек была гладкой. Кроме того, у 4 (2,8%) пациентов выявлено гемодинамически значимое поражение устья подключичной артерии (ПКА), которые в 2 случаях сопровождалось со Стилл синдромом. Также, при ДС, в 76 (52,8%) случаях выявлены поражения ипсилатеральной (ИПА) и/или контралатеральной ПА (КПА). Средняя степень стенозирования ИПА составила  $32,3 \pm 7,5\%$ , а КПА –  $33,9 \pm 4,7\%$ .

При выполнении МСКТА, в 12 (8,3%) случаях выявлена отсутствие передней соединительной артерии (ПСА), а в 44 (30,6%) случаях – отсутствие одной и/или обеих задних соединительных артерий (ЗСА).

У исследуемых 144 пациентов выполнены 163 оперативных вмешательств – 19 больным оперативные вмешательства поэтапно выполнены с обеих сторон. Продолжительность пережатия ВСА составило от 13 до 44 минут, в среднем  $21 \pm 4,3$  минут.

В первые послеоперационные сутки не происходит изменений  $rSO_2$  как в оперированной стороне, так и в интактной. Вместе с тем отмечается снижение на 46% величины межполушарной асимметрии по сравнению с до операционными значениями. К третьему послеоперационному дню отмечено повышение на 11,5%  $rSO_2$  на стороне операции по сравнению с до операционными значениями ( $p=0,03$ ), в то время как насыщение гемоглобина кислородом крови коры ГМ в интактной сторон остается неизменным.

При анализе результатов ближайшего послеоперационного периода у 138 (95,8%) больных отмечено гладкое послеоперационное течение. Осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 6 пациентов (4,2%), летальных исходов не отмечалось. В ближайшем послеоперационном периоде у 4 (2,8%) больных развилось повторное ипсилатеральные ОНМК.

Клиническое выздоровление и улучшение после хирургического лечения отмечено у 78,9% больных, у 18,3% больных состояние оставалось без изменений. В этот период ухудшение отмечено у 4 больных. Следовательно, общие неврологические осложнения наблюдались в 2,8% (4 больных).

Выводы: 1. Метод ЦО в сочетании с нагрузочными пробами позволяет оценить толерантность ГМ к ишемии и прогнозировать величину снижения регионарной оксигенации крови кортикальных отделов ГМ во время каротидной реконструкции у больных с окклюзирующими поражениями БЦА.

2. Проведение компрессионной пробы (КП) у пациентов с замкнутым Виллизиевым кругом приводит к снижению  $rSO_2$  как на стороне пережатия СА, так и на противоположной стороне (в 2,5-3 раза меньшему). У пациентов с разомкнутым Виллизиевым кругом при значительном ( $>10\%$ ) снижении  $rSO_2$  на стороне компрессии, изменений  $rSO_2$  на контралатеральной стороне не наблюдается. Это дает возможность выявлять с помощью ЦО пациентов с разомкнутым Виллизиевым кругом.

## ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИЕЙ ОДНОЙ И СТЕНОЗОМ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

*Каримов Ш.И., Алиджанов Х.К., Юлбарисов А.А., Носиржонов Б.Т., Асроров И.И.  
Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии, г.Ташкент,  
Узбекистан*

**Цель исследования.** Определить наиболее эффективную тактику хирургического лечения пациентов с окклюзией одной и стенозом контралатеральной внутренней сонной артерии (ВСА) путём сравнения двух подходов к оперативному вмешательству.

**Материал и методы.** В исследование включены 100 пациентов с гемодинамически значимым стенозом ВСА ( $\geq 70\%$ ) и контралатеральной окклюзией ВСА. Средний возраст пациентов составил  $65,3 \pm 7,8$  лет, среди них 68 мужчин и 32 женщины. Все пациенты были рандомизированы в две группы по 50 человек: 1-группа ( $n=50$ ): первым этапом выполнялась пластика наружной сонной артерии (НСА) на стороне окклюзии ВСА, вторым этапом – каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ); 2-группа ( $n=50$ ): первым этапом проводилась КЭАЭ на стороне стеноза, затем – пластика НСА на стороне окклюзии. Второй этап оперативного вмешательства выполнялась в течении 2-6 месяцев после первой операции.

Критерии включения больных в данное исследование: гемодинамически значимый стеноз ВСА  $\geq 70\%$  и контралатеральная окклюзия ВСА, подтверждённая по данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) и МСКТ-ангиографии; отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, влияющих на прогноз. Критерии исключения: острый инсульт в анамнезе менее чем за 6 недель до операции; тяжёлые кардиоваскулярные заболевания с высоким операционным риском; прогрессирующая деменция.

**Результаты.** Анализ данных показал различия в гемодинамических показателях, частоте осложнений и отдаленных исходах в зависимости от выбранной тактики хирургического лечения.

1. Интраоперационные осложнения: при сравнении двух групп было выявлено, что в 1-группе частота интраоперационных эпизодов транзиторной ишемии мозга составила 8% ( $n=4$ ), тогда как во 2-группе – 14% ( $n=7$ ). Временная гипоперфузия в 1-группе встречалась реже (6% против 12%,  $p < 0,05$ ), что указывает на более стабильные показатели мозгового кровообращения за счёт улучшенной коллатеральной перфузии перед выполнением КЭАЭ. Гипертензивные реакции отмечены у 18% пациентов в 1-группе и 22% во 2-группе, однако статистически значимых различий выявлено не было.

2. Послеоперационные осложнения: оценка состояния пациентов в первые 30 дней после хирургического вмешательства показала, что инсульт (ишемический или геморрагический) развился у 4 пациентов (8%) в 1-группе и у 6 пациентов (12%) во 2-группе, разница не достигла статистической значимости ( $p=0,07$ ). Рестеноз реконструированной сонной артерии ( $>50\%$ ) в течение 30 дней в обеих группах не наблюдался. Коронарные осложнения (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) зарегистрированы у 4% пациентов в 1-группе и у 6% во 2-группе, без значимых различий. Раневые осложнения (гематомы) встречались с одинаковой частотой – по 2 случая в каждой группе (4%).

3. Динамика мозговой перфузии: транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) показало, что в 1-группе прирост средней скорости кровотока ( $V_m$ ) в средней мозговой артерии (СМА) через 24 часа после операции составил +23% от исходного уровня, тогда как во 2-группе – +18%. К 7 суткам послеоперационного периода эти показатели выравнивались (+27% в 1-группе, +25% во 2-группе). В группе с первичной КЭАЭ чаще наблюдалась кратковременная гипоперфузия в раннем послеоперационном периоде (12% против 6%).

4. Отдаленные результаты (через 6-12 месяцев): через 6-12 месяцев после операции пациенты проходили контрольное обследование, которое показало, что уровень рестеноза ( $>50\%$ ) составил 8% в первой группе ( $n=4$ ) и 4% во 2-группе ( $n=2$ ),  $p < 0,05$ , что свидетельствует о преимуществе первичной КЭАЭ в плане предотвращения повторного стеноза. Повторные ишемические события (транзиторные ишемические атаки, инсульт) зарегистрированы у 4% пациентов 1-группы и 6% 2-группы, различия незначительны. Улучшение когнитивных функций (по шкале MoCA) отмечалось у 32% пациентов 1-группы и 38% пациентов 2-группы, что подтверждает положительное влияние вмешательства на церебральную гемодинамику. Летальность в течение 12 месяцев составила 2% в 1-группе ( $n=1$ ) и 2% во 2-группе ( $n=1$ ), причиной в обоих случаях стали сердечно-сосудистые осложнения.

### **Выводы.**

1. Поэтапное выполнение операций с предварительной пластикой НСА способствует более стабильной мозговой перфузии в раннем послеоперационном периоде и снижает риск транзиторной интраоперационной ишемии.

2. Первичная КЭАЭ, напротив, обеспечивает меньший риск рестеноза в отдалённом периоде, что может быть преимуществом у пациентов с высокой склонностью к прогрессированию атеросклероза.

3. Общий уровень осложнений и летальности сопоставимы в обеих группах, однако окончательный выбор тактики должен зависеть от индивидуальных особенностей пациента: пациентам с выраженной гемодинамической недостаточностью (плохая коллатеральная сеть, низкие резервы ауторегуляции) предпочтительнее предварительная пластика НСА.

## ГЛУБОКАЯ ПЕРЕДНЯЯ ПОСЛОЙНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА ПРИ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ КЕРАТОКОНУСА: КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Каримова М.Х., Иномжоновна М.И.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
микрохирургии глаза, Ташкент, Узбекистан*

**Аннотация.** Кератоконус представляет собой прогрессирующую дегенеративную патологию роговицы, характеризующуюся истончением и коническим выпячиванием роговичной ткани, что приводит к значительному снижению зрительной функции. Глубокая передняя послойная кератопластика (DALK) появилась как альтернативный подход сквозной кератопластике (PK), позволяющий сохранить собственный эндотелий реципиента и десцеметову

мембрану (ДМ), что теоретически снижает риск отторжения и улучшает долгосрочный прогноз в отличие от РК.

**Цель работы:** провести комплексный анализ интраоперационных и послеоперационных результатов DALK при лечении поздних стадий кератоконуса с оценкой эффективности и безопасности данной методики.

**Материалы и методы исследования:** Проведён ретроспективный анализ 50 пациентов (50 глаз) в возрасте 18-67 лет с прогрессирующим КК, перенесших DALK в период 2022-2025 гг. Критерии включения: прогрессирующий КК поздних стадий, центральная толщина роговицы <400 мкм, наличие рубцов на зрительной оси, невозможность достижения коррекции зрения контактными линзами или очками. Критерии исключения: острый КК с разрывом ДМ, сопутствующие заболевания роговицы, активный воспалительный процесс переднего сегмента глаза, глаукома в стадии декомпенсации. Оценивались интраоперационные осложнения, максимально коррегированная острота зрения (МКОЗ), рефракционные параметры и топографические показатели до операции и через 1 неделю, 6 месяцев и 1 год после вмешательства. Использовалась «big bubble» technique DALK по методу Anwar. Было выполнена частичная трепанация роговицы реципиента диаметром 7,5-8,0 мм (донорский трансплантат на 0,25 мм больше ложа реципиента) на глубину 80-85% толщины роговицы с предварительной разметкой глубины 50-80 мкм под постоянным пахиметрическим контролем (CALLISTO, ZEISS), что позволяло избежать случайной перфорации ДМ и контролировать глубину трепанации в режиме реального времени.

**Результаты исследования:** Успешная диссекция была достигнута в 92% случаев, конверсия в РК потребовалась в 8% случаях. Интраоперационная перфорация ДМ 6%, ранний эпителиальный дефект 10%, складки ДМ 14%, синдром Урретса-Завалии 10%, передняя корковая катаракта 6% и субэпителиальный хейз 16%. Отмечено улучшение МКОЗ у 96%, у 4% МКОЗ осталась неизменной по сравнению с предоперационным уровнем. Через 1 год после операции у 92% МКОЗ  $\geq 0,5$ , SE  $-2,73 \pm 1,42D$ , Cyl  $-2,87 \pm 1,34D$ , а также у 40% пациентов астигматизм  $< -2,88D$ . Максимальная кератометрия (Kmax) до операции  $87,48 \pm 1,12 D$ , после операции  $54,52 \pm 1,38 D$ , снижение Kmax статистически значимое ( $p < 0,001$ ). Средняя кератометрия до операции  $57,62 \pm 14,38 D$ , после операции  $43,1 \pm 2,13 D$  ( $p < 0,001$ ). Топографическая кератометрия до операции  $50,1 \pm 3,93 D$ , после операции  $44,3 \pm 2,5 D$ , статистически значимое улучшение ( $p < 0,001$ ). Толщина ложа реципиента:  $44,57 \pm 8,4$  мкм. Сохранение прозрачности трансплантата к концу периода наблюдения наблюдалось у 100% случаев, признаки отторжения отсутствуют. Через 6 месяцев после операции повышение пространственной контрастной чувствительности на всех пространственных частотах, показатели достоверно не отличались от контрольных значений здоровых глаз. Анализ показал отсутствие статистически значимого влияния на послеоперационную МКОЗ.

**Заключение:** DALK является эффективным методом лечения поздних стадий кератоконуса с приемлемым профилем безопасности и хорошими функциональными результатами.

## ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ВЫСОКО- И НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

*Кенжаев Л.Р., Ураков Ш.Т., Туракулов М.Т.  
Бухарский филиал РНЦЭМП, г.Бухара Узбекистан.*

**Актуальность:** Исходя из анналов патологической физиологии, формированию кожного рубца, предшествует какое либо повреждение кожных покровов. При самом благоприятном течении раневого процесса, последний всегда проходит в условиях гипоксии тканей. При нормотрофическом заживлении формируется не выступающий над уровнем окружающей кожи рубец, незначительно отличающийся по цвету. Остается актуальным вопрос профилактики и прогнозирования послеожоговых, грубых послеоперационных рубцов и разработки новых методов их лечения.

**Цель исследования :** Целью настоящих исследований являлась разработать способ улучшения результатов лазерной деструкции рубца с моделированием процесса заживления под лоскутом ткани и оценить эффективность разработанного способа в хирургической лазерной коррекции гипертрофических рубцов кожи.

**Материал и методы:** В исследование было включено 84 пациента (средний возраст 14,4 года, диапазон 3-66) с гипертрофическими рубцами. Разделение по полу муж. 60,8%, жен. 39,2%. Минимальный срок начала лечения пациентов с рубцами составил 1 год, Средний возраст начала лечения пациентов с рубцами составил 14,5 лет. Средний размер рубца составил 207,19 см<sup>2</sup> (диапазон 18,00-1063,50 см<sup>2</sup>).

**Результаты :** Нами была исследована эффективность нового способа лазерной коррекции гипертрофических рубцов, которая заключалась в оставлении тонкого лоскута ткани с питающей ножкой полученной от поверхности рубца, лазерной поэтапной деструкции рубцовой ткани, укладывание лоскута на раневую поверхность и фиксация ее с использованием биологического клея, с последующим проведением ФДТ терапии и лазерного облучения для прекращения роста рубцовой ткани. Результаты проведенного нами исследования продемонстрировали, что использование лазера с длиной волны 10 600 нм способствует снижению воспалительной реакции и уменьшению тканевой перфузии, что в совокупности способствует ингибированию формирования патологических рубцовых изменений. Применение данного метода привело к достоверному уменьшению толщины рубца (почти на 30%) и выраженности воспаления в области гипертрофических рубцов ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Эволюция лазерного и хирургического лечения показала широкий спектр клинических и косметических применений. В рамках нашего исследования было установлено, что использование низкоинтенсивного лазера с длиной волны 980 нм не вызывает усиленного меланогенеза в области гипертрофических рубцов, и, следовательно, не провоцирует развитие гиперпигментации. Более того, интенсивность пигментации рубцовой ткани уменьшилась на 21,3%, что может свидетельствовать о способности лазера разрушать скопления меланина и способствовать снижению выраженности пигментации.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Косимов Ш.Х.<sup>1</sup>, Райимов Г.Н.<sup>2</sup>*

*1 - Ферганский филиал РНЦЭМП, Фергана, Узбекистан*

*2 - Central Asian Medical University, Фергана, Узбекистан*

Цель работы. Проанализировать эффективность комбинированного хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием ультразвуковой интраоперационной диагностики во время процедуры.

Материалы и методы. Для исследования было включено 76 человек с варикозной болезнью вен нижних конечностей класса C2-C5. В 51 пациенте варикозная болезнь определялась в бассейне ВПО, в 12 – в бассейне МПО, 5 пациентов имели варикозное поражение в бассейне МПО и ВПО, у 66% пациентов сафенных вен (ВПВ и/или МПО) был совмещен с варикозным расширением в бассейны несифенных вен и явлениями ретикулярного варикоза. В 31% пациентов варикозная болезнь мало осложнение в виде перенесенного варикотромбофлебита и флебита подкожных вен. В исследовании не участвовали пациенты с признаками острого тромбоза (давностью к 1 месяца). Период наблюдения продолжался 1.5 года для каждого пациента. Всем пациентам было проведено комбинированное хирургическое вмешательство – ЭВЛК и минифлебэктомия под контролем ультразвуковой доплерометрии, в комбинации со склеротерапией при показаниях.

Результаты исследования. За основу оценки результатов лечения имели наличие жалоб у пациентов, анализ клинической симптоматики сосудистым хирургом, наличие или отсутствие осложнений за период наблюдений, рецидив болезни за время наблюдения, анализ ультразвуковой оценки состояния вен врачом ультразвуковой диагностики. Ультразвуковая доплерометрия в обязательном порядке проводилась пациентам всех групп до хирургического лечения, ультразвуковая интра-операционная диагностика во время хирургической коррекции и контрольно в период 1–3 дня после оперативного вмешательства. Динамическое наблюдение (в том числе и ультразвуковая доплерография) проводилась всем пациентам через 1, 3, 6 и 12–18 месяцев после оперативного лечения.

Выводы. Таким образом, у большинства пациентов имеет место полное восстановление после проведенного оперативного лечения. Тщательный сбор анамнеза у больных данной группы и выполнение ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей позволило провести эффективное хирургическое лечение. Понимание специалистами возможностей УЗДГ вен нижних конечностей, а также соблюдения полного протокола исследования при ультразвуковой доплерографии и вен позволяет предоставлять подробную информацию с целью определения наиболее эффективной тактики лечения и осуществить профилактику осложнений заболевания.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ: ДАННЫЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

*Мардонов Ж.Н.<sup>1,2</sup>, Хамдамов О.К.<sup>2,3</sup>, Садиқов Р.А.<sup>1,2</sup>*

*1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», г. Ташкент, Республика Узбекистан*

*2 - Ташкентский Государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

*3 - Навоийский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г.Навои. Республика Узбекистан*

Введение. Морфологическая оценка ишемических повреждений кишечной стенки при ущемлённых грыжах играет ключевую роль в определении сроков и объёма хирургического вмешательства. При прогрессирующей ишемии развивается нарушение архитектоники слизистой оболочки, отёк подслизистого слоя, инфильтрация нейтрофилами, тромбоз микрососудов и деструкция мышечного слоя. Экспериментальное моделирование таких состояний позволяет установить закономерности морфологических изменений в зависимости от времени ущемления и стадии разрешения процесса, а также определить критические временные точки для вмешательства.

**Цель.** Оценить стадии и характер морфологических изменений кишечной стенки при моделировании ущемлённой грыжи в различные сроки ишемии.

**Материалы и методы.** Экспериментальные исследования проведены на базе отделения экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В. Вахидова». В исследование включено 84 крысы. У животных моделировали ущемление толстой кишки сроком на 1, 2, 3 и 4 суток, с последующим разущемлением. Проводилась оценка макро- и микроскопических изменений кишечной стенки. Использованы гистологические методы с окраской гематоксилин-эозином и по Ван Гизону. Морфометрические параметры определялись в программе ImageJ: толщина подслизистого слоя, плотность соединительной ткани, диаметр сосудов, наличие некроза, инфильтрации, деструкции крипт.

**Результаты.** На 1 сутки ишемии наблюдались умеренный отёк и застой крови. При 2-дневном ущемлении — выраженный отёк, расширение сосудов, застой, инфильтрация. На 3 сутки формировались признаки деструкции слизистой и крипт, тромбоз сосудов, начало фиброзных изменений. При 4-дневной ишемии наблюдались некроз, разрушение мышечного слоя, резкий отёк, инфильтрация нейтрофилами. Морфометрически: толщина подслизистого слоя снижалась до  $30.7 \pm 2.3$  мкм; диаметр сосудов уменьшался, процент соединительной ткани увеличивался до 45%. Степень повреждений коррелировала с длительностью ишемии. Оптимальным сроком вмешательства оказались 3 сутки, когда изменения ещё обратимы.

**Выводы.** Морфологические изменения при ущемлённой грыже кишечника нарастают по мере увеличения сроков ишемии. Наиболее выраженные и обратимые изменения наблюдаются на 3 сутки. Поздние сроки (4 сутки)

характеризуются необратимыми разрушениями. Морфологический анализ позволяет объективизировать степень поражения и определить оптимальные временные рамки для хирургической коррекции.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА В АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Махмудов Т.Б., Абдуллаев С.А.*

*Самаркандский государственный медицинский университет,  
Узбекистан, Самарканд.*

Процент встречаемости осложнений сахарного диабета в развитых странах колеблется в пределах 5-6%. Такие осложнения как присоединение хирургической инфекции. Присоединение хирургической инфекции у больных сахарным диабетом встречается в 30-40% случаев от общего числа хирургических больных. Такие осложнения как гангрена стопы и пальцев нижних конечностей наблюдается в 17 раз чаще у больных сахарным диабетом. На современном этапе развития медицины хирургическому лечению синдрома диабетической стопы (СДС) и ее осложнений предается большое значение эндоваскулярному методу восстановления кровотока в сосудах нижних конечностей, которая предшествует открытым хирургическим методам.

Цель исследования: Оценить эффективности использования эндоваскулярной баллонной дилатации сосудов в лечении гнойно-некротических осложнений при синдроме диабетической стопы.

Материалы и методы исследования:

За период с 2021-2024 года на клинической базе Самаркандского государственного медицинского университета пролечен 61 больной с нейроишемической и ишемической формами синдрома диабетической стопы. Мужчины составляли 37(60,6%) и женщины – 24(39,4%). Средний возраст больных составлял 57,2 + 4,5 лет. Стаж заболевания диабетом у пациентов варьировал от 8 до 22 лет. У всех больных был диагностирован 2 тип сахарного диабета. Всем пациентам на первом этапе производилось эндоваскулярное лечение.

Все пациенты проходили стандартное лабораторно-инструментальное исследование: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, количество сахара крови, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ сердца, дуплексное исследование артерии нижних конечностей с измерением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) до и после реканализации, рентгенография стопы в 2-х проекциях, МСКТ-ангиография сосудов нижних конечностей.

На втором этапе оперативное лечение заключалось в хирургической обработке язвенно-некротических дефектов, а этапность зависела от степени вовлечения местных тканей в раневую процесс и наличия признаков воспаления.

Из 61 больного у 59 был применен доступ через бедренную артерию и у 2 пациентов применён задний большеберцовый артериальный доступ, в связи с наличием высокой окклюзии проксимального отдела поверхностной бедренной артерии.

Результаты исследования:

К сожалению, мы должны констатировать, что в основном больные поступают в клинику на поздних стадиях заболевания с осложнениями СДС.

Главной целью лечения гнойно-некротических осложнений СДС, является сохранение конечности. Учитывая этих данных в последние годы широко применяется эндоваскулярный подход к реваскуляризации артерий нижних конечностей, которая восстанавливает артериальный кровоток в зоне трофических нарушений.

В зависимости от локализации атеросклеротического поражения выбирались методы реваскуляризации артерии нижних конечностей. Если до внедрения эндоваскулярного подхода, объем хирургических вмешательств определялся практически в слепую, то после внедрения данного метода и применяя его на первом этапе хирургического лечения, хирург получил возможность определять зону поражения и выбирать оптимальный метод хирургического решения данной проблемы. Применение эндоваскулярного подхода к реканализации артерий уменьшил уровень проксимальной ампутации до 9-10%.

Заключение. Применение эндоваскулярного метода реканализации артерий нижних конечностей на первом этапе лечения СДС, значительно снижает количество высоких ампутации нижних конечностей.

## **MUDDATDAN OLDIN CHALA TUG‘ILIB TUG‘MA PNEVMONIYANIDAN VAFOT ETGAN CHAQALOQLARDA BUYRAK USTI BEZIDA KUZATILADIGAN MORFOLOGIK O‘ZGARISHLAR.**

*Pirmatov S.V., Jumanov Z.E.*

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O‘zbekiston, Samarqand*

**Tadqiqot maqsadi.** Muddatdan oldin chala tug‘ilgan chaqaloqlarda tug‘ma pnevmoniyaning dastlabki belgilarini aniqlash uchun onalarning yo‘ldoshi va chaqaloqlarning buyrak usti bezidagi morfologik o‘zgarishlarni o‘rganish.

**Material va usullar.** Og‘ir nafas yetishmovchiligi tufayli vafot etgan muddatdan oldin tug‘ilgan 29 nafar yangi tug‘ilgan chaqaloqning jasadlari patologoanatomik tekshiruv materiallari va bayonnomalari tahlili o‘tkazildi. Ushbu vafot etgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning o‘rtacha homiladorlik muddati 29,4±2,7 haftani tashkil etadi. Patologoanatomik tekshiruv davomida muddat oldin tug‘ilib vafot etgan chaqaloqlarning buyrak usti bezi to‘qimasining makroskopik va mikroskopik tahlili o‘tkazildi.

**Tadqiqot natijalari.** Buyrak usti bezi organizmdagi stress javoblarini boshqarishda markaziy rol o‘ynaydigan muhim endokrin a‘zodir. U ikki asosiy qismdan iborat. Po‘stloq qavati (korteks): Glyukokortikoidlar (kortizol), mineralokortikoidlar (aldosteron) va androgenlar ishlab chiqaradi. Bu gormonlar metabolizm, immun javob va suv-tuz muvozanatini tartibga soladi. Mag‘iz qavati (medulla): Katexolaminlar (adrenalin, noradrenalin) ishlab chiqaradi, ular «jangovar yoki qochuvchanlik» reaksiyasi uchun javobgardir. Homila va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda BUBning anatomiyasi va funksiyasi kattalarnikidan

farq qiladi, xususan, po'stloq moddani «fetal zona»si mavjudligi bilan ajralib turadi. Bu zona tug'ilgandan so'ng regressiyaga uchraydi. Buyrak usti bezi to'qimalaridan tayyorlangan gistologik preparatlarda o'tkazilgan mikroskopik tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki. BUB to'qimalarida qon aylanishining yomonlashuvi, kapillyarlarda mikrotromblar shakllanishi kuzatildi. Og'ir holatlarda BUB tuzilmalarida kichik va kata hajmli qon quyilishlar kuzatildi bu holat BUB yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Bunday qon quyilishlar ko'pincha stress, gipoksiya va sepsis bilan bog'liq bo'ladi. Buyrak usti sekretor hujayralarida. Distrofik o'zgarishlar yog'li va oqsilli distrofiya kuzatildi. Nekroz O'g'ir gipoksiya yoki septik shok natijasida hujayralarning o'limi (ayniqsa, fetal zonada).

**Xulosa** Homila ichi pnevmoniyasi bilan tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak usti bezidagi patomorfologik o'zgarishlar muhim klinik ahamiyatga ega bo'lib, turli darajadagi funksional buzilishlarga olib kelishi mumkin. Bu o'zgarishlarning erta tashxisi, adekvat monitoring va o'z vaqtida davolash chaqaloqlarning hayot sifatini yaxshilash va o'lim darajasini kamaytirish uchun juda muhimdir. Ushbu sohadagi keyingi ilmiy tadqiqotlar yangi diagnostik va terapevtik strategiyalarni ishlab chiqishga xizmat qiladi.

## HOMILA ICHI PNEVMONIYASI BILAN TUG'ULGAN CHAQALOQLARDA BUYRAK USTI BEZIDAGI PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLAR

*Pirmatov S.V., Jumanov.Z.E.*

*Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston, Samarqand*

**Tadqiqotning maqsadi:** Homila ichi pnevmoniyasi bilan kasallanib vafot etgan chaqaloqlar buyrak usti bezi tuzilmalaridagi patomorfologik uzgarishlarni tahlil qilish.

**Tadqiqotning material va usullari.** Homila ichi pnevmoniyasi bilan erta tug'ilib vafot etgan chaqaloqlar buyrak usti bezi po'stloq qavati tuzilmalarining patomorfologik o'zgarishlarining o'ziga xos jixatlarini o'rganish maqsadida 15 nafar 32 haftalikda tug'ilib vafot etgan chaqaloqlar buyrak usti bezi po'stloq qavati tuzilmalari mikroskopik tekshiruvdan o'tkazilgan bo'lib shulardan 10 nafari o'g'il jinsiga mansub (66%) 5 nafari qiz jinsiga mansub (34%). Gistologik tekshiruv uchun olingan to'qima bo'laklari 10% li neytral formalinda fiksatsiya qilindi, spirtli batareya orqali o'tkazildi, parafinli bloklar tayyorlandi. Tayyorlangan gistologik qir-qimlar gematoksilin eozin va Van-Gizon usuli bo'yicha bo'yaldi.

**Natijalar va muhokamalar.** 32 haftalik muddatda tug'ilib Homila ichi pnevmoniyasidan vafot etgan 15 nafar bo'lib shulardan 5 nafari qiz jinsiga mansub. Vafot etgan chaqaloqlar buyrak usti bezlari massasi organizmdagi yallig'lanish jarayoni tufayli bez massasining normadan gipertrofiyalinishi oqibatida ortishi kuzatildi. Buyrak usti bezi konsistensiyasi o'limdan keying davrda turli xil o'zgarishlarning kechishi bilan xarakterlanadi, buyrak usti bezidan tayyorlangan gistologik preparatlarda ko'ptokcha va dastali qismlarda sekretor bez hujaralari oraliqlarida shishlar pervaskular soxalarda qon quyilishlar bez qavatlariga chegarasi yo'qolib ketganligi keng maydonli nekroz o'choqlari kuzatilishi parenxematoz oqsil distrofiyasi bez hujayralarida kuzatildi.

**Xulosa.** Kuzatilgan o'zgarishlar shuni ko'rsatdiki homila ichi pnevmoniyasi bilan tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak usti bezi tuzilmalarida kechli destruktiv va distrofik, nekrotik o'zgarishlar bilan kechishi kuzatildi. Ushbu holatlarning oldini olish uchun kasallikni erta bosqichlarda diagnostika qilish va davolash ishlarini olib borish lozim.

## ASPECTS OF PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE ADRENAL GLAND RELATED TO INTRAUTERINE PNEUMONIA

*Pirmatov S.V., Jumanov Z.E.*

*Samarkand State Medical University, Uzbekistan Samarkand*

**Research objective.** Prematurely chala is a companion of onalop to detect the first signs of congenital pneumonia in babies born and a study of morphological outbreaks in the adrenal gland of the baby.

**Material and methods.** The bodies of 29 preterm neonates who died due to severe respiratory failure were subjected to pathologic-anatomic examination materials and minutes analysis. The average gestation period for this deceased newborn is 29.4±2.7 weeks. During the pathologic-anatomic examination, a macroscopic and microscopic analysis of the adrenal tissue of babies born and died before the deadline was carried out.

**Research results.** The adrenal gland is an important endocrine organ that plays a central role in regulating stress responses in the body. It consists of two main parts. Bark layer (cortex): produces glucocorticoids (cortisol), mineralocorticoids (aldosterone) and androgens. These hormones regulate metabolism, immune response, and water-salt balance. Bladder (medulla): produces catecholamines (adrenaline, norepinephrine), which are responsible for the "combative or evasive" reaction. The anatomy and function of the bub in fetuses and newborns differ from that of adults, in particular, it is characterized by the presence of a "fetal zone" of a scaly substance. This zone undergoes regression after birth. Microscopic examinations in a histological preparation made from adrenal tissue showed that. There was a deterioration in blood circulation in the BUB tissue, the formation of microthrombs in the capillaries. In severe cases, small and kata volume blood clots were observed in BUB structures-a condition that can lead to BUB deficiency. Such blood transfusions are often associated with stress, hypoxia, and sepsis. In adrenal secretory cells. Dystrophic changes were observed in fatty and protein dystrophy. Necrosis is the death of cells (especially in the fetal zone) as a result of fertiliser hypoxia or septic shock.

**Conclusion** pathomorphological changes in the adrenal gland in babies born with intrauterine pneumonia are of important clinical importance and can lead to various levels of functional impairment. Early diagnosis, adequate monitoring and timely treatment of these changes are essential to improve the quality of life of babies and reduce the mortality rate. Further scientific research in this area will serve to develop new diagnostic and therapeutic strategies.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МОШОНКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

*Рахимов Ф.Ф., Рашидов З.Р.*

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования** улучшить результаты лечения больных доброкачественной гиперплазией простаты с использованием эмболизации артерий простаты и оценить состояние иммунной системы в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** В основу настоящего исследования легли результаты лечения и комплексных клиничко-лабораторных исследований 43 пациентов с острым орхоэпидидимитом за период с 2022 по 2023 гг. Критериями включения в исследование стали: возраст пациентов с острым эпидидимоорхитом от 18 до 85 лет; наличие протокола информированного согласия на участие в исследовании. Средний возраст больных составил  $49,4 \pm 3,4$  года.

В зависимости от метода проводимого лечения пациенты были разделены на две группы. В обеих группах больным было проведено хирургическое лечение. Основную группу составили 13 пациентов. В основной группе в 8(61,5%) наблюдениях выполнена эпидидимотомия и в 5 (38,5%) наблюдениях – эпидидимэктомия с интраоперационной ФДТ с 0,05% раствора метилен синий в количестве 20-30 мл. Контрольную группу составили 30 пациентов, которым проводили хирургическое лечение без ФДТ. В контрольной группе также в 17(56,7%) наблюдениях была произведена эпидидимотомия и у 13 (43,3%) - эпидидимэктомия.

**Результаты и их обсуждение** В основной группе пациентов использование фотодинамической терапии (ФДТ) в составе комплексного лечения воспалительных заболеваний мошонки способствовало более быстрому снижению признаков воспаления в области раны и проявлений общей интоксикации. У пациентов сохранялось повышение температуры тела в среднем до 1–2 суток, после чего происходила нормализация — в среднем через  $1,9 \pm 0,2$  дня. Уже на следующие сутки после ФДТ отмечалось уменьшение отделяемого из раны, которое становилось серьезным и скудным. Ускорение очищения очага воспаления у пациентов основной группы происходило к 2–3 суткам (в среднем через  $2,7 \pm 0,3$  дня), что достоверно быстрее по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Применение ФДТ позволило значительно сократить продолжительность стационарного лечения и общую длительность терапии — в среднем на 26,8%. Также у большинства пациентов основной группы курс антибактериальной терапии был короче и не требовал замены препаратов или назначения дорогостоящих антибиотиков резерва.

**Выводы.** Фотодинамическая терапия, применяемая в комплексном лечении воспалительных заболеваний органов мошонки, демонстрирует высокую клиническую эффективность. Её использование позволяет ускорить купирование воспалительного процесса, сократить сроки госпитализации и общее время лечения пациентов более чем на четверть.

## ГИПОТЕРМИЯ КАК ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ФАКТОР ПРИ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ

*Садиков Р.А.<sup>1,2</sup>, Хамдамов О.К.<sup>2,3</sup>, Мардонов Ж.Н.<sup>1,2</sup>*

*1 - ГУ «Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», г. Ташкент, Республика Узбекистан*

*2 - Ташкентский Государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

*3 - Навоийский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г.Навои. Республика Узбекистан*

**Введение.** Ишемические повреждения кишечника при ущемлённых грыжах остаются одной из ключевых проблем неотложной хирургии. От своевременности восстановления кровотока зависит жизнеспособность тканей, риск некроза, перфорации и последующего перитонита. В этой связи возрастает интерес к методам органосохранения, включая гипотермию, как способу снижения метаболической активности тканей, уменьшения повреждений и активации репаративных процессов. Гипотермия может стабилизировать микроциркуляцию и ограничить развитие воспаления, что делает её перспективной для клинического применения при острых абдоминальных патологиях.

**Цель.** Оценить влияние локальной гипотермии на выраженность ишемических и воспалительных изменений в кишечной стенке при экспериментальном ущемлении кишки.

**Материалы и методы.** Экспериментальные исследования проведены на базе отделения экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В. Вахидова». Эксперимент выполнен на 84 крысах. В основной группе применяли локальную гипотермию ( $15\text{--}17^\circ\text{C}$ ) в течение 30 минут после разущемления кишечника. Контрольная группа получала стандартное ведение. Оценивали морфологические (гистология, морфометрия) и лабораторные показатели (ЛДГ, IL-6, DAO) в сроки 1, 3, 7 и 14 суток. Проводилась сравнительная оценка степени некроза, толщины подслизистого слоя, выраженности отёка, инфильтрации и восстановления слизистой оболочки. Лабораторные данные сопоставлялись с морфологическими изменениями.

**Результаты.** У животных, получавших гипотермию, морфологические признаки ишемии были выражены в меньшей степени. На 3 сутки толщина подслизистого слоя была на 27% больше, уровень ЛДГ — на 25% ниже, IL-6 — на 30% ниже по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ). К 7 суткам в гипотермической группе отмечались признаки активной регенерации, DAO увеличивался в 1,5 раза быстрее. Уменьшалась воспалительная инфильтрация и частота некротических изменений. Морфометрия подтвердила статистически значимые различия между группами ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Применение локальной гипотермии после разущемления ущемлённой кишки способствует

снижению ишемических и воспалительных повреждений, улучшает микроциркуляцию и ускоряет репарацию. Метод может быть рекомендован в хирургической практике как эффективный способ органосохранения при лечении ущемлённых грыж.

## НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

*Садыков Р.Р., Садыков Р.А., Кобилов С.С., Мухамедова М.Р., Жураева К.Б.*

*Ташкентский медицинский университет,*

*RS laser clinic,*

*РСЦХ им акад. Вахидова*

В настоящее время золотым стандартом лечения артериовенозных мальформаций (Капиллярные, венозные, артериальные, смешанные) являются различные типы лазеров, в основном импульсный красный лазер (PDL) и NdYag в комбинации с медикаментозной терапией. Лазерные методы лечения часто требуют нескольких сеансов лечения, и полное излечение достигается редко. Неоангиогенез, или образование новых кровеносных сосудов, может возникнуть вскоре после лечения и, как полагают, является важным фактором, способствующим неэффективности лечения. В результате, вспомогательные антиангиогенные местные терапии могут повысить эффективность лазерного лечения артерио-венозных мальформаций.

**Материалы и методы**

В данном исследовании были измерены спектры рассеянного отражения в УФ-диапазоне от нормальной кожи и пораженного участка. Мы получили разницу в интенсивности поглощения при 575 нм, что соответствует пику поглощения оксигемоглобина крови для нормальной кожи и гемангиомы. В зависимости от васкуляризации тканей и капиллярной структуры кожи мы выбрали параметры лазера. После лечения мы два раза в день наносили 1% мазь сиролimus. Для калибровки измерений после использования импульсного красного лазера (PDL при 585 нм) реакция пациентов на лечение оценивалась специалистом как «хорошая (>50%)», «умеренная (25–50%)» и «плохая (0–25%)». Наконец, пациенты были классифицированы на основе энергии лазера для достижения наилучшего ответа на лечение, чтобы предложить рекомендуемые параметры лазера.

**Результаты**

Было выявлено 1835 исследований, шесть из которых соответствовали критериям включения. В этих исследованиях участвовало в общей сложности 103 пациента, размер выборки варьировался от 9 до 23 пациентов, а период наблюдения — от 8 до 36 недель. Средний возраст участников составлял от 11 до 33,5 лет.

В трех исследованиях изучалось применение сиролимуса в качестве адьювантного местного препарата (n = 52), в двух — тимолола (n = 29) и в одном — имиквимода (n = 22) в сочетании с лазерным лечением. Среди исследований сиролимуса два из трех не показали улучшения внешнего вида мальформаций по результатам колориметрического анализа. Однако одно из этих исследований продемонстрировало значительное улучшение по шкале Investigator Global Assessment (IGA), а третье исследование сиролимуса продемонстрировало значительное улучшение по результатам оценки цифровых фотографий (DPIA).

Исследования, в которых изучался местный тимолол, не выявили значительных изменений в внешнем виде мальформаций по сравнению с плацебо. Напротив, исследование с использованием 5% крема с адьювантом имиквимодом показало значительное улучшение. Нежелательные явления, связанные с имиквимодом и сиролимусом, были легкими и кожными, в то время как тимолол не вызывал побочных эффектов. Ни одно из этих нежелательных явлений не привело к прекращению лечения. Качество исследований было оценено как умеренное в трех случаях, высокое в двух и низкое в одном.

**Заключение**

Эффективность адьювантной местной терапии в сочетании с PDL для лечения мальформаций остается неясной. Ограничения проанализированных исследований включали различия в концентрации и продолжительности адьювантной терапии, различия в сроках наблюдения и несогласованность в отчетности о результатах.

## ТРАМЕНИНИБ В КАЧЕСТВЕ ЦЕЛЕВОЙ ТЕРАПИИ СЛОЖНЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ 20 ПАЦИЕНТОВ

*Садыков Р.Р., Садыков Р.А., Кобилов С.С., Мухамедова М.Р., Жураева К.Б.*

*Ташкентский медицинский университет,*

*RS laser clinic,*

*РСЦХ им акад. Вахидова*

**Введение.** Сосудистые мальформации, особенно венозные и артериовенозные подтипы, представляют собой серьезную терапевтическую проблему, особенно у детей и подростков. Недавние исследования показывают, что ингибирование пути MAPK может открыть новые возможности для лечения. Траметиниб (Mekinist), ингибитор MEK1/2, показал многообещающие результаты при нецелевом применении для лечения аномалий, связанных с RAS/MAPK. Цель данного исследования — оценить безопасность и эффективность траметиниба у пациентов со сложными сосудистыми мальформациями.

**Материал и методы:** Мы провели проспективное наблюдательное исследование 20 пациентов (возраст от 1 месяца до 22 лет) с диагнозом венозных (VM) или артериовенозных мальформаций (AVM). Все пациенты получали пероральный траметиниб в дозах, скорректированных с учетом возраста и веса, в течение 3 месяцев. Клиническая оценка, ультразвуковое исследование и МРТ проводились в начале исследования и после лечения. Реакция на лечение оценивалась на основе облегчения симптомов, результатов рентгенологического исследования и мониторинга побочных эффектов.

**Результаты:** В анализ было включено 20 пациентов со средним возрастом  $7,3 \pm 6,1$  года (диапазон: от 1 месяца до 22 лет). В когорте было 12 пациентов (60 %) с венозными мальформациями (VM) и 8 пациентов (40

%) с артериовенозными мальформациями (АВМ). Распределение по полу: 11 мужчин (55 %) и 9 женщин (45 %). Общая объективная частота ответа (ОЧО) составила 80% (n=16), что определялось как уменьшение размера очага на  $\geq 30\%$  по объему на УЗИ или МРТ. Среди пациентов с ВМ частота ответа составила 91,7% (11/12), тогда как у пациентов с АВМ частота ответа составила 62,5% (5/8). Среднее уменьшение объема очага (измеренное с помощью ультразвукового исследования) составило  $38,2\% \pm 12,6\%$  через 12 недель по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,01$ ). Облегчение симптомов: 95% (n=19) пациентов сообщили о значительном улучшении симптомов (боль, отек, кровотечение). Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки боли (0–10) снизилась с исходного среднего значения  $6,4 \pm 2,1$  до  $1,7 \pm 1,2$  на 12-й неделе ( $p < 0,001$ ). Качество жизни, оцененное с помощью модифицированной шкалы PedsQL у педиатрических пациентов (n = 14), улучшилось в среднем на 41 %. Рентгенологическая и ультразвуковая оценка: 85 % (n = 17) пациентов продемонстрировали рентгенологическое улучшение (уменьшение контрастирования, снижение сигналов кровотока). Объемный анализ МРТ показал уменьшение размера очага у 14 из 17 пациентов, поддающихся оценке (82,4 %). Допплеровское ультразвуковое исследование выявило снижение пиковой систолической скорости и сосудистого кровотока у 13 пациентов (76,5 %).

Нежелательные явления: Оральная экзема была зарегистрирована у 3 пациентов (15%), все степени 1 (легкая, не прогрессирующая). Не было зарегистрировано токсичности 2-й степени и выше, гематологических нарушений, желудочно-кишечных жалоб или прекращения лечения. Показатель соблюдения режима лечения составил 100%, все пациенты завершили 12-недельный курс лечения. Был проведен сравнительный анализ пациентов с венозными мальформациями (VM; n = 12) и пациентов с артериовенозными мальформациями (AVM; n= 8) для оценки различий в реакции на терапию траметинибом. Частота объективного ответа была заметно выше в группе VM — 91,7 % (11 из 12 пациентов) по сравнению с 62,5 % (5 из 8 пациентов) в группе AVM. Среднее уменьшение объема поражения, оцененное с помощью ультразвукового исследования, было больше в подгруппе VM ( $41,5\% \pm 10,2\%$ ), чем в группе AVM ( $33,2\% \pm 14,1\%$ ). Рентгенологическое улучшение, определяемое как уменьшение контрастирования поражения и сосудистого кровотока на МРТ или доплеровском ультразвуковом исследовании, наблюдалось у 91,6% пациентов с VM и 75,0% пациентов с AVM. Облегчение симптомов было отмечено у всех пациентов с VM (100%) и у 87,5% (7 из 8) пациентов с AVM. Эти результаты свидетельствуют о том, что траметиниб демонстрирует более высокую эффективность у пациентов с венозными мальформациями, хотя клинически значимое улучшение было также отмечено у большинства пациентов с артериовенозными поражениями.

**Выводы.** Краткосрочная терапия траметинибом представляется эффективным и хорошо переносимым вариантом лечения венозных и артериовенозных мальформаций у пациентов широкого возрастного спектра. Эти результаты подтверждают целесообразность проведения дальнейших проспективных исследований для подтверждения долгосрочных результатов и уточнения стратегий дозирования у этой уязвимой группы пациентов.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

*Саттаров И.С., Матмуротов К.Ж., Атажонов Т.Ш.*

*Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан, Ташкент*

**Цель:** улучшение результатов лечения раневых дефектов при синдроме диабетической стопы за счет дифференцированного подхода операций на стопе.

### **Материалы и методы:**

В данном исследовании проанализированы результаты хирургического лечения 52 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2023-2024 гг., которым реконструктивно-пластические операции на стопе выполнялись усовершенствованной техникой (в зависимости от локализации раневого дефекта и пораженной части стопы).

Все пациенты перед госпитализацией прошли тщательное обследование при этом у 20 (37,7%) больных выявлены поражения периферических артерий различной степени. Детальное изучение показало, что при нейроишемической форме артериального поражения нижних конечностей имелось у всех 14 (70%) пациентов, при нейропатической – лишь у 6 (30%) из 20 больных.

Анализ полученных данных показал, что более половины операций 34 (66,0%) было проведено на средней части стопы. Реже выполнялись реконструктивные операции в пяточной области (задняя часть) – у 7 (13,2%). По поводу раневого дефекта или гнойно-некротического поражения дистальной части с поражением плюсневых костей хирургические вмешательства произведены в 11 (20,8%) случаях.

### **Результаты:**

Адекватно выбранная стратегия и дифференцированный способ реконструктивно-пластических операций стопы у пациентов раневыми дефектами в зависимости от пораженной анатомической структуры стопы основной группы отличалась высокой эффективностью. Среди больных основной группы первичное заживление послеоперационной раны имело место у 48 (90,6%). У 4 (7,5%) пациентов в послеоперационном периоде развились поверхностное нагноение и воспаление в области раны. Даже при глубоком нагноении при условии, что оно локально и ограничено, а окружающие ткани кровоснабжаются удовлетворительно, можно рассчитывать на успех и добиться заживления раны только местной консервативной терапией.

С помощью адекватно выбранного дифференцированного хирургического способа у пациентов основной группы нам удалось повысить частоту сохранности стопы. Функциональная сохранность стопы при нейроишемической форме синдроме диабетической стопы составила 85,7%, при нейропатической – 92,3%. Опорно-двигательная сохранность при нейропатической форме синдроме диабетической стопы была на 2,0% выше, чем при нейроишемической.

### **Выводы:**

Ближайшие результаты (до 3 мес.) в группе сравнения (n=62) показали, что традиционный подход к реконструктивно-пластическим операциям у пациентов с синдромом диабетической стопы в 70,9% случаев ( $p > 0,05$ ) приводит к первичному заживлению послеоперационной раны. Гнойные осложнения в послеоперационном периоде

встречались у 8,1% ( $p>0,05$ ). Появление в ближайшие сроки нейротрофических язв на оперированной стопе отмечалось в 21,0% случаев ( $p>0,05$ ). При нейропатической форме синдрома диабетической стопы нейротрофические изменения встречались чаще, чем при нейроишемической – соответственно в 84,6 и 15,4%.

## ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Тилляшайхов М.Н. Хаккулов Э.Б. Алимов Ж.У.*

- 1 - Республиканского научно-практического центра онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, Ташкент*
- 2 - Ташкентская городская многопрофильная больница, Республика Узбекистан, Ташкент*
- 3 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, Ташкент*

**Введение:** Рост заболеваемости в развивающихся странах связан как с увеличением продолжительности жизни, так и с улучшением доступа к медицинской помощи. Подъем заболеваемости также обусловлен вестернизацией образа жизни, включая ожирение, сидячий образ жизни и диетические факторы.

Курение сигарет и его активное, а также пассивное воздействие исследованы как потенциально канцерогенные факторы для развития рака простаты. У курящих мужчин обычно отмечается повышенный уровень половых гормонов, что может увеличить риск развития рака простаты.

Отмечено, что функциональные изменения в генах, ответственных за метаболизм веществ сигаретного дыма, также могут играть роль в возникновении и прогрессировании рака.

**Цель работы:** Улучшить образа жизни у пациентов, страдающих синдромом гиперактивного мочевого пузыря при раке предстательной железы.

**Материалы и методы исследования:** Материал для исследования был собран в рамках клинического исследования в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Самаркандского филиала Самаркандского Областного Межрегионального Хосписа с 2020 по 2024 г.г.

**Результаты исследований:** Мы провели сопоставительный анализ основных характеристик пациентов и параметров опухоли рака простаты у пациентов, страдающих синдромом гиперактивного мочевого пузыря.

В отношении индекса массы тела, распределение участников следующее: Индекс массы тела менее 18,5: 6 (9,2%) в основной группе, 4 (7,2%) в контрольной группе, и 3 (10,0%) в группе андрогенная депривационная терапия без терапии синдрома гиперактивности мочевого пузыря.

Индекс массы тела от 18,5 до 24,9: 36 (55,4%) в основной группе, 30 (54,5%) в контрольной группе, и 16 (53,3%) в группе андрогенная депривационная терапия без терапии синдрома гиперактивности мочевого пузыря.

Индекс массы тела от 25 до 29,9: 18 (27,7%) в основной группе, 12 (21,8%) в контрольной группе, и 7 (23,3%) в группе андрогенная депривационная терапия без терапии синдрома гиперактивности мочевого пузыря.

Индекс массы тела более 30: 5 (7,7%) в основной группе, 9 (16,4%) в контрольной группе, и 4 (13,3%) в группе андрогенная депривационная терапия без терапии синдрома гиперактивности мочевого пузыря. Исходя из приведенных данных, различия по Индекс массы тела между группами также не являются статистически значимыми ( $p>0,05$ ).

Индекс массы тела исследовался в четырех категориях: меньше 18,5; от 18,5 до 24,9; от 25 до 29,9; и более 30, причем распределение участников по этим категориям не показало статистически значимых различий, опять же подтверждая однородность групп.

Что касается образа жизни, включая малоподвижный образ жизни, курение и употребление алкоголя, распределение следующее:

Малоподвижный образ жизни: да - в 45 (69,2%) случаев в основной группе, 37 (67,2%) - в контрольной группе, и 18 (60%) - в группе андрогенная депривационная терапия без терапии синдрома гиперактивности мочевого пузыря.

Курение: не курили - 40 (61,5%) в основной группе, 35 (63,6%) в контрольной группе, и 19 (63,3%) в группе андрогенная депривационная терапия без терапии синдрома гиперактивности мочевого пузыря. Бывшие курильщики составили 10 (15,4%), 9 (16,4%), и 7 (23,3%) соответственно, тогда как текущие курильщики - 15 (23,1%), 11 (20%), и 4 (13,3%) в тех же группах.

Употребление алкоголя: да - в 16 (24,6%) случаев в основной группе, 12 (21,8%) - в контрольной группе, и 8 (26,7%) - в группе андрогенная депривационная терапия без терапии синдрома гиперактивности мочевого пузыря.

**Заключение:** Особое внимание следует уделить контролю индекса массы тела, повышению уровня физической активности и коррекции вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя, с целью минимизации симптомов синдрома гиперактивности мочевого пузыря и обеспечения наилучших условий для успешного лечения рака простаты.

## PERCUTANEOUS BALLOON VALVULOPLASTY AS A TREATMENT FOR PULMONARY VALVE STENOSIS IN TEEN AND ADULT POPULATIONS

*Umarov M.M., Ibadov R.R., Sultonov M.A., Musurmonov A.N.*

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after V. Vakhidov, Tashkent, Uzbekistan.*

**Background:** Percutaneous balloon valvuloplasty is established as the first-line treatment for congenital pulmonic stenosis in pediatric patients; however, its efficacy in adolescents and adults remains less clearly defined.

**Methods:** Between January 2020 and July 2023, percutaneous pulmonary valvuloplasty using a single balloon catheter was performed in 53 adolescent and adult patients aged 12 to 45 years (mean  $\pm$  SD:  $26 \pm 11$  years). Follow-up evaluations were conducted from 0.2 to 9.8 years post-procedure (mean  $6.9 \pm 3.1$  years) and included Doppler echocardiography in all patients, with cardiac catheterization and angiography performed in nine cases.

**Results:** After balloon valvuloplasty, the systolic pressure gradient across the pulmonic valve significantly decreased from  $91 \pm 46$  mm Hg to  $38 \pm 32$  mm Hg ( $p < 0.001$ ), while the pulmonic valve orifice diameter increased from  $8.9 \pm 3.6$  mm to  $17.4 \pm 4.6$  mm ( $p < 0.001$ ). In the subset of nine patients who underwent catheterization at follow-up, the systolic gradient decreased from  $107 \pm 48$  mm Hg pre-valvuloplasty to  $50 \pm 29$  mm Hg post-valvuloplasty and further to  $30 \pm 16$  mm Hg at follow-up ( $p < 0.001$  comparing pre- and post-valvuloplasty;  $p < 0.001$  comparing pre-valvuloplasty and follow-up; and  $p < 0.05$  comparing post-valvuloplasty and follow-up). Similarly, the pulmonic valve diameter, measured by right ventricular angiography in these nine patients, increased from  $8.3 \pm 1.4$  mm before valvuloplasty to  $17.2 \pm 2.0$  mm after the procedure ( $p < 0.001$ ) and further to  $18.4 \pm 1.4$  mm at follow-up ( $p = 0.08$ ). Pulmonic valve incompetence was observed in 7 of 53 patients (13%) immediately after balloon valvuloplasty but resolved in all cases by the time of follow-up.

**Conclusions:** Patients with congenital pulmonic stenosis presenting in late adolescence or adulthood can be effectively treated with percutaneous balloon valvuloplasty, demonstrating excellent short-term and long-term outcomes.

## ТАКТИКА И ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНЫХ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЦИАНОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

*Умаров М.М., Султонов М.А., Зуфаров М.М., Мусурмонов А.Н.*

*Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени академика В.Вахидова  
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель:** Анализ результатов рентгеноэндоваскулярного лечения у больных с цианотическими формами врождённых пороков сердца.

**Материал и методы:** В экстренном порядке рентгеноэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) выполнены у 14 пациентов с цианотическими врождёнными пороками сердца в возрасте от 24 дней до 21 года (средний возраст —  $8,2 \pm 3,1$  года).

Баллонная дилатация (БД) стенозированных искусственных фторлавансановых подключично-лёгочных межартериальных анастомозов (ПЛИМА) выполнена у 9 пациентов с тетрадой Фалло (ТФ), в том числе в одном случае — экстренно у ребёнка 6-месячного возраста на фоне острого одышечно-цианотического приступа. Баллонная вальвулопластика (БВ) клапанного стеноза лёгочной артерии (СЛА) проведена у 4 пациентов с ТФ. Баллонная атриосептостомия по экстренным показаниям выполнена у новорождённого (24 дня) с полной транспозицией магистральных сосудов (ПТМС) и открытым овальным окном (ООО).

Показаниями к проведению интервенционных вмешательств служили тяжёлое клиническое состояние пациентов, обусловленное выраженной артериальной гипоксемией, необходимость стабилизации гемодинамики и отсрочки радикальной коррекции, а также ангиографически подтверждённое локальное сужение подключично-лёгочного межартериального анастомоза (ПЛИМА) — при выполнении баллонной дилатации, и наличие клапанного стеноза лёгочной артерии (СЛА) — при баллонной вальвулопластике.

Для баллонной дилатации (БД) использовались баллонные катетеры, диаметр которых соответствовал диаметру подключично-лёгочного межартериального анастомоза (ПЛИМА); сосудистый доступ осуществлялся через бедренную артерию. Баллонная вальвулопластика (БВ) клапанного стеноза лёгочной артерии (КСЛА) выполнялась катетерами, диаметр которых превышал диаметр клапанного кольца лёгочной артерии не более чем на 30%; доступ осуществлялся через правую бедренную вену. Критериями эффективности РЭВ у пациентов с тетрадой Фалло (ТФ) являлись:

– ангиографически подтверждённое восстановление проходимости ПЛИМА с остаточным стенозом  $< 20\%$  (при БД ПЛИМА);

– устранение клапанного стеноза ЛА (при БВ);

– повышение давления в лёгочной артерии; – увеличение сатурации кислорода; – клиническое улучшение состояния больного.

**Результаты:** У всех пациентов после выполнения баллонной дилатации ПЛИМА и баллонной вальвулопластики клапанного стеноза лёгочной артерии (КСЛА) уже в рентгенооперационной отмечались клинические признаки улучшения: уменьшение выраженности цианоза и улучшение общего состояния. У 9 пациентов со стенозом ПЛИМА баллонная дилатация была успешно выполнена с выраженным ангиографическим эффектом. После вмешательства средняя сатурация ( $\text{SaO}_2$ ) увеличилась с  $46,8 \pm 3,7\%$  до  $69,2 \pm 5,1\%$ , а давление в лёгочной артерии (ЛА) — с  $13,3 \pm 2,4$  до  $22,1 \pm 1,9$  мм рт. ст. У 4 пациентов с тетрадой Фалло и КСЛА после вальвулопластики систолическое давление в ЛА возросло с  $14,3 \pm 2,1$  до  $23,7 \pm 3,4$  мм рт. ст., а  $\text{SaO}_2$  — с  $57,9 \pm 6,2\%$  до  $78,7 \pm 5,1\%$ . При контрольной правой вентрикулографии отмечалось полное раскрытие створок клапана ЛА, увеличение поступления контрастного вещества из правого желудочка в лёгочную артерию и уменьшение шунта в аорту. У новорождённого с полной транспозицией магистральных сосудов (ПТМС) и открытым овальным окном

(ООО) после баллонной атриосептостомии с использованием катетеров диаметром 9 и 12 мм сатурация повысилась с 64% до 83%.

Среди осложнений в одном случае (у ребёнка 6 месяцев) после баллонной дилатации ПЛМА развился тромбоз в зоне артериального доступа, потребовавший выполнения тромбэктомии из бедренной артерии. Других осложнений, а также летальных исходов, не отмечено. Все пациенты после вмешательства были стабилизированы и подготовлены к этапной радикальной коррекции врождённого порока сердца.

**Выводы:** Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при цианотических врождённых пороках сердца являются эффективными и малотравматичными паллиативными методами лечения. В ряде клинических ситуаций они позволяют стабилизировать тяжёлое состояние пациентов и служат подготовительным этапом к радикальной коррекции у больных с высоким хирургическим риском.



ГУ “Республиканский  
специализированный  
научно-практический  
медицинский центр хирургии  
им. академика В.Вахидова”

Впервые в нашей стране, на территории СНГ и Центральной Азии установлен мультислайсный 640 срезовый широкодетекторный компьютерный томограф последнего поколения.

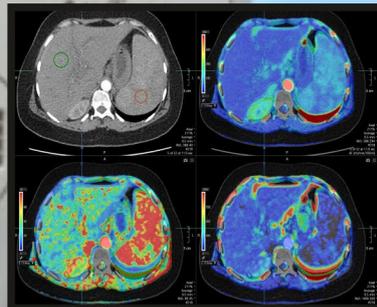
Также отделение оборудовано МРТ компании GE 1,5 Тесла.

На котором проводятся все виды рутинных обследований (головного и спинного мозга, брюшной полости, малого таза, суставов и позвоночника).

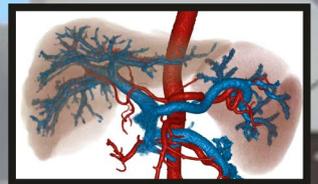
**TOSHIBA 640 срезов**  
**Aquilion ONE**  
**GENESIS**



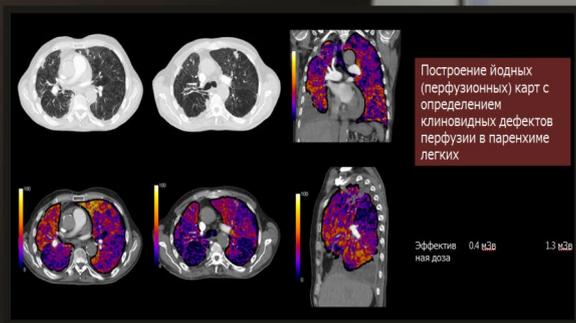
Исследования пациентов весом до 8 кг проводятся с помощью специального фиксирующего вакуумного матраса без седации (Наркоз).



перфузии печени пациента с циррозом печени.



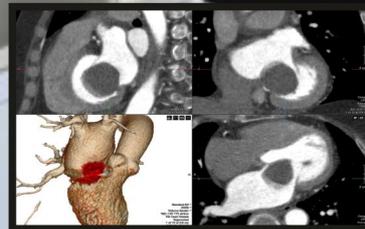
**МСКТ - ангиография**  
портокавального русла и результаты



Построение йодных (перфузионных) карт с определением клиновидных дефектов перфузии в паренхиме легких

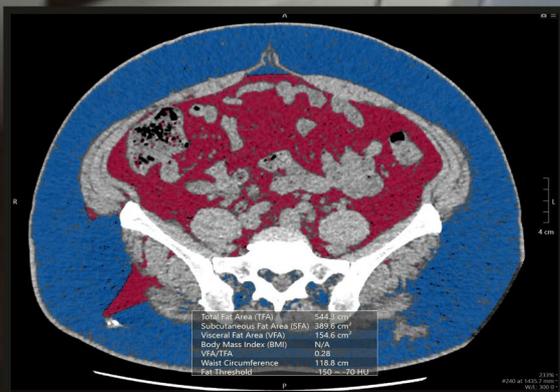
Эффективная доза 0,4 мЗв 1,3 мЗв

Двухэнергетическая ангиопульмонография при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

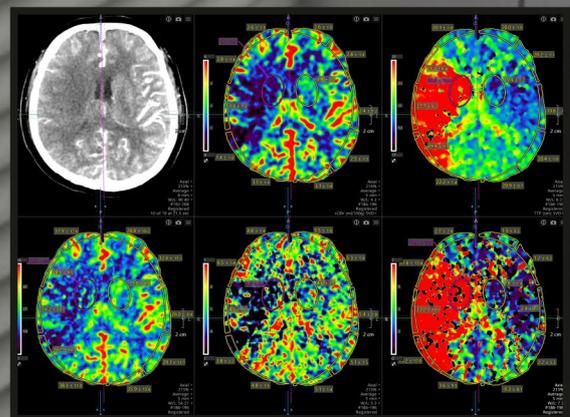


**МСКТ - ангиография**  
сердца и магистральных сосудов пациента с миксомой левого предсердия – четкая

визуализация локализации, размеров и степени пролабирования образования в левый желудочек в фазу диастолы.



Количественный анализ с определением показателей висцерального жира у лиц с ожирением.



**МСКТ - перфузия** головного мозга на ранних стадиях ОНМК.

Запись по телефону: **+998-71-277-22-60**

Время работы: с 8:30 до 15:00

**НАШ АДРЕС:**

г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10