



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM ILMIY MARKAZI
O'ZBEKISTON SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM VRACHLARI
ASSOTSIATSIYASI**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
УЗБЕКИСТАНА**

**«Shoshilinch tibbiy yordamni tashkil qilishning dolzarb muammolari:
SHOSHILINCH TIBBIYOTDA KRITIK HOLATLAR.
PATOGENEZ, DIAGNOSTIKA VA INTENSIV DAVOLASH MASALALARI»
XIX Respublika ilmiy-amaliy anjumani
MATERIALLARI**

МАТЕРИАЛЫ

**XIX Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.
ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ»**

2024 yil
10-11 oktyabr
Xiva sh.

UO'K
KBK

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ, РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

*А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов,
А.А. Байрамтаганов, Б.И. Шукуров, Х.Э. Анваров*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В Республике Узбекистан оказание бесплатной экстренной медицинской помощи населению гарантировано государством и оказывается главным образом догоспитальными и госпитальными подразделениями Службы экстренной медицинской помощи (СЭМП). Головным учреждением СЭМП является Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в Республике Каракалпакстан и каждом областном центре функционируют региональные филиалы РНЦЭМП, на районном уровне – отделения экстренной медицинской помощи (Emergency Department) при районных/городских медицинских отделениях. В 2021 году, согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан № ПП-5198 «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению», во всех регионах страны организованы межрайонные центры политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний.

Создаваемые межрайонные центры размещаются на базе расширенных районных субфилиалов РНЦЭМП, выбранных исходя из их локации, количества населения, близости автомобильных трасс и других факторов. Каждый из подобных центров охватывает до 1 млн населения 3–4 близлежащих районов, оснащается всем необходимым диагностическим (рентген, КТ, ангиограф) и лечебным оборудованием, а также квалифицированным персоналом, что позволяет оказывать в этих центрах специализированную помощь при основном перечне urgentных состояний. В результате радиус обслуживания указанных центров в среднем снизился с 80 км до 15 км, соответственно, время доставки пациентов снизилось с 30–60 до 10–20 минут.

С введением в строй межрайонных травмоцентров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний во всех регионах страны в Республике Узбекистан создана трехуровневая система травмоцентров:

- травматологические центры I уровня: РНЦЭМП и 13 его областных филиалов;
- травматологические центры II уровня: 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний;

– травматологические центры III уровня: 133 экстренных приемных отделения (Emergency Department) при ЦРБ/ЦГБ.

Травмоцентры I уровня (РНЦЭМП и 13 областных филиалов РНЦЭМП) обеспечивают организацию и оказание всего спектра специализированной медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, их осложнениями и последствиями. Эти центры имеют специализированные отделения и оснащены современным медицинским оборудованием, что обеспечивает им возможность оказания полного цикла специализированной помощи при тяжелых изолированных и сочетанных повреждениях органов всех без исключения анатомических зон организма (при ЧМТ, ПСМТ, травматических ампутациях конечностей, повреждениях сосудов и нервных стволов, травмах груди и живота, переломах костей таза и конечностей и пр.).

При приемно-диагностических отделениях РНЦЭМП и его филиалов круглосуточно функционируют операционно-шоковый блок для проведения всего перечня противошоковых мероприятий и основного перечня диагностических мероприятий (ЭКГ, УЗИ, рентген). В шаговой доступности к приемно-диагностическому отделению находятся отделение рентген-радиологии с кабинетами МСКТ и МРТ, отделение ангиографии, кабинет эндоскопии, клиничко-диагностическая лаборатория. В этих учреждениях обеспечено круглосуточное дежурство специалистов разного профиля: анестезиолога-реаниматолога, общего хирурга, эндовидеохирурга, нейрохирурга, травматолога, сосудистого хирурга, микрохирурга, уролога, терапевта, гинеколога, челюстно-лицевого хирурга.

Организационная структура и оснащенность РНЦЭМП и его филиалов позволяют применить мультидисциплинарный подход при сочетанной травме, с первых минут поступления пациента одновременно с диагностическими мероприятиями проводить и лечебные процедуры, и хирургические вмешательства, включая по протоколу МСКТ всего туловища, весь основной перечень методов лучевой диагностики и эндовидеохирургические вмешательства. При выборе объема и очередности лечебных вмешательств учитывается выявленное доминирующее повреждение, при наличии показаний к хирургическим вмешательствам имеется возможность одновременного выполнения операций на различных анатомических зонах специалистами соответствующего профиля, по возможности

широко используем возможности малоинвазивных хирургических технологий. Лечебно-диагностический процесс в условиях операционно-шокового блока приемно-диагностического отделения регулируется ответственным хирургом или реаниматологом противошокового зала.

РНЦЭМП и его филиалы имеют необходимое кадровое обеспечение и оснащение для оказания полного цикла специализированной высокотехнологичной помощи пострадавшим со сложносочетанными повреждениями, с травмами любой тяжести и локализации, а также больным, переведенным из других стационаров, в том числе из травмоцентров 2-го и 3-го уровней. Кроме того, специалисты РНЦЭМП и филиалов занимаются оказанием этапного хирургического лечения последствий травм.

В СЭМП Узбекистана требованиям к травмоцентрам 2-го уровня отвечают созданные в 2022–2023 гг. 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний. На эти центры возложены функции по оказанию специализированной стационарной медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком. Создание этих центров во всех регионах страны позволило увеличить число учреждений, оказывающих специализированную помощь при шокогенных травмах с 14 (РНЦЭМП и 13 его областных филиалов) до 53, значительно сократив тем самым средний радиус доставки пострадавших в травмоцентры 1-го и 2-го уровней с 300–500 км до 50–70 км.

В зависимости от числа населения, проживающего в прикрепленных территориях, коечный фонд межрайонных центров имеет 2 типа: 6 центров имеют по 60 коек (всего 360), в том числе 12 – реанимационных (всего 72); 33 центра – по 50 коек (всего 1650), в том числе 9 – реанимационных (всего 297). Таким образом, общее число коек 39 вновь созданных межрайонных центров составляет 2010, из них реанимационных – 369 (18,4%). Организационная структура каждого центра состоит из приемно-диагностического отделения, стационарного блока и операционно-реанимационного блока.

Специализированную помощь пострадавшим в межрайонных центрах оказывают врачи круглосуточных постов по следующим направлениям: общая хирургия, детская хирургия, нейрохирургия, травматология-ортопедия и анестезиология-реаниматология, что обеспечивает круглосуточное функционирование шоковой операционной, врача анестезиолога-реаниматолога, операционных сестер и сестер-анестезисток. Кроме того, типовая структура и штатное обеспечение этих центров подразумевает круглосуточное функционирование кабинетов лучевой диагностики, включающих ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, в

том числе компьютерную томографию, клинико-диагностические лаборатории. Оснащение хирургической службы центров обеспечивает круглосуточное выполнение диагностической и лечебной эндоскопии и эндовидеохирургических операций. Таким образом, межрайонные центры политравмы имеют возможность оказания всего спектра экстренной медицинской помощи пострадавшим с травмами любой тяжести и локализации, а также пострадавшим, переведенным из травмоцентров 3-го уровня (Emergency Department при РМО/ГМО). Однако следует учесть, что в этих центрах может быть оказана специализированная помощь только в остром периоде травматической болезни. После стабилизации состояния пострадавшие, переведенные в позднем периоде травматической болезни с тяжелыми гнойными осложнениями травмы, а также больные с повреждениями относительно редкой локализации (орган зрения, мочевыводящие пути, ЛОР-органы, лицевой скелет, трахея и т. д.) будут нуждаться в лечении в условиях специализированных отделений соответствующего РМО/ГМО или РНЦЭМП и его филиалов.

Показаниями к переводу из межрайонных центров политравмы в РНЦЭМП и его филиалы являются: 1) повреждения редкой локализации или сложности, требующие лечения в условиях узкоспециализированных отделений; 2) высокий риск септических осложнений, требующих длительного лечения; 3) необходимость выполнения этапных реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств.

В системе экстренной медицинской помощи Узбекистана аналогом травмоцентра 3-го уровня являются экстренные приемные отделения Emergency Department при районных/городских медицинских объединениях (РМО/ГМО). В каждом отделении Emergency Department круглосуточно функционируют экстренные дежурные посты врачей: хирурга, травматолога-ортопеда, нейрохирурга, терапевта (кардиолога) и педиатра. Кроме того, для экстренных приемно-диагностических отделений (Emergency Department) больниц с числом коек более 300 и более 500 дополнительно выделены штаты для круглосуточных дежурных постов хирурга, детского хирурга, детского нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, токсиколога, комбустиолога, анестезиолога-реаниматолога шоковой палаты (красной зоны), терапевта (кардиолога) диагностической палаты и невропатолога. Для крупных больниц дополнительно выделены также дневные штаты врачей: уролога, гинеколога, детского невропатолога, педиатра диагностической палаты, отоларинголога взрослого и детского, а также взрослого и детского офтальмолога.

В связи с организацией во всех регионах страны межрайонных центров политравмы и острых ССЗ,

удаленность большинства из которых не превышает 100 км вдоль магистральных автомобильных трасс и крупных населенных пунктов, пациенты с шокогенными сочетанными и изолированными травмами по возможности транспортируются в близлежащие травмоцентры 2-го и 1-го уровней, а в Emergency Department при РМО/ГМО преимущественно госпитализируются пациенты, сроки лечения которых не превышают 10–14 дней, преимущественно с изолированной травмой, сопровождающейся шоком I степени и сотрясением головного мозга, травмой груди с единичными переломами ребер без повреждения органов груди, травмой живота с повреждением одного паренхиматозного органа, кровопотерей легкой или средней тяжести, а в случае разрывов печени – с неглубокими разрывами I–II степени, изолированным разрывом мочевого пузыря, переломами костей, не требующими противошоковой терапии и оперативного лечения, одиночными переломами костей таза без нарушения целостности тазового кольца, необширными повреждениями мягких тканей.

Однако бывают ситуации, требующие неотлагательного (в течение ближайших 10–20 минут) хирургического вмешательства в условиях Emergency Department при РМО/ГМО, без которого проводимые реанимационные мероприятия оказываются безуспешными. К такого рода повреждениям можно отнести профузные кровотечения из магистральных сосудов или из синусов головного мозга, обширные дефекты грудной или брюшной стенки.

В Emergency Department при РМО/ГМО могут быть госпитализированы пациенты, доставленные в состоянии травматического шока, обратившиеся самотеком попутным транспортом, и пациенты с амбулаторными травмами, требующими осмотра врача. Кроме того, на практике бывают случаи, когда бригада СМП не имеет возможности оказания надлежащей реанимационной помощи в условиях санитарного транспорта класса «С», в связи с чем пострадавший доставляется в ближайший Emergency Department при РМО/ГМО.

В Emergency Department при РМО/ГМО отсутствуют «узкие» специалисты, имеющееся лечебно-диагностическое оборудование позволяет оказывать квалифицированную помощь пострадавшим с проведением сердечно-легочной реанимации, обезболивания, инфузионной терапии травматического шока, остановки наружного и внутреннего кровотечения, иммобилизации переломов длинных трубчатых костей, лечебной иммобилизации несложных переломов костей кисти, предплечья, лодыжек, с выполнением несложных хирургических обработок ран мягких тканей, экстренной профилактики столбняка, с вызовом «узкого» специалиста из филиала РНЦЭМП.

Заключение. На сегодняшний день в Республике Узбекистан создана трехуровневая система оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми шокогенными травмами, к которым, безусловно, относятся также пациенты с сочетанной травмой груди и живота. Организация во всех регионах страны разветвленной сети травмоцентров 1-го и 2-го уровней позволила территориально приблизить специализированную медицинскую помощь для населения и расширить ее доступность.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров,
В.М. Теплов, Н.В. Разумный*

**ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
Российская Федерация**

Ключевой задачей, на решение которой направлены все преобразования скорой медицинской помощи в нашей стране в последнее десятилетие, является обеспечение эвакуации каждого экстренного больного в течение первых 24 часов от момента начала острого заболевания в ту медицинскую организацию, где ему может быть оказан исчерпывающий объем медицинской помощи в экстренной форме, причем для относительно небольших по площади субъектов РФ желательно обеспечить такую эвакуацию в течение первых 12 часов. Важную роль в ее решении играет объединение службы скорой медицинской помощи в одно юридическое лицо в каждом субъекте Российской Федерации.

По данным формы 30 «Сведения о медицинской организации», в Российской Федерации к концу 2023 г. осуществляли свою деятельность 134 станции скорой медицинской помощи и 1755 отделений скорой медицинской помощи. В настоящее время в 26 субъектах все станции (отделения) скорой медицинской помощи, подведомственные органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, объединены в одну отдельную самостоятельную медицинскую организацию. Еще в 26 субъектах страны территориальный центр медицины катастроф объединен с частью станций (отделений) скорой медицинской помощи в одну отдельную медицинскую организацию. Как правило, объединены станция скорой медицинской помощи административного центра и территориальный центр медицины катастроф субъекта Российской Федерации. В 35 субъектах Российской Федерации служба скорой медицинской

помощи, к сожалению, по-прежнему представлена станциями (отделениями) скорой медицинской помощи, не объединенными в одно отдельное юридическое лицо (служба скорой медицинской помощи децентрализована). Территориальные центры медицины катастроф в данных субъектах Российской Федерации являются либо самостоятельной медицинской организацией, либо структурным подразделением медицинской организации.

Для оценки эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи в субъекте в настоящее время предлагаются специальные индикаторы, позволяющие интегрально оценить обеспечение своевременной и правильной эвакуации на основании данных, собранных в автоматизированной системе мониторинга медицинской статистики (АСММС) и формах федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2023 г. Эти индикаторы

убедительно показывают, что при использовании децентрализованной модели в регионе (разрозненные станции СМП и отделения СМП, отдельно функционирующий центр медицины катастроф) среднее время доезда выездных бригад СМП на вызовы СМП по экстренным показаниям дольше, чаще нарушается маршрутизация пациентов с ОКС в РСЦ и ПСО, в том числе у пациентов, проживающих в сельской местности, выездными бригадами СМП при оказании СМП вне медицинской организации реже применяется тромболитическая терапия (далее – ТЛТ) инфаркта миокарда (далее – ИМ). В качестве индикатора обеспечения профильности медицинской эвакуации пациентов с хирургической патологией было выбрано соблюдение требований клинических рекомендаций по лечению переломов проксимального отдела бедренной кости – хирургическое лечение пациента с переломом шейки бедра (табл. 1).

Таблица 1. Индикаторы качества оказания скорой медицинской помощи

Модели организации СМП	Средний 20-минутный доезд, % (АСММС)	Пациенты с ОКС, доставленные в РСЦ и ПСО, % (АСММС)	ТЛТ от ИМ догосп., % (АСММС)	Сельские жители с ИМ, доставленные в РСЦ и ПСО, % (Ф-30)	Хир. лечение при переломе шейки бедра, в течение 48 ч., % (АСММС)
Децентрализация	89,5	93,09	15,0	83,3	40,80
Частичное объединение	92,2	93,12	15,7	80,4	37,2
Полное объединение	94,1	98,18	17,7	88,2	50,2

Корреляционный анализ эффективности различных организационных моделей, по данным случайной выборки 77 субъектов Российской Федерации методом параметрической статистики с использованием критерия корреляции Пирсона, подтвердил высокую положительную связь между централизацией СМП и обеспечением медицинской эвакуации по назначению пациентов в профильные стационары (при объединении эвакуация пациентов по медицинским показаниям в первые 24 часа на II–III уровень оказания помощи происходит чаще, а также лучше соблюдается маршрутизация пациентов с ОКС и ОНМК в РСЦ и ПСО) – рисунок 1. Кроме того, была выявлена устойчивая отрицательная связь между длительностью доезда выездной бригады СМП до места вызова СМП и степенью централизации (время доезда сокращается по мере объединения) – рисунок 2.

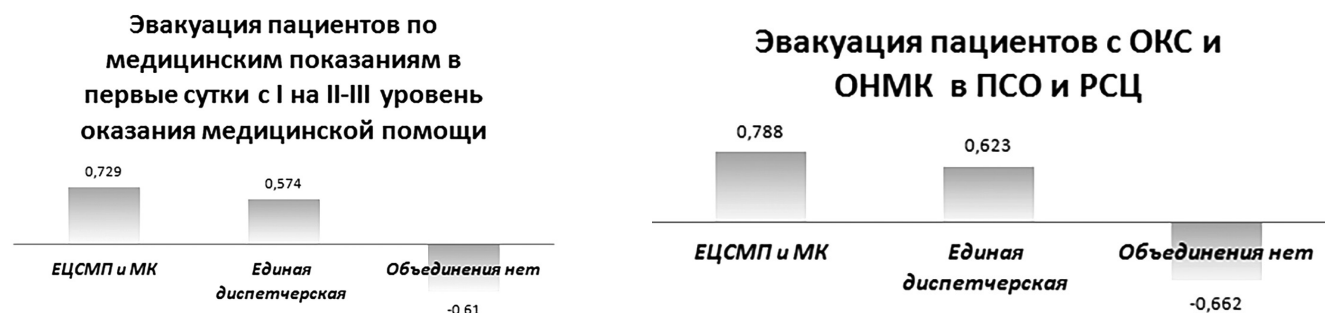


Рис. 1. Высокая положительная корреляция между централизацией и обеспечением медицинской эвакуации по назначению

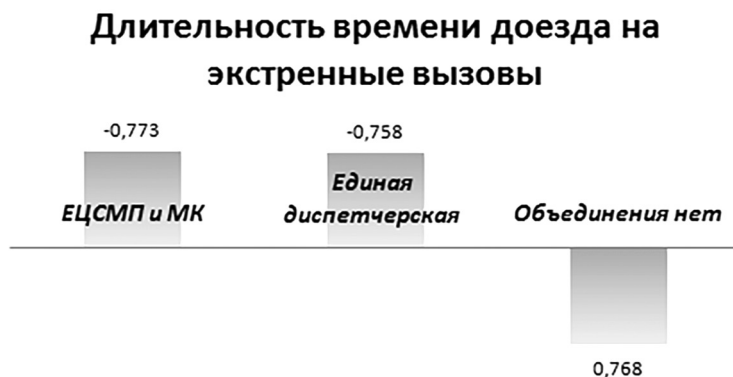


Рис. 2. Высокая отрицательная корреляция между централизацией и продолжительностью доезда выездной бригады СМП до места вызова СМП

Безусловно, важным препятствием к объединению службы скорой медицинской помощи в одну отдельную самостоятельную медицинскую организацию субъекта Российской Федерации является закономерное опасение со стороны руководителей соответствующих медицинских организаций воз-

никновения новых рисков и проблем, сопряженных с этим процессом. При оценке ожидаемых рисков, по результатам опроса в 35 субъектах Российской Федерации, были выделены следующие группы возможных рисков: **экономические, административные, социальные** (табл. 2).

Таблица 2. Возможные риски объединения службы СМП

Организационная форма службы СМП в субъекте РФ	Число субъектов РФ	Риски		
		экономические	административные	социальные
Децентрализация	11	20	32	9
Частичное объединение с наличием единой центральной диспетчерской службы СМП	10	14	12	7
Полное объединение	14	17	10	9

Была выявлена умеренная обратная связь между организационной формой службы скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации и уровнем экономических опасений. По мере реализации объединения первичное представление о потенциальных финансовых проблемах в укрупненной медицинской организации теряет свою значимость, так как в процессе централизации разрозненных станций (отделений) СМП вновь формируемая отдельная самостоятельная медицинская организация получает лучший доступ к ресурсам и новые возможности управления финансовыми рисками.

Анализ показал высокий отрицательный коэффициент корреляции для административных факторов. Это указывает на избыточные опасения трудностей управления структурными подразделениями в отдаленных районах со стороны главных врачей наиболее крупных станций скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, не реализовавших объединение, что не подтверждается реальностью, так как в процессе централизации формируются более развитые управленческие структуры, что позво-

ляет им эффективно регулировать административные риски.

Несмотря на то, что при обсуждении в профессиональном сообществе рисков объединения социальным факторам обычно придаётся большое значение, результаты анкетирования показали его переоцененность. Вне зависимости от организационной формы социальные опасения были неизменно ниже экономических и административных. Также было выявлено полное отсутствие линейной связи между организационной формой и количеством социальных опасений, что свидетельствует об адекватной оценке данной проблемы руководителями медицинских организаций.

Важно подчеркнуть, что объединение службы скорой медицинской помощи в одну отдельную самостоятельную медицинскую организацию наиболее успешно реализуется как следующий этап после создания единой центральной диспетчерской службы скорой медицинской помощи субъекта Российской Федерации. Необходимо отметить, что в регионах, где в период пандемии COVID-19 служба СМП была представлена единым юридическим лицом, избыточная

смертность оказалась ниже в сравнении с регионами, где СМП представлена отдельными отделениями в составе центральных районных больниц.

Следующим важнейшим направлением развития скорой медицинской помощи в нашей стране является модернизация приемных отделений. В настоящее время во многих стационарах прием пациентов, поступающих по экстренным медицинским показаниям, продолжает осуществляться в одном или нескольких приемных отделениях небольшой площади, построенных в прошлом веке. В таких отделениях, как правило, применяются устаревшие принципы медицинской сортировки поступающих пациентов и в них невозможно разместить все необходимые для оказания медицинской помощи в экстренной форме лечебно-диагностические технологии, работающие в круглосуточном режиме все дни недели. Указанные обстоятельства вместе с выраженным ростом числа пациентов, доставленных выездными бригадами скорой медицинской помощи в стационары, в том числе в случаях массового поступления пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций, стали предпосылками к проработке перспектив внедрения новой организационной технологии по оказанию скорой медицинской помощи в стационарных условиях в приемных отделениях. Этому способствовало изменение мнения специалистов в области организации и оказания скорой медицинской помощи Российской Федерации, ставших рассматривать скорую медицинскую помощь как единую систему, оказание которой, начавшееся в догоспитальном периоде, должно продолжаться силами медицинских работников стационара в целях наиболее эффективного лечения пациента.

Данное мнение профессионального сообщества убедило руководство Российской Федерации законодательно закрепить оказание скорой медицинской помощи в стационарных условиях в части 2 статьи 35 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», что позволило создать основы для начала внедрения новой организационной технологии по оказанию скорой медицинской помощи в стационарных условиях.

В целях реализации части 2 статьи 35 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н был утвержден Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвердивший правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения стационарного отделения скорой медицинской помощи – модернизированного приемного отделения, обеспечивающего прием пациентов, поступающих по экстренным медицин-

ским показаниям, медицинскую сортировку и оказание им скорой медицинской помощи в стационарных условиях.

В соответствии с данным Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 пациентов для оказания скорой медицинской помощи, может быть сформировано стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Главной отличительной особенностью стационарного отделения скорой медицинской помощи от приемного отделения больницы является распределение (медицинская сортировка) пациентов не по профилю (хирургические, терапевтические, травматологические, гинекологические и др.) и полу, как в приемном отделении, а по тяжести состояния, с использованием принципов медицинской сортировки, распространенных на все технологические звенья оказания скорой медицинской помощи. Врачом «первого контакта», осуществляющим прием пациентов, медицинскую сортировку и оказание скорой медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи, является штатный сотрудник этого отделения – врач скорой медицинской помощи, что также ключевым образом отличает стационарное отделение скорой медицинской помощи от обычного приемного отделения. При этом трудовые действия, необходимые умения и знания врачей скорой медицинской помощи в части, касающейся оказания скорой медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи, позднее были нормативно закреплены в профессиональном стандарте «Врач скорой медицинской помощи», утвержденном приказом Минтруда России от 14.03.2018 № 133н.

Следует отметить, что опыт функционирования стационарных отделений скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге, Москве, Республике Татарстан, Волгоградской области и других субъектах Российской Федерации подтвердил эффективность стационарного отделения скорой медицинской помощи как новой организационной технологии оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях поступившим пациентам с острыми заболеваниями и состояниями. Помимо этого, проведенные за последние 10 лет научные работы позволили обосновать необходимость включения стационарного отделения скорой медицинской помощи в трехуровневую систему оказания экстренной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации как одного из ее ключевых элементов, что нашло свое отражение в письме министра здравоохранения Российской Федерации от 20.03.2019 № 14-3/И/2-2339 о построении трех-

уровневой системы оказания медицинской помощи в экстренной форме. В соответствии с указанным письмом стационарные отделения скорой медицинской помощи необходимо создавать в медицинских организациях 2-го уровня (межмуниципальные центры специализированной медицинской помощи) и 3-го уровня (в первую очередь – областные, краевые и республиканские больницы) в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

Вместе с тем по ряду причин повсеместного создания стационарных отделений скорой медицинской помощи еще не удалось достичь, поскольку на федеральном уровне пока не выделен тариф на оплату скорой медицинской помощи в стационарных условиях по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний, а на уровне субъектов Российской Федерации не везде реализованы условия, позволяющие обеспечить необходимый поток пациентов с экстренными заболеваниями и состояниями в указанные отделения. К таким условиям следует отнести формирование в субъектах Российской Федерации медицинских округов, в которых численность населения составляет не менее 150 тыс. чел., с выделением в каждой медицинской округе одной медицинской организации 2-го уровня, и объединение всех станций (отделений) скорой медицинской помощи и территориального центра медицины катастроф в одну медицинскую организацию «центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» субъекта Российской Федерации, и формирование на ее базе единой центральной диспетчерской службы скорой медицинской помощи.

Одной из указанных мер реализации строительства стационарных отделений скорой медицинской помощи стала подготовка и включение подпрограммы «Развитие скорой медицинской помощи» в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294. Следующей мерой стало утверждение приказом Минздрава России от 02.10.2019 № 827 ведомственной целевой программы «Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф», в которой также была отражена необходимость формирования стационарных отделений скорой медицинской помощи. Вместе с тем указанные программы фактически не предусматривали возможность финансирования создания стационарных отделений скорой медицинской помощи в составе больниц в субъектах Российской Федерации и в дальнейшем утратили силу.

С учетом того, что для размещения стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо строительство отдельного здания или

пристройки к основному корпусу или пристройки, способной объединить несколько разрозненных корпусов крупного многопрофильного стационара, то для реализации данного проекта требуется государственная поддержка по финансированию строительства и оснащения таких отделений в стационарах, принимающих пациентов по экстренным медицинским показаниям, которую целесообразно реализовать в виде федерального проекта в составе национального проекта «Здравоохранение».

Помимо формирования стационарных отделений скорой медицинской помощи в крупных многопрофильных стационарах другим важным направлением является обеспечение возможности оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях в приемных отделениях менее крупных стационаров, коечная мощность которых составляет менее 400 коек, в которые поступает менее 50 пациентов с экстренными заболеваниями и состояниями в сутки. В приемных отделениях указанных стационаров следует организовать работу коек скорой медицинской помощи суточного пребывания для оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях, доля которых должна быть не менее 2% от общего числа коек стационара. При этом оказание скорой медицинской помощи в стационарных условиях в приемных отделениях также должно осуществляться врачами скорой медицинской помощи, являющимися штатными работниками медицинской организации, где развернуто приемное отделение. Для оценки эффективности использования коек скорой медицинской помощи в приемных отделениях целесообразно использовать показатель доли пациентов, переведенных с коек скорой медицинской помощи суточного пребывания в другие отделения стационара, от общего числа пациентов, поступивших на койки скорой медицинской помощи суточного пребывания, который должен быть равен не более 50%.

Важно подчеркнуть, что на необходимость модернизации работы приемных отделений на пленарном заседании Второго форума будущих технологий «Современные медицинские технологии. Вызовы завтрашнего дня – опережая время» (14.02.2024) обратил внимание Президент Российской Федерации В.В. Путин: «Предстоит кардинально модернизировать приёмные отделения больниц, оснастить их современным, в том числе реанимационным оборудованием, и, конечно, нужно будет запустить специальные программы повышения квалификации медицинских работников приёмных отделений и бригад скорой помощи».

Безусловно, для организации оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях в приемных отделениях также целесообразно использовать государственную поддержку по финансированию строительства (реконструкции) и

оснащения таких отделений в стационарах, принимающих пациентов по экстренным медицинским показаниям, которую целесообразно реализовать в виде федерального проекта в составе национального проекта «Здравоохранение».

В целях последующей оценки эффективности государственной программы финансирования организации оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях была проведена предварительная работа, позволившая предложить следующие целевые показатели модернизации работы подразделений стационаров, принимающих пациентов по экстренным медицинским показаниям:

- доля медицинских организаций, имеющих коечную мощность не менее 400 коек, в которые ежедневно круглосуточно доставляются не менее 50 пациентов по экстренным медицинским показаниям, на базе которых создано стационарное отделение скорой медицинской помощи, в общем количестве медицинских организаций, имеющих коечную мощность не менее 400 коек, в которые ежедневно круглосуточно доставляется не менее 50 пациентов по экстренным медицинским показаниям, – не менее 95%;

- доля медицинских организаций, имеющих коечную мощность менее 400 коек, в которые ежедневно круглосуточно доставляются менее 50 пациентов по экстренным медицинским показаниям, в приемном отделении которого сформировано не менее одной койки скорой медицинской помощи суточного пребывания, в общем количестве медицинских организаций, имеющих коечную мощность менее 400 коек, в которые ежедневно круглосуточно доставляется менее 50 пациентов по экстренным медицинским показаниям, – не менее 95%;

- доля медицинских организаций, имеющих коечную мощность менее 400 коек, в которые ежедневно круглосуточно доставляется менее 50 пациентов по экстренным медицинским показаниям, в приемном отделении которого оказание скорой медицинской помощи в стационарных условиях осуществляет врач скорой медицинской помощи, в общем количестве медицинских организаций, имеющих коечную мощность менее 400 коек, в которые ежедневно круглосуточно доставляется менее 50 пациентов по экстренным медицинским показаниям, – не менее 95%;

- доля коек скорой медицинской помощи суточного пребывания стационара от общего числа коек стационара – не менее 2%;

- доля пациентов, переведенных с коек скорой медицинской помощи суточного пребывания в другие отделения стационара, от общего числа пациентов, поступивших на койки скорой медицинской помощи суточного пребывания, – не более 50%.

Модернизация работы подразделений стационаров, принимающих пациентов по экстренным ме-

дицинским показаниям, позволит обеспечить как повышение доступности и качества скорой медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, поступающим в стационары по экстренным медицинским показаниям, так и высокий социальный эффект, поскольку с необходимостью получения скорой медицинской помощи сталкивается практически каждый житель Российской Федерации – как пациент или родственник пациента. Помимо этого, оказание своевременной и качественной скорой медицинской помощи, безусловно, повысит уровень удовлетворенности населения доступностью и качеством оказываемой скорой медицинской помощи, благотворно повлияет на отношение населения к проводимой политике по развитию системы здравоохранения Российской Федерации, на обеспечение социальной защищенности населения и на отношение населения к государственной власти в целом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Н.Д. Архангельский, В.М. Теплов,
К.К. Миронов, С.А. Мешков*

**ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова»
МЗ РФ, Санкт-Петербург**

Введение. В Российской Федерации на протяжении последнего десятилетия происходит постепенная модернизация приемных отделений крупных многопрофильных стационаров в стационарные отделения скорой медицинской помощи (далее – СтОСМП). Самой главной проблемой таких структурных подразделений является чрезмерная перегруженность в повседневной работе, что требует распределения потока пациентов по принципу нуждаемости в экстренной медицинской помощи. Правильный подход к процессу медицинской сортировки, в том числе с применением дополнительных технологических методов, позволит правильно распределить поток экстренных пациентов, управлять объемом и сроками оказываемой медицинской помощи, что, в конечном итоге, приведет к улучшению результатов лечения.

Цель. Определить влияние дополнительных методов врачебной и сестринской медицинской сортировки (применение фокусированного ультразвукового исследования портативным ультразвуковым аппаратом, автоматической интерпретации ЭКГ) на трехуровневую систему медицинской сортировки ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский

государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» в повседневной деятельности.

Материалы и методы. Данная работа представляет собой обсервационное ретроспективное сравнительное исследование на 200 случайных историй болезни экстренных пациентов, разделенных на две группы. Первая группа ($n=100$) состояла из пациентов, поступивших в СтОСМП в 2017 году, когда применялась только трехуровневая система медицинской сортировки, принятой в учреждении. Вторая группа ($n=100$) включала пациентов, поступивших в 2024 году, где в дополнение к обычной трехуровневой системе медицинской сортировки применялись такие методы, как фокусированное ультразвуковое исследование (далее ФУЗИ), выполненное врачом СтОСМП, и результаты автоматической интерпретации ЭКГ (далее АИЭКГ) при помощи аппарата Кардиометр-МТ, Россия, которые докладывались средним медицинским персоналом врачу СтОСМП при наличии значимых отклонений (цветовая сигнализация аппарата). Точкой сравнения определена госпитализация пациента на койку профильного отделения. Полученные данные проанализированы методами описательной и графической статистики. Анализ включал оценку характеристик операционной кривой (ROC-кривой), рассчитаны площади под кривыми (AUC).

Результаты. Анализ ROC-кривых показал, что интеграция УЗИ и ЭКГ в систему медицинской сортировки в 2024 году значительно повысила ее эффективность по сравнению с 2017 годом, когда использовалась только медицинская сортировка. Это подтверждается значительным увеличением площади под ROC-кривой (AUC).

Вывод. Добавление методов ФУЗИ и АИЭКГ в структуру трехуровневой системы медицинской сортировки позволяет значительно улучшить диагностику и принятие решений, что подтверждается увеличением чувствительности и специфичности.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

А.Х. Гафуров, М.А. Сатвалдиев, Р.Н. Акалаев

Республиканский центр скорой медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В Республике Узбекистан экстренная медицинская помощь населению проводится на догоспитальном и госпитальном этапах. На госпитальном этапе экстренную квалифицированную высокотехнологическую медицинскую помощь обеспечивает Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), его областные филиалы и районные субфилиалы.

Не менее сложной проблемой в организационном плане при оказании экстренной медицинской помощи является догоспитальный этап. В связи с этим для обеспечения населения своевременной высококвалифицированной медицинской помощью на догоспитальном этапе и в целях дальнейшего приближения и улучшения оказания населению скорой и экстренной медицинской помощи Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-283 от 16 июня 2022 года «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи» создан Республиканский центр скорой медицинской помощи и 14 его региональных филиалов на базе службы скорой медицинской помощи и медицинских автохозяйств с внедрением единой вертикальной системы управления. Таким образом, на сегодняшний день головным учреждением, управляющим деятельностью службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, является Республиканский центр скорой медицинской помощи (РЦСМП), а в городе Ташкенте, Республике Каракалпакстан и в каждом областном центре функционируют его региональные филиалы.

На сегодняшний день в составе РЦСМП и его 14 областных филиалов находятся 167 станций, 63 подстанции и 1436 опорных пунктов СМП. Количество бригад СМП – 2847, из них 2043 общепрофильных врачебных, 601 общепрофильных фельдшерских, 149 специализированных реанимационно-анестезиологических и 54 специализированные психиатрические бригады. Проводится цифровизация системы СМП по всей стране, в каждом региональном филиале создан единый Call-центр, все бригады оснащены планшетами, процесс приёма и передачи вызовов проводится в электронном формате, что значительно уменьшает время реагирования СМП и тем самым улучшает качество оказываемой скорой медицинской помощи населению.

Таким образом, на сегодня в Республике Узбекистан создана единая служба СМП, что позволило территориально приблизить специализированную медицинскую помощь для населения и расширить ее доступность, что особенно важно при жизнеугрожающих urgentных состояниях.

**СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
ЭФФЕКТ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ВНУТРИКОСТНОГО СОСУДИСТОГО
ДОСТУПА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

***А.В. Жиров, И.П. Миннуллин,
В.Л. Радушкевич, Е.Н. Перевозчиков***

**Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова**

Применение устройств внутрикостного сосудистого доступа (ВКСД) может оказать значительное влияние на социальные и экономические аспекты здравоохранения.

Так, ВКСД, используемый при тяжелой механической травме, позволяет провести максимально раннюю и полноценную интенсивную терапию. Это позволяет улучшить прогноз и оказать решающее влияние на выживаемость. Важно отметить, что, по данным литературы, безотлагательное выполнение доступа к кровеносной системе и медикаментозно-инфузионное воздействие у пациентов с тяжелой травмой непосредственно на месте происшествия и на этапах эвакуации снижает летальность на 30%.

Поскольку устройства внутрикостного канюлирования позволяют беспрепятственно и без промедления начинать и осуществлять медикаментозное и инфузионное воздействие в экстренных ситуациях, представляется возможным допустить, что при его широком применении в практике оказания скорой медицинской помощи (СМП) возможно существенное снижение показателя летальности не только от тяжелых травм, но и от других неотложных состояний.

Особо следует подчеркнуть, что в условиях вооруженного конфликта персонал СМП вынужден в своей повседневной деятельности широко использовать средства индивидуальной защиты в виде бронежилетов и касок, что существенно затрудняет выполнение рутинных медицинских манипуляций (наложение повязок, интубация трахеи, иммобилизация конечностей, внутривенный доступ). Наш опыт свидетельствует о том, что выполнение ВКСД в этих условиях осуществляется гораздо быстрее (5–7 секунд) по сравнению с катетеризацией периферических и центральных вен (3–5 минут). Причем это возможно даже при движении автомобиля при наличии вибрации, тряски.

С мая 2022 года по апрель 2024 года было произведено и в последующем реализовано непосредственно производителем около 10 000 единиц изделия для внутрикостного доступа УВК М российского производства. При этом следует исходить из того, что положительный эффект от применения УВК М у пациентов с неотложными состояниями и

нарушениями жизненно важных функций имеет место в 80% всех случаев его использования (данные Белгородской областной станции скорой медицинской помощи).

Возможный экономический эффект от практического применения изделия УВК М в экстремальных условиях может быть представлен следующим образом:

1) Предполагается, что в клинической практике у пациентов с неотложными состояниями будут применены все 10 000 единиц реализованного изделия УВК М. Как было отмечено, у 80% пациентов (8 000 человек) применение изделия УВК М ожидаемо приведет к успеху мероприятий по стабилизации нарушенных жизненно важных функций, то есть у них появится реальный шанс на выздоровление. Представляется возможным допустить, что в этом и заключается прогнозируемый экономический эффект, выражающийся в уменьшении летальности, инвалидности и снижении койко-дня, а также в восстановлении трудо- и боеспособности.

2) По результатам российских и международных социологических опросов, статистики Росстата и нормативных актов (Зубец А.Н., Новиков А.В. «Экономика социальной сферы» DOI. 10.26794/2587-5671-2018-22-4-52-759) стоимость жизни человека в России составляет от 0,5 до 9,2 млн рублей (данные 2017 года). Среднее значение стоимости жизни в России, полученное расчетными социологическими методами, составляет 5,2 млн рублей. Исходя из этого показателя предположительный экономический эффект от применения 10 000 изделий УВК М при условно принятой эффективности 80% составит 5,2 млн рублей х 8 000 эффективных применений изделия = 41,6 млрд рублей (при курсе рубля к доллару по состоянию на 12 мая 2024 г. 91,82).

При оценке социального и экономического эффекта от внедрения изделия УВК М и используемого в комплекте с ним производящегося серийно тренажера КТ УВК М необходимо учитывать результаты их использования в образовательных организациях с целью повышения профессионального уровня обучающихся фельдшеров и врачей скорой медицинской помощи. Оценка количественных показателей социального и экономического эффекта от внедрения предлагаемых изделий в образовательную сферу специалистов экстренной медицины пока недоступна авторам.

Таким образом, общий социально-экономический эффект от применения «Устройства внутрикостного канюлирования УВК М» зависит от множества факторов, включая количество нозологий, число пациентов, получивших ВКСД и доступность необходимых медицинских ресурсов. Тем не менее, ВКСД – это важный компонент улучшения качества медицинской помощи и оптимизации затрат в здравоохранении.

**СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ИНТЕГРАЦИИ
В ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ
В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ**

*Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова,
Х.К. Абдуллаев, Б.С. Худайберганов*

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Анализ оказания экстренной медицинской помощи в Хорезмском филиале РНЦЭМП выявил увеличение на 22% экстренно госпитализированных больных. В целях обеспечения своевременности и качества оказываемой экстренной медицинской помощи, а также единства преемственности лечебно-диагностического процесса организация работы на соответствующих уровнях строится на разработанных лечебно-диагностических стандартах.

Цель. Внедрение в систему неотложной неврологии научно обоснованных принципов организации специализированной экстренной медицинской помощи при критических состояниях.

Материал и методы. В основу настоящего тезиса положен анализ нервно-психических расстройств, наблюдавшихся у 148 пострадавших во время и после крупных катастроф (взрывов, пожаров, ДТП), поступивших в Хорезмский филиал РНЦЭМП. Из них мужчин было 71 (47,9%), женщин – 5 (38,5%), детей – 20 (13,6%). Для внедрения научно обоснованных принципов использовались следующие критерии: 1 – наличие специализированных бригад скорой медицинской помощи; 2 – анализ всего комплекса спасательных и медицинских мероприятий; 3 – развитие нервно-психических расстройств вследствие внезапно возникшей психотравмирующей ситуации.

Результаты. Тщательная обработка полученных данных дает возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдались различные нервно-психические нарушения: 1 – острый, характеризующийся внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких; 2 – формирование состояний психической дезадаптации, при которых психоэмоциональное напряжение сменяется повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астенодепрессивными проявлениями; 3 – приобретение актуальности психогенно-травмирующих факторов в связи с изменением жизненного стереотипа, сложной эмоциональной переработкой ситуации, оценкой собственных переживаний и ощущений. В остром периоде аффективно-шоковые состояния наблюдались у 88 (59,5%) пострадавших. Во втором периоде у 51 (34,5%) пострадавшего наблюдались полиморфные невротические расстройства с адаптационными реакциями, а у 9 (6%) –

пограничные формы психических расстройств с психосоматическими нарушениями. Специальный обобщенный анализ позволяет проследить динамику возникновения и развития нервно-психических расстройств, зависящих от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации. Создание подразделений (совместно с психологами и парамедиками) с элементами специализированной помощи повысит уровень и значительно улучшит качество экстренной медицинской помощи при критических состояниях. Собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия дают возможность совершенствования учетно-отчетных документов с определением эффективности оказания экстренной медицинской помощи.

Вывод. Внедрение научно обоснованных принципов полностью соответствует современным тенденциям организации экстренной медицинской помощи, что позволит достичь наибольшей оперативности и повышения эффективности оказываемой помощи при критических состояниях в экстренной неврологии.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ
ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ**

С.Р. Имомкулов, Э.А. Хидиров, А.Б. Тошкуллов

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Определение роли в проведении одномоментных операций при тяжелых сочетанных и множественных травмах у детей.

В последнее время отмечается рост детского травматизма, в том числе увеличение числа детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и после высотных травм.

Пострадавшим детям с множественными, сочетанными повреждениями помощь должна оказываться в специализированных учреждениях, где сконцентрированы специалисты различного профиля, необходимая аппаратура и возможность круглосуточного её использования. Данные условия имеются в Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП.

Материалы и методы. За период 2022–2023 гг. в Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП наблюдались 289 больных с тяжелыми сочетанными и множественными травмами, из них 34 (11,7%) ребенка – до 14 лет, из которых 19 (55,9%) были доставлены в результате ДТП, 7 (20,6%) пострадавших – после высотных травм, 8 (23,5%) детей получили бытовые травмы различного генеза. Из общего количества пациентов до 14 лет были прооперированы 19 (55,9%) – были произведены нейрохирургические и травматологические оперативные вмешательства, в 4 случаях (21%) произведена трепанация че-

репа с удалением эпидуральной и внутримозговой гематомы с открытым остеосинтезом бедренных костей. В 1 случае – трепанация черепа с удалением вдавленных костных отломков, удаление эпидуральной и субдуральной гематомы с остеосинтезом левой ключицы и костей левой кисти. В 4 случаях – трепанация черепа с удалением эпидуральной гематомы и остеосинтез костей голени. В остальных 10 (52,6%) случаях проведен остеосинтез костей конечностей, из них в 1 случае – костей обеих голей, в 1 случае – обеих бедренных костей.

Результаты. Летальный исход был в 1 (2,9%) случае в 1-е сутки после операции, он был обусловлен тяжелой черепно-мозговой травмой и поздним обращением в стационар. Несмотря на применение малоинвазивных методов оперативного вмешательства, в 3 (8,8%) случаях после операции остался неврологический дефицит, который был связан с наличием большого объема внутримозговой гематомы. В остальных случаях удалось добиться удовлетворительных и хороших отдаленных результатов.

Вывод. Таким образом, применение в качестве одного из элементов комплексного лечения сочетанных травм одномоментной операции на головном мозге и раннего остеосинтеза переломов конечностей позволило значительно улучшить качество лечения, снизить временную нетрудоспособность, инвалидизацию, летальность при тяжелых сочетанных и множественных травмах у детей.

РАБОТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

М.В. Карева, А.Ю. Симонова, М.М. Поцхверия

**НИИ скорой помощи
им. Н.В. Склифосовского, Москва**

**ФГБОУ ДПО «Российская медицинская
академия непрерывного профессионального
образования» МЗ РФ, Москва**

Приемное отделение для пациентов с острой химической травмой является важным звеном в лечебно-диагностическом процессе. Успех лечебных мероприятий у пациентов с острыми экзотоксикозами зависит от оперативности оказания первичной медицинской помощи и точности первичной диагностики, которая определяет весь дальнейший диагностический и лечебный алгоритм.

Цель исследования. Выявить особенности работы приемного отделения токсикологического центра, с учетом тяжести и разновидности острых отравлений.

Материал и методы. По данным годовых отчетов, ежегодно в приемное отделение для пациентов

с острыми отравлениями и соматопсихиатрическими расстройствами НИИ СП им. Н.В. Склифосовского поступает около 3500 больных с острой химической травмой.

Результаты. При поступлении пациенты условно распределялись на 4 группы, исходя из срочности и однородности необходимых мероприятий. 1 группа – пациенты, которые нуждались в немедленном оказании неотложной помощи (1–2%). Они были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), минуя приемное, по жизненным показаниям. 2 группа (около 45%) – это больные с отравлениями тяжелой степени, в том числе с нарушением уровня сознания, гемодинамических показателей и другими различными угрожающими жизни состояниями. Пациенты были госпитализированы в ОРИТ после проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий в приемном отделении. 3 группу (30%) составили пациенты с отравлениями средней степени тяжести, не требующие реанимационных мероприятий, в том числе проведения экстракорпоральных методов детоксикации, но нуждающихся в динамическом наблюдении и симптоматическом лечении. Пациенты были госпитализированы в отделение острых отравлений. 4 группа (25%) – пациенты, не требующие проведения реанимационных мероприятий, но нуждающиеся в проведении дальнейшего дифференциально-диагностического поиска и уточнения диагноза. Пациенты данной группы были госпитализированы в диагностическую палату приемного отделения.

Большинству из них проводили промывание желудка через зонд, вводили энтеросорбент, проводили инфузионную, симптоматическую, при наличии показаний – специфическую (антидотную) терапию и интубацию трахеи. Пациенты 4 группы требовали от врача-токсиколога приемного отделения более пристального внимания и дополнительного обследования. Как правило, пациенты были консультированы другими профильными специалистами, им проводили более полный объем диагностических мероприятий, а также химикотоксикологические исследования для определения концентраций токсикантов в биосредах, что способствовало более точной постановке диагноза и оценки тяжести состояния больных. Для уточнения степени и протяженности ожога пациентам с отравлениями веществами разъедающего действия после зондового промывания желудка проводили эзофагогастродуоденоскопию. Проводилась дифференциальная диагностика между отравлением угарным газом и термоингаляционной травмой с помощью применения фибробронхоскопии и определения концентрации карбоксигемоглобина в крови. Проводилась дифференциальная диагностика с пищевым бактериальным отравлением.

Осуществлялась консультация врачей-инфекционистов.

Выполнялись консультации специалистов необходимых профилей. Проводился более полный объем диагностических мероприятий, необходимых для точной и своевременной диагностики различных патологических состояний – это биохимические, гемореологические и иммунологические исследования крови, гемограммы, определение кислотно-основного состояния крови (КОС). Осуществлялась функциональная диагностика, включающая рентгенологические исследования, электрокардиографию, а также при необходимости – радиоизотопное исследование печени и почек, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ).

После консультации врача-психиатра пациенты, не нуждающиеся в лечении в условиях токсикологического стационара, были переведены в наркологические и психиатрические стационары.

Заключение. Из изложенного выше следует, что сортировка пациентов на современном этапе с острой химической травмой при поступлении в приемное отделение токсикологического центра осуществляется исходя из степени срочности оказания необходимой медицинской помощи и однородности необходимых лечебных, диагностических мероприятий, что способствует рационализации и регулированию потока пациентов.

**THE DIFFERENCE BETWEEN COSTS,
COST-EFFECTIVENESS, UTILITY AND VALUE
IN TRAUMA CARE. HOW USING CORRECT
TERMINOLOGY AND METHODOLOGY MAY SAVE
MILLIONS OF DOLLARS IN CENTRAL ASIA**

*Johanna Ludwig¹, Axel Ekkernkamp^{1,2},
Steffen Fleßa³, and Dirk Stengel²*

**Department of Trauma and Orthopaedic
Surgery, BG Klinikum Unfallkrankenhaus
Berlin gGmbH, Berlin, Germany**

**Division of Medicine, BG Kliniken – Klinikverbund
der gesetzlichen Unfallversicherung
gGmbH, Berlin, Germany**

**Faculty of General Business Administration
and Health Management, University
of Greifswald, Greifswald, Germany**

**Corresponding address: Dr. Johanna Ludwig, MSc,
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH,
Berlin, Germany, E-mail johanna.ludwig@ukb.de**

Trauma care in low- to middle-income countries (LMIC) is perceived to be challenged by the mismatch between a still high injury burden and limited financial resources.

Because of its concerted and major efforts to improve public health in various areas, Uzbekistan is regarded a role model for other LMIC, specifically Central Asian countries. According to recent (i.e., 2021) data of the Global Burden of Disease program and World Health Organization's (WHO) Global Health Observatory (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>), road traffic injuries, falls and self-harm, rank first to tenth (depending on individual centiles) in the Uzbek population <55 years of age, representing the most important contributors to the gross national product. It is vital to avoid their loss from both an ethical and economic perspective.

The granularity of WHO data does not allow for distinguishing between occupational and non-occupational injuries. Also, incidents like burns, drowning, violence (i.e., stabbing, shooting) are not, infrequently or arbitrarily recorded, causing uncertainty in the epidemiology of traumatic causes of death, years of life lost (YLL), quality-adjusted life years (QALY), disability-adjusted life years (DALY), and other common indices.

Basically, lives are lost by two different mechanisms in this scenario. Raw mortality because of serious injuries incompatible with life (e.g., severe brain trauma) can only be avoided by primary prevention, behavioral interventions, law enforcement, road and workplace safety etc. Deaths of victims with potentially survivable injuries, who pass away because of insufficient rescue services, inappropriate care on site and in hospital, are, however, unacceptable. Secondary prevention (i.e., best and evidence-based clinical practice, and introduction of state-of-the art imaging, surgical, and other health-technology) must take effect here. While direct costs of implementing these measures may appear unjustifiable high, they are likely to pay-off in the long run.

The economic terms costs, cost-effectiveness, utility, and value are often used interchangeably, leading to misallocation of resources and suboptimal patient outcomes. Understanding these distinctions is crucial for making informed decisions that can enhance the efficiency and impact of trauma care. We like to introduce the audience to this important terminology and trade-off, exemplified by integral milestones of the patient's journey from the pre-hospital scene until discharge.

Costs are the direct and indirect expenditures associated with healthcare services. Cost-effectiveness measures the cost per unit of health outcome, guiding the selection of interventions that provide the most health benefits for the least cost. Utility, often measured in quality-adjusted life years (QALY), reflects the perceived value of health outcomes, combining both the quality and quantity of life. Value integrates cost-effectiveness and utility, focusing on achieving the best health outcomes at the lowest cost. Studies highlighted that precise use of these concepts and methodologies in

economic evaluations leads to more efficient resource allocation.

Reorganizing the trauma and emergency response system in Germany according to principles of the American College of Surgeons (ACS) and the American Association for the Surgery of Trauma (AAST), building trauma networks and accrediting hospitals according to their level of care required years, money, and persuasiveness- while its possible benefits were still not proven scientifically. There are, however, some interventions which turned out highly cost-effective and are recommended to be established in the Uzbek trauma response system. This includes 1. stabilization of the pelvis by binders, 2. immediate needle decompression of a pneumothorax (followed by proper chest tube relief), 3. systemic provision of tranexamic acid within 3 hours (not pre-clinically), 4. refraining from crystalloid solutions and transfusion of fresh frozen plasma, erythrocyte and thrombocyte concentrates in a 1 : 1 : 1 ratio (i.e., damage-control resuscitation), 5. immediate whole-body, contrast-enhanced computed tomography. The mentioned processes and interventions take place in the first hour after admission to the trauma bay, may realistically claim half of the costs spent for an individual case, but will explain more than 90% of the patient's progress and his or her outcome.

The proper use of economic terminology and methodologies is essential for optimizing trauma care in LMIC. Distinguishing between costs, cost-effectiveness, utility, and value will enable healthcare policymakers to derive informed decisions, prioritize high-impact interventions, and allocate resources more efficiently.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ РЕАНИМАЦИИ

Р.М. Мамадалиев, О.М. Мирзаев

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Фебрильные судороги – довольно частая причина госпитализации детей в отделение детской реанимации. Актуальность проблемы фебрильных судорог предопределяется возможностью трансформироваться в различные доброкачественные резистентные эпилептические синдромы, а также в случае статусного течения влиять на нервно-психическое развитие.

Фебрильные судороги – это судороги, возникающие в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, связанные с лихорадкой, нейроинфекцией (менингит, энцефалит), протекающие с высокой температурой. Случаи, когда возникновению фебрильных судорог предшествуют афебрильные пароксизмы, не относятся к данной группе.

В отделении детской реанимации в 2023 году находились на лечении 77 больных детей с диагнозом ОРИ, гипертермический судорожный синдром, из них до 1 года – 8 (10,4%), от 1 года до 3 лет – 38 (49,3%), старше 3 лет – 31 (40,3%).

Больные доставлялись сразу в ОРИТ, минуя приемный покой. Экстренная помощь включает, прежде всего, обеспечение оптимального положения больного – на боку, с головой, опущенной несколько ниже туловища, и доступом свежего воздуха, освобождением от лишней одежды. Для купирования судорог мы используем диазепам (седуксен) в дозе 0,2–0,5 мг/кг внутривенно или per rectum, при статусном течении проводится интубация трахеи с переводом на ИВЛ с подачей кислорода. С целью дезинтоксикации проводится инфузия р-ра Рингера. Для снижения температуры тела в первую очередь проводим обтирание тела теплой водой мягкими тампонами. Следует избегать быстрого снижения температуры – это может вызвать метаболические нарушения в организме, которые способствуют второй волне температурной реакции в ответ на инфекцию и вероятности развития повторного пароксизма фебрильных судорог.

Из антипиретиков используем парацетамол в виде свечей. Для профилактики рецидивов фебрильных судорог назначаем карбамазепин орально в дозе 10 мг/кг 2 раза в день.

Больные в отделении осматриваются невропатологом, при необходимости делаются дополнительные обследования и назначения. Все дети с улучшением на 2–5-е сутки были переведены в отделение педиатрии. После выписки из стационара дети направляются к невропатологу для диспансерного наблюдения.

Своевременное купирование судорог, проведение дезинтоксикации, контроль за динамикой температурной реакции и профилактика антиконвульсантами позволили нам избежать рецидивов судорог и осложнений со стороны ЦНС.

ВНУТРИКОСТНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ДОСТУП КАК АЛЬТЕРНАТИВА ВНУТРИВЕННОМУ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ И ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

***И.П. Миннуллин, А.В. Жиров,
В.Л. Радушкевич, Е.Н. Перевозчиков***

**Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова**

Внутрикостный сосудистый доступ (ВКСД) – это дополнительная возможность введения медикаментов и инфузионных сред в организм через костную кровеносную систему с помощью специальных

устройств. Этот метод может быть использован как альтернатива внутривенному доступу при оказании скорой медицинской помощи в случаях, когда доступ к венам затруднен или невозможен. По опыту авторов и данным литературы, число таких случаев достигает 17–30%.

Доказано, что скорость наступления эффекта от вводимых лекарственных препаратов одинакова как для внутривенного, так и для внутрикостного введения. Внутрикостно можно вводить любые лекарственные препараты и инфузионные среды, предназначенные для в/в введения, а дозы внутривенно и внутривенно вводимых лекарственных препаратов одинаковы. Важно то, что ВКСД позволяет быстро и просто осуществить доступ к кровотоку с высоким процентом успешности (96%) уже с первой попытки. При этом необходимым условием безошибочного и быстрого выполнения ВКСД является освоение мануального навыка внутрикостного сосудистого доступа на тренажере. Для этого нами разработан специальный тренажер КТ УВК М и необходимые методические материалы.

Данное сообщение основано на опыте 100 случаев выполнения ВКСД с использованием различных устройств персоналом станции СМП Белгородской области в 2022–2024 годах.

Наиболее часто (79 наблюдений) ВКСД использовали при выполнении интенсивной терапии и реанимации при остановке/фибриляции сердца, травмах, желудочном кровотечении с гиповолемией, остром коронарном синдроме, кардиогенном шоке, остром нарушении мозгового кровообращения, ЧМТ, отравлениях.

Для оценки эффективности ВКСД при оказании СМП мы выбрали группу пациентов (61), у которых имели место критические нарушения жизненно важных функций, вплоть до возникновения терминального состояния. Оказалось, что использование ВКСД в догоспитальном периоде медицинской помощи позволило безотлагательно и в полном объеме выполнить намеченный алгоритм действий и добиться положительного результата в лечении 48 пациентов из 61 (78,7%). Полагаем, что у данной группы пациентов (61) положительный результат выполнения ВКСД был обусловлен не самой манипуляцией, а возможностью без промедления провести медикаментозно-инфузионное воздействие через внутрикостный сосудистый доступ.

Под положительным результатом пониманием восстановление деятельности сердца при его асистолии или фибрилляции, устранение артериальной гипотензии и дефицита объема циркулирующей крови, позитивную динамику или восстановление сознания, нормализацию дыхания. Другими словами, это восстановление и стабилизация грубо нарушенных жизненно важных функ-

ций в догоспитальном периоде медицинской помощи.

В ряде наблюдений ВКСД использовали в случаях, когда внутривенный доступ был технически затруднен: ожоги (2), отморожения (3), судорожный синдром (3), патологическое ожирение (3), выраженные отеки (3), общее переохлаждение (2), «патология» периферических вен наркомана (5). Во всех перечисленных случаях ВКСД был успешно выполнен, и с его помощью проведена намеченная терапия. Следовательно, ВКСД может выступать в качестве альтернативы в/в доступа к кровеносной системе при невыраженности периферической венозной сети или сложности выполнения пункции/катетеризации вены из-за судорог.

В 9 случаях ВКСД выполняли в санитарном транспорте во время движения автомобиля. Эти наблюдения показали реальную выполнимость ВКСД в «стесненных» обстоятельствах, на фоне вибрации, тряски и тем более – если персонал СМП или пациент находится в средствах индивидуальной защиты (каска, бронежилет, разгрузка, защитная камуфляжная одежда). В этих условиях ВКСД является безальтернативной возможностью быстрого «старта» (несколько секунд) медикаментозно-инфузионного воздействия и выполнения всего алгоритма спасения пациента с грубо нарушенными жизненно важными функциями.

Таким образом, ВКСД является эффективным и безопасным способом получения доступа к кровеносной системе пациента. Это относится к случаям невыраженности периферической венозной сети, спавшихся вен из-за низкого артериального давления и «стесненных» обстоятельств. Особенно это актуально, когда пациент находится в критическом состоянии и требуется срочное введение медикаментов и инфузионных сред.

СТРАТЕГИЯ «BRIDGE» ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ОСТАНОВКАХ КРОВООБРАЩЕНИЯ

А.Г. Мирошниченко¹, Д.В. Бузанов^{1,2}

**¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения**

**²«Городская Александровская больница»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Актуальность и сложность организации оказания неотложной медицинской помощи пациентам с внезапной внебольничной остановкой кровообращения не вызывает сомнений. Несмотря на современные возможности продолжения проведения длительной расширенной реанимации у пациентов с потенциально обратимыми причинами остановки

кровообращения в раннем госпитальном периоде, после доставки в стационар в состоянии клинической смерти, при догоспитально начатой механической СЛР, проблемы окончательно не решены и до настоящего времени.

В связи с этим проведены исследования на базе ГБУЗ «Александровская больница» с целью показать эффективность и перспективность применения механической аппаратной СЛР при внезапных внегоспитальных остановках сердца в рамках реализации «bridge»-стратегии при потенциально обратимых остановках кровообращения в условиях мегаполиса за период с 2013 по 2023 год. Проанализировано 510 случаев проведения реанимационных мероприятий с применением УАК «Lucas-2» при ВОК как в БКС и рентген-хирургической операционной, так и при продолжении СЛР у пациентов, доставленных бригадами ГССМП в состоянии клинической смерти при проведении СЛР с применением УАК («Lucas-2»).

Подведен итог результатов практической реализации «bridge»-стратегии при потенциально обратимых внегоспитальных остановках кровообращения на опыте взаимодействия реанимационных бригад скорой помощи и крупного многопрофильного стационара скорой помощи – первого стационара в России, начавшего использовать при проведении длительной сердечно-легочной реанимации аппарат для механической компрессии грудной клетки «Lucas-2».

Проведена оценка эффективности проведения механического массажа сердца при транспортировке пациента с ВОК в стационар, а также изучены возможности практической реализации «bridge»-стратегии при потенциально обратимых внегоспитальных остановках кровообращения на опыте взаимодействия реанимационных бригад скорой помощи и крупного многопрофильного стационара скорой помощи.

Результатом исследования явились рекомендации, что при проведении механической СЛР чрезвычайно важно комплексно оценивать эффективность работы систем компрессии грудной клетки (типа «Lucas-2»): 1) качество компрессии определяется их непрерывностью, стабильностью по частоте и глубине; 2) необходимо оценивать достаточность перфузионного давления для обеспечения жизненно важных органов. При эффективной М-СЛР определяются отчетливая пульсация на магистральных артериях, уменьшение степени выраженности цианоза кожных покровов, систолическое давление во время компрессий около 70 мм рт. ст., «оживление» зрачковых рефлексов; 3) резервы организма и переносимость им гипоксемии и гипоксии (в 1-ю очередь – центральной нервной системы).

Выводы. «Bridge»-стратегия эффективна в обеспечении преимущественности догоспитального и ран-

него госпитального этапа при проведении СЛР, а в ряде ситуаций оказывается целесообразной и необходимой при потенциально обратимых причинах внезапной внегоспитальной остановки кровообращения при выработанной и обеспеченной логистической схеме ведения таких пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ «СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» У СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ ФГБОУ ВО ПСПБГМУ ИМ. И.П. ПАВЛОВА

Н.А. Павлюц, В.М. Теплов

**ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
МЗ Российской Федерации**

В Российской Федерации (РФ) отмечается выраженный дефицит врачей скорой медицинской помощи (СМП). При этом в 2022 году в ординатуру ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова по специальности «скорая и неотложная медицинская помощь» был зачислен 21 человек на 49 мест, что составило лишь 43%. Правительством РФ был принят ряд действий, направленных на решение кадровой проблемы в службе СМП. Одним из них стало Постановление от 19.08.2022 № 1448 «Об установлении случаев и условий допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования, к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием, а также лиц с высшим медицинским образованием к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием и высшим медицинским образованием в составе выездной бригады скорой медицинской помощи», позволяющее выпускникам специалитета по специальности «лечебное дело» работать на должности фельдшера/врача скорой медицинской помощи. Для повышения уровня подготовки будущих выпускников в ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова было решено сформировать отдельный учебный цикл на 5 и 6 курсах «Скорая и неотложная медицинская помощь». На 5 курсе цикл представлен выездной практикой, в ходе которой студент выступает в роли помощника врача СМП на протяжении 2 недель. Цикл на 6 курсе также продолжается 2 недели, но сфокусирован на стационарном периоде скорой медицинской помощи (неотложная хирургия, токсикология, реанимация и ультразвуковая диагностика). Нами было проведено добровольное анонимное тестирование обучающихся, на основании которого оценивалась заинтересованность студентов в дальнейшей про-

фессиональной ориентации в области экстренной медицины. Было опрошено 777 человек.

Результаты. За время обучения студенты, большая часть которых (65,6%) не имела опыта в экстренной медицине, успели ознакомиться с профессией. Сводные данные опросов студентов за 2022/23 и 2023/24 учебные годы показали, что в большей степени заинтересованность к реализации себя в «экстренных» медицинских специальностях видят студенты, прошедшие полный цикл подготовки (на 5 и 6 курсах), в этом случае заинтересованность выросла с 12% до 33,9% от общего числа анкетированных. Те же, кто проходил учебную программу «Скорая и неотложная медицинская помощь» лишь в рамках 6 курса, незначительно изменили свою профессиональную траекторию (с 13,9% до 16%). Вероятно, это связано с большей открытостью студентов 5 курса при выборе будущей профессии, в то время как ближе к окончанию обучения большая часть студентов уже определяется со своей будущей специализацией.

Таким образом, более раннее знакомство обучающихся в медицинских вузах с экстренной медициной позволяет им активнее формировать свой профессиональный вектор развития в этом направлении.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

В.Г. Пасько, В.В. Бояринцев, С.В. Журавлев, Д.Е. Кутепов, Д.В. Момот

Клиническая больница № 1 (Воынская)
Управления делами Президента РФ

Центральная государственная медицинская академия
Управления делами
Президента РФ, Москва

Актуальность. Совершенствование реанимационных технологий способствует увеличению числа лиц, перенесших критические состояния (КС). Среди выживших лиц отмечается рост полинейромиопатий критических состояний. Нервно-мышечные нарушения выявляются у 57% (в диапазоне 9–87%) пациентов, находящихся в КС.

КС сопровождаются сначала ограничением функций, затем – потерей массы тканей и органов, развивается ПОН. Неделя постельного режима приводит к потере примерно 7% ОЦК, сила и мышечная масса снижаются на 4–5%. В КС больному поступает огромный поток возбуждающей афферентации, нарушается биоритм сна и бодрствования, возникают психические расстройства от беспокойства до делирия. Требуется применение снотворных, нейролептиков, которые не решают проблему активизации пациентов, а усугубляют.

Длительное замещение функций приводит к их утрате: ИВЛ – к утрате спонтанного дыхания из-за слабости дыхательных мышц грудной стенки и диафрагмы; поддержание кровообращения катехоламинами – к надпочечниковой недостаточности и гипотонии; седация – к тяжелому угнетению высшей нервной деятельности. У обездвиженных пациентов «тают» скелетные мышцы, особенно нижних конечностей, и это приводит к большим проблемам восстановления их силы, массы. Теряется способность не только ходить, стоять, сидеть, но и двигаться в постели. Обездвиженность приводит к тромбозам.

В КС, как и в травматической болезни, мы выделяем 4 периода: 1 – острый – период шока (6–48 часов); 2 – подострый – ранний период полиорганной недостаточности (ПОН) (от 3 до 7 суток); 3 – поздний период ПОН (высока вероятность развития инфекционных осложнений) – от 2 недель до 1 месяца; 4 – период реконвалесценции.

Лечение КС в остром периоде: 1. Операция с максимально возможным восстановлением функции. 2. Восстановление гемодинамики – восполнение ОЦК, ГО (Нв = 90–100 г/л). 3. Обеспечение доставки O_2 тканям. 4. Лечебно-охранительное торможение ЦНС. 5. Обезболивание. 6. При необходимости – экстракорпоральные методы лечения. *Реабилитация противопоказана!*

Многоуровневое обезболивание. Афферентная блокада: регионарная анестезия+ НПВС + антигистаминные. Продленное регионарное обезболивание с использованием катетерной техники в течение 3–5 дней полностью купирует болевой синдром и обеспечивает лечебно-охранительное торможение ЦНС. Нейровегетативная защита: нейролептики, ганглиолитики. Воздействие на перцепцию боли (в ЦНС): наркотические анальгетики, перфалган, транквилизаторы, общие анестетики. Во 2-й период КС: уменьшение седации и использование анальгетических концентраций местных анестетиков при продленных блокадах. 3-й период КС: применение НПВС, обезболивающих пластырей, физиотерапевтических методов, ЛФК.

Лечение КС в подостром периоде. 1. Доставка кислорода тканям – различные варианты респираторной поддержки от ингаляции O_2 до различных вариантов ИВЛ. Чем дольше ИВЛ, тем труднее восстановить спонтанное дыхание, тем больше инфекционных осложнений со стороны дыхательных путей и смежных структур (полисинуситы, свищи трахеи и пищевода, медиастинит и др.).

2. Оптимизация кровоснабжения тканей, восстановление микроциркуляции. Норадреналин желательно сочетать с допином для сохранения кровотока внутренних органов. Для восстановления микроциркуляции – гепарин, папаверин, глюкозо-новокаиновая смесь. Применение серо-

тонина 1 мг/час увеличивает объемную скорость капиллярного кровотока в 20 раз, быстро купирует ОРДС. Для профилактики реперфузионного синдрома и вторичного повреждения тканей необходимо применять аллопуринол 300 мг/сут, а для лечения оксидативного стресса – мексидол – 800–1200 мг/сут.

3. Дальнейшее лечение и устранение всех видов ПОН. Адекватное восполнение энергетических потребностей – от парентерального до полноценного энтерального питания. Важен глютамин (дипептивен) для восстановления альвеолоцитов, энтероцитов.

4. Начало реабилитации – после выхода из шока – облегченная физиотерапия и ЛФК.

Реабилитация дыхания и гемодинамики в большинстве случаев понятна реаниматологам, но иногда требуется привлечение кардиологов, пульмонологов. Реабилитация психического статуса – с психиатрами, неврологами: лечение делирия, когнитивных расстройств, нормализация сна и бодрствования. Реабилитация питательного статуса – с гастроэнтерологами, нутрициологами. Реабилитация иммунной системы: коррекция клеточного иммунитета на ранних этапах КС (имунофан и полиоксидоний), на поздних – иммуноглобулины. Реабилитация двигательной активности: смена положений тела, пассивная гимнастика, массаж, электростимуляция мышц конечностей, туловища, Корвит.

Поздний период КС: дальнейшее лечение саркопении, расширение физиотерапии и ЛФК с увеличением нагрузок и объема движений (мотомед и т. д.).

Вывод. Быстрая стабилизация органов и систем, раннее начало реабилитационных мероприятий сокращает длительность ИВЛ, пребывание в палатах ИТ и уменьшает расходы на лечение больных, перенесших КС.

SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM BO'LIMLARINING «EMERGENCY DEPARTMENT»GA TRANSFORMATSIYASIDA SHTATLARNING OPTIMALLASHTIRILISHI

Riskiyeu U.R., Ibragimov X.F

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni
saqlash vazirligi**

Maqsad. Markaziy tuman (shahar) kasalxonalarining shoshilinch tibbiy yordam bo'limlarining (SHTYOB) shoshilinch qabul bo'limlari (Emergency department) shaklida tashkil etilishida tibbiyot xodimlarining shtat o'rinlari optimallashtirilishini baholash.

Natijalar. Markaziy tuman (shahar) kasalxonalarining SHTYOB'lari Emergency department bo'limlariga o'tkazilishi respublika bo'yicha 30 o'rindan kam

SHTYOB bo'lgan 65 ta kasalxonada shifokor xodimlari shtat birliklari o'zgartirilmasdan o'tkazildi. Bundan tashqari, har bir Emergency departmentning «qizil» hududiga qo'shimcha 3,75 shtat birlik, 1 ta kechki va tungi navbatchilik anesteziolog-reanimatolog posti (jami 243,75 shtat birligi) tashkil etildi. O'rta tibbiyot xodimlari shtat o'rinlari o'zgarishsiz o'tkazilgan va SHTYOB shifo o'rinlari tegishli bo'limlarga o'tkazilishi hisobiga jami 56,5 o'rta tibbiyot xodimlari shtat birligi (xirurgiya bo'limida 19,75; terapiya bo'limida 17,5 va pediatriya bo'limida 19,25) qo'shib berildi. Maqbullashtirish faqat kichik tibbiyot xodimlaridagina amalga oshirilgan. Har bir markaziy tuman (shahar) kasalxonalarida 1,0 shtat birligidan bo'lim bekasi, Respublika bo'yicha jami 65 ta (30 o'ringacha bo'lgan jami 65 ta SHTYOB shtatlarining 1,7%) shtat birligi maqbullashtirilgan. Bu jismoniy shaxslarning ishdan ketishiga olib kelmagan. Aksincha, SHTYOB 30 o'rindan kam bo'lgan SHTYOB larning shifo o'rinlari boshqa bo'limlarga berilishi hisobiga qo'shimcha jami 188,5 shtat o'rni palata tozalovchi kichik tibbiyot xodimi va 57,5 ovqat tarqatuvchi shtat birligi qo'shildi. Agar maqbullashtirilgan kichik tibbiyot xodimlari shtat o'rinlari bilan qo'shilgan shtat o'rinlari balansi olinsa, 116 ta shtat o'rin kichik tibbiyot xodimlariga yaratilganini ko'rish mumkin.

30 o'rindan ko'p bo'lgan SHTYOBni Emergency department bo'limlariga o'tkazilishida 116 ta kasalxonada shifokorlar shtatlaridan pediatr shtatidan 5,25 shtat birligi (respublika bo'yicha jami 609 shtat birligi) kamaytirildi va qabul xonaning «qizil» hududiga qo'shimcha 3,75 shtat birlik 1 ta kechki va tungi navbatchilik anesteziolog-reanimatolog posti (jami 435 shtat birligi) tashkil etildi. Pediatriya bo'limiga o'tkazilgan shifo o'rinlari hisobiga bo'limda qo'shimcha 55,5 pediatr shifokori shtat birligi qo'shildi. 30 o'rinlik SHTYOB larda 2022-yilgacha palata hamshiralarning har biriga 6 tadan bemor to'g'ri kelgan. Markaziy tuman (shahar) kasalxonalarining boshqa bo'limlarida esa xirurgiya hamshirasiga 25 nafar, terapiya hamshirasiga 20 nafar va pediatriya hamshirasiga 15 nafar bemor birlashtirilgan. Emergency departmentga SHTYOB xodimlarining o'tkazilishida 1 shifokor mutaxassisga (xirurg, terapevt va pediatr) bittadan hamshira bemorlarni qabul qilishga yordamlashadigan bo'ldi. SHTYOBdagi «palata» hamshiralari xirurgiya hamshirasi, terapiya hamshirasi va pediatriya hamshirasi deb qayta nomlandi. 30 va undan ko'p o'rinli SHTYOBlar Emergency departmentga o'tkazilishi natijasida katta hamshira, bog'lov xona hamshirasi va operatsiya zali hamshiralari o'rni saqlab qolingan. 181 ta kasalxonadagi SHTYOBning maqbullashtirilgan o'rinlarini tegishli xirurgiya bo'limiga o'tkazilishi natijasida o'rta tibbiyot xodimlarining jami 83 shtat birligida, terapiya bo'limiga o'tkazilishi natijasida 75,75 shtat birligida va pediatriya bo'limiga o'tkazilishi natijasida 101 shtat birligi qo'shimcha ravishda paydo

bo'ldi (jami 259,75 shtat birligi). Demak, o'rta tibbiyot xodimlari o'rnidan jami 958,25 shtat birligi qisqartirildi. Kichik tibbiyot xodimlaridan esa jami 116 ta bo'lim bekasi va 551 palata kichik tibbiy xodimi maqbullashtirilishi hamda SHTYOBning shifo o'rinlari tegishli bo'limlarga o'tkazilishi hisobiga har 30 shifo o'rniga 4,75 shtat o'rni palata kichik tibbiy xodimi hamda har 20 ta shifo o'rniga 1,0 shtat birligida ovqat tarqatuvchi shtatlari paydo bo'ladi. Umumiy hisobda olganda 577 shtat birligida palata kichik tibbiy xodimi va 182,25 shtat birligida ovqat tarqatuvchi kichik tibbiyot xodim shtatlari yaratilgan. Bu ko'rsatkichlar balansi olinganda kichik tibbiyot xodimlarida 92,25 shtat birligi yaratilgan bo'ladi.

Xulosa. SHTYOB avvalgi va yangi shtat me'yorlari tahlili 181 ta markaziy tuman (shahar) kasalxonasi SHTYOB maqbullashtirilishi natijasida shifokorlardan xirurg va terapevt shtat birliklari o'zgarmagani, pediater shtati 537,75 ga maqbullashtirilgani hamda qo'shimcha 678,75 anesteziolog-reanimatolog shtat birligi yaratilganini ko'rsatdi. O'rta tibbiyot xodimlarining esa 958,25 shtat o'rni maqbullashtirilgani va 208,25 kichik tibbiyot xodimi shtat birligi qo'shilganini ham ko'rish mumkin.

SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM BO'LIMLARI SHIFO O'RINLARINING MAQBULLASHTIRILISHI

Riskiyeu U.R., Bobayev F.F.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi

Maqsad. Markaziy tuman (shahar) kasalxonalari-ning shoshilinch tibbiy yordam bo'limlarini (SHTYOB) shoshilinch qabul bo'limlari (Emergency department) shaklida tashkil etilishida shifo o'rinlarining maqbullashtirilishini baholash.

Natijalar. SHTYOB 2022-yil boshiga qadar 181 ta markaziy tuman (shahar) kasalxonasining jami 4 794 ta o'rinda (kasalxonalardagi jami byudjet o'rinlarining 8,7%) faoliyat ko'rsatgan. Ushbu o'rinlar 3 ta kategoriyaga bo'lingan: 1 773 tasi (46,8%) shoshilinch xirurgiya, 1 535 tasi (27%) shoshilinch terapiya va 1 415 tasi (26,2%) shoshilinch pediatriya o'rinlari. SHTYOB larda o'rinlar soni 8 tadan (Navoiy viloyati Uchquduq tumani) 110 tagacha (Farg'ona viloyati Qo'qon shahri), Respublika bo'yicha o'rtacha $30,13 \pm 11,44$ tani tashkil etgan. 30 tagacha ($19,11 \pm 5,12$) o'rinlar soni 65 ta, 30 talik o'ringa ega SHTYOB 108 ta va 30 ($55,63 \pm 28,31$) tadan ko'p o'rinlar 8 ta markaziy kasalxonada bo'lgan.

Markaziy tuman (shahar) kasalxonalari o'z faoliyatini olib borayotgan o'rinlar soni respublika bo'yicha o'rtacha $3 431 \pm 1 094$ ni tashkil etdi. Eng ko'p o'ringa Farg'ona viloyati – 6 728 (12,3%) o'rin va Sirdaryo

viloyati eng kam – 1 705 (3,1%) o'ringa ega bo'lgan. Markaziy tuman (shahar) kasalxonalardagi 1 o'ringa to'g'ri keladigan aholi soni o'rtacha 668 tani tashkil etdi. Surxondaryo va Sirdaryo viloyatlari o'rtacha ko'rsatkichdan keskin ajralib turgan (tegishli ravishda 208 va 1 609 nafar). Kasalxonalardagi 54 593 o'rindan 4 794 (8,8%) o'rinni SHTYOBlar tashkil etgan. SHTYOB larda o'rinlar soni Namanganda (6,06%), Samarqandda (6,59%) va Qashqadaryoda (7,77%) kam ajratilgani sababli Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining (RSHTYOIM) ushbu viloyatlardagi hududiy filiallarida ish yuklamasi yuqori bo'lishiga olib kelgan. Aksincha, Navoiy (13,09%), Buxoro (10,67%) va Sirdaryo (10,56%) viloyatlarida SHTYOBlarga respublikaning boshqa hududlariga nisbatan markaziy tuman (shahar) kasalxonalari o'rinlaridan ko'proq o'rinlar ajratilgan. Bu viloyatlardagi RSHTYOIMning hududiy filiallarida ish yuklamasi boshqa filiallarga nisbatan birmuncha kamligini inobatga olinsa, shoshilinch tizimda kiritilayotgan yangiliklarni ushbu hududlarda oson joriy qilish imkonini beradi.

Hududlarda SHTYOBning 1 o'rniga to'g'ri keladigan aholi soni o'rtacha $7 052 \pm 2 820$ nafarni tashkil etdi. Surxondaryo va Navoiy viloyatlarida SHTYOBlarning 1 o'rniga tegishli ravishda 2 143 va 4 515 nafarni tashkil etgan. Sirdaryo viloyatida esa 15 240 nafarni tashkil etgan. SHTYOB o'rin fondi hududlar kesimida turlicha bo'lishi aholiga respublika bo'yicha bir xildagi sifatli yordam ko'rsatish imkonini chegaralaydi. Hududlar kesimida shoshilinch tibbiy yordamga bo'lgan murojaatlar soni va ularning aholi soniga nisbatan ko'rsatkichi hamda shoshilinch tizim shifoxonalardagi o'lim ko'rsatkichlari turlicha ekanligi ham yuqoridagi fikrni isbotlaydi.

Aholiga tez va shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishni yanada yaxshilash va yaqinlashtirish, shuningdek, 2022-yil 18-mart kuni o'tkazilgan O'zbekiston Respublikasi Prezidentining sog'liqni saqlash sohasi vakillari bilan «Tibbiyotdagi islohotlar – inson qadri uchun» mavzusidagi ochiq muloqoti doirasida belgilangan vazifalar ijrosini ta'minlash maqsadida O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 16-iyun kuni «Aholiga tez tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish to'g'risida»gi PQ-283-son qarori qabul qilindi. Unga ko'ra markaziy tuman (shahar) shifoxonalari shoshilinch tibbiy yordam bo'limlaridagi o'rinlari pediatriya, terapiya va xirurgiya bo'limlari tarkibiga o'tkazilib, bemorlarni kasallikning og'irlik darajasi bo'yicha saralaydigan (traj) tun-u kun ishlaydigan shoshilinch qabul bo'limlarini tashkil etish belgilangan. Topshiriqning ijrosi 2022-yil yakuniga qadar ta'minlangan.

SHTYOB 1 773 ta shoshilinch xirurgiya, 1 535 ta shoshilinch terapiya va 1 415 ta shoshilinch pediatriya o'rinlari markaziy tuman (shahar) kasalxonalari xirurgiya, terapiya va pediatriya bo'limlariga o'tkazildi. Qabul bo'limida esa aholiga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish sifatini oshirish uchun «traj» tizimi

asosida xizmat qiladigan Emergency department tashkil etildi.

Xulosa. Markaziy tuman (shahar) kasalxonasining SHTYOB shifo o'rinlarini tegishli xirurgiya, terapiya va pediatriya bo'limlariga o'tkazilishi hamda qabul bo'limida «triaj» tizimi asosida xizmat qiladigan Emergency department tashkil etilishi aholiga ko'rsatiladigan shoshilinch tibbiy yordam sifatining ortishiga olib keldi.

ОПЛАТА КРАТКОСРОЧНОГО СЛУЧАЯ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*В.М. Теплов, Е.А. Цебровская,
А.А. Коршунова, В.В. Бурыкина*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение. Появление стационарных отделений скорой медицинской помощи (СтОСМП) в структуре медицинских организаций позволяет пациентам, поступившим в экстренной и неотложной формах, обеспечить исчерпывающий объем лечебно-диагностических мероприятий в кратчайшие сроки от момента поступления. Это возможно благодаря концентрации материально-технической базы и кадровых ресурсов в круглосуточном режиме, что, в свою очередь, влечет за собой значительные затраты. В результате интенсивной круглосуточной работы при купировании острого состояния зачастую последующая госпитализация в профильное отделение не требуется. При этом в настоящее время нет механизма оплаты таких случаев, так как нет эффективного механизма тарифицирования законченных случаев в рамках СтОСМП, что, в свою очередь, нивелирует все его бесспорные преимущества.

В ходе исследования ставилась цель оценить экономическую эффективность работы СтОСМП.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 474 случаев оказания медицинской помощи при ухудшении течения гипертонической болезни больных, поступивших в клинику университета в экстренном и неотложном порядке с сентября 2019 по март 2020 г. Изучены сроки пребывания пациентов в стационаре, суммы выставленных счетов в зависимости от срока пребывания и соответствие проведенного объема обследования требованиям критериев качества оказания медицинской помощи. В последующем на базе полученных данных с помощью имитационного моделирования был выполнен сравнительный анализ перераспределения потоков пациентов терапевтического профиля в медицинской организации с наличием/отсутствием в структуре СтОСМП.

Результаты. При сохранении в имитационной модели СтОСМП в структуре организации за изучаемый период машинного времени было зафиксировано 2813 законченных случаев лечения, средняя стоимость которых составила 12 314±88 руб., а общая сумма выставленных случаев достигла 34 641 121,68 руб. Стоит отметить, что при данном эксперименте использовалось порядка 25% коечного фонда динамического наблюдения и отделения краткосрочного пребывания, что позволяло рационально использовать ресурсы больницы для поступления лиц иного профиля.

Во второй модели было исключено СтОСМП из структуры медицинской организации, а поток пациентов был направлен в два отделения терапевтического профиля. За расчетное время было зафиксировано 2769 случаев, средняя стоимость выставленного счета за одного пациента составляла 20 261,00±43,00 руб., общая сумма счетов – 56 104 713,20 руб. При этом обращало на себя внимание совокупное использование коечного фонда до 95%. Таким образом, в результате сравнения сопоставимого числа случаев оказания медицинской помощи общая сумма недофинансирования первой модели составила 39,26% при значимом увеличении пропускной способности стационара и соблюдении всех необходимых критериев оказания помощи данной группе пациентов.

Вывод. В настоящее время выполняемый объем работы в СтОСМП оплачивается в недостаточном объеме. С учетом повсеместного внедрения таких отделений требуется разработать эффективный механизм тарифицирования случаев оказания в них медицинской помощи.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*А.А. Уразбаев, А.Р. Джабберганов,
С.А. Омонбоев*

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Цель. Предметом постоянной дискуссии врачей скорой помощи и сотрудников приемных отделений специализированных стационаров является вопрос о качестве догоспитальной диагностики.

Материал и методы. Материалом исследования явились карты скорой помощи и истории болезни 350 пострадавших, поступивших в 2020–2022 гг. в Хорезмский областной филиал РНЦЭМП. Средний возраст пострадавших составил 43,3±1,0 года, большинство из них были мужчины: 65% травм были получены в результате дорожно-транспортных происшествий, падение с высоты имели место в 20% случаев. На месте происшествия у 23% по-

страдавших систолическое АД превышало 100 мм рт. ст., у 38% был диагностирован шок I степени, у 15% – шок II степени, у 16% – шок III степени, 8% находились в терминальном состоянии. Кроме того, 25% пострадавших находились в состоянии травматической комы. Срок доставки – $71,3 \pm 1,5$ мин.

Наиболее серьезной ошибкой догоспитальной диагностики при тяжелых ранениях и травмах является неоправданное стремление к установлению максимально подробного диагноза, что сопровождается удлинением времени догоспитального этапа и дополнительной травматизацией пациента при его полном раздевании.

Обязательной должна являться диагностика на догоспитальном этапе повреждений и жизнеугрожающих последствий травмы, выявление которых требует проведения конкретных лечебных мероприятий врачом скорой помощи:

- тяжелой черепно-мозговой травмы;
- тяжелой травмы позвоночника;
- открытого и напряженного пневмоторакса;
- ран, сопровождающихся кровотечением;
- эвентрации внутренних органов при ранении живота;
- переломов длинных трубчатых костей.

В целом на первом месте стоит выявление жизнеугрожающих последствий травмы, которые могут привести к гибели или ухудшению состояния пострадавшего в период транспортировки, диагностика должна иметь синдромный характер. Однако, к сожалению, она еще не стала общепризнанной среди практических врачей и руководителей скорой помощи.

Типичной ошибкой в устранении нарушений внешнего дыхания у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой является несоблюдение показаний к интубации трахеи и ИВЛ.

Другим распространенным недостатком обезболивания на догоспитальном этапе является по-прежнему нередкое применение промедола в качестве основного, а часто и единственного средства анальгезии.

Результаты. Наиболее частые ошибки инфузионной терапии, проводимой на догоспитальном этапе, связаны с тем, что ее объем и характер не в должной мере определяются травматическими факторами. Основными недостатками являются неоправданный отказ от проведения инфузионной терапии при шоке II, III степеней и терминальном состоянии, необоснованное увеличение объема инфузии при отсутствии шока и шока I степени (9%), превышение максимально допустимого объема введения коллоидных растворов (1%).

Выводы:

1. При травме опорно-двигательного аппарата при оказании помощи и лечении показаны наркоти-

ческие анальгетики, однако при сочетании повреждения конечности с черепно-мозговой травмой введение их становится противопоказанным или, например, сочетание повреждения грудной клетки и перелома плеча не даёт возможности наложить отводящую шину или торакобрахиальную гипсовую повязку.

2. Оказание помощи и лечение с множественной сочетанной травмой на догоспитальном этапе сопряжено с трудностями, связанными с тяжестью общего состояния больных и со сложностью диагностики ведущего повреждения.

ПРИМЕНЕНИЕ ИМИТАЦИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЕДИНОГО ЦЕНТРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Цебровская¹, В.М. Теплов¹, С.А. Григорьев²

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

²Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи Белгородской области», г. Белгород, Россия

Введение. Последние десятилетия на территории Российской Федерации проводится постепенная трансформация служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф в единые центры. Одним из субъектов, где этот процесс уже реализован, является Белгородская область. Результатом такого объединения стало формирование 3 медицинских округов (центральный, юго-восточный, северо-восточный) и создание единой диспетчерской службы.

Несмотря на явное преимущество централизации всех необходимых сил и средств, оценка функционирования подобной организационной модели широко не представлена.

Цель исследования заключалась в оценке функционирования Единого Центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф на примере Белгородской области.

Материалы и методы. Был осуществлен ретроспективный анализ деятельности службы скорой медицинской помощи (далее – СМП) до и после процесса объединения. Для оценки влияния трансформаций на своевременность оказания СМП нами была проведена детальная оценка организации эвакуации при техногенной чрезвычайной ситуации (далее – ЧС) на примере дорожно-транспортно-

го происшествия (далее – ДТП) с 14 пострадавшими на федеральной трассе М2-Крым, которое произошло до создания Единого Центра в январе 2019 г. С помощью имитационного моделирования были воссозданы эти события и выполнен анализ затраченного времени на эвакуацию всех пострадавших с места ДТП. Затем на виртуальной модели проведены организационные эксперименты с оптимизацией процесса эвакуации пациентов. Полученные данные экспериментов были подвергнуты статистическому анализу.

Результаты. В первом случае (согласно отчетам) все пациенты были маршрутизированы в ближайшие лечебные учреждения (ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ» и ОГБУЗ «Ивнянская ЦРБ»). По результатам исследования до объединения время на эвакуацию пострадавших с места ДТП составило 174 ± 3 минуты. При этом 20-минутный доезд соблюдался только у первых 2 пациентов. Во втором случае на виртуальной модели был организован Единый Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф. Все тяжелые пациенты в тяжелом и средне-тяжелом состоянии были доставлены в травмоцентр 1 уровня (ОГБУЗ БОКБ им. Св. Иоасафа), тогда как пациенты в легкой степени были распределены равномерно между ближайшими лечебными учреждениями (ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ» и ОГБУЗ «Ивнянская ЦРБ»). В данном случае выявлено достоверное снижение времени на эвакуацию всех пациентов до $49,4 \pm 1,2$ минуты, при этом все пациенты были доставлены в стационары в пределах «терапевтического окна».

Заключение. Виртуальный эксперимент наглядно продемонстрировал преимущество функционирования Единого Центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф. В случае централизации всех сил и средств время на эвакуацию всех пациентов при техногенном ЧС тратится значительно меньше, что в реальной жизни, и позволяет обеспечить лучшие результаты их лечения.

АНАЛИЗ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ ПРИ СОЗДАНИИ ЕДИНОГО ЦЕНТРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РЕГИОНАХ РФ

Е.А. Цебровская¹, В.М. Теплов¹, С.С. Москвина²

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Россия

²Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья МЗ РФ, г. Москва

Введение. Начиная с октября 2019 года в регионах Российской Федерации происходит централи-

зация служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф. Данное объединение направлено на создание Единого Центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф с единой диспетчерской службой (далее – ЕЦСМП и МК) и регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 827 от 2 октября 2019 года «Об утверждении целевой программы «Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф». Процесс централизации занимает длительное время и сопряжен с различными потенциальными рисками.

Цель исследования заключалась в анализе потенциальных рисков при создании Единого Центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

Материалы и методы. Исследование проводилось с помощью выборочного анкетирования руководителей станций скорой медицинской помощи (далее – СМП) в 35 субъектах России. При этом все потенциальные риски были разделены на три группы: экономические, административные и социальные. Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. По результатам анкетирования было выявлено, что в изучаемой группе 14 регионов завершили процесс создания ЕЦСМП и МК, 10 субъектов сформировали только единую диспетчерскую, 11 – продолжают функционировать как отдельные подстанции.

При оценке потенциальных экономических рисков среди опрошенных регионов была выявлена умеренная обратная связь между организационной формой службы СМП и уровнем экономических опасений. По нашему мнению, это говорит о том, что в процессе централизации возникает возможность равномерно распределять потоки финансирования, что, в свою очередь, позволяет избежать ожидаемых потерь.

Анализ административных потенциальных рисков показал чрезмерное опасение руководителей станций СМП на этапе планирования объединения. В то же время при реализации ЕЦСМП и МК система управления становится более структурированной, что позволяет более эффективно управлять административными рисками.

Относительно потенциальных социальных рисков результаты анкетирования продемонстрировали переоцененность данной группы рисков. Вне зависимости от организационной формы службы СМП эти опасения были сравнительно ниже других изучаемых рисков.

Заключение. Проведенный анализ анкетирования руководителей станций скорой меди-

цинской помощи продемонстрировал общее понимание соотношения потенциальных рисков и реально возникающих проблем при создании Единого Центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф в регионах Российской Федерации. В то же время в тех субъектах, где только планируется объединение, экономические и административные риски переоценены.

**РЕПРОДУКТИВНО ЗНАЧИМАЯ
ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕ ИНФИЦИРОВАННОГО
ВЫКИДЫША В АНАМНЕЗЕ: ДАННЫЕ
ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Л.Ш. Цечоева

**Государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-
исследовательский институт скорой
помощи им. И.И. Джанелидзе»**

Актуальность. Инфицированный выкидыш до сих пор остается актуальной проблемой здравоохранения ввиду высокого вклада данной патологии в структуру материнской смертности. При этом единичные проспективные исследования, выполненные в странах Европы и США, демонстрируют, что в зависимости от этиологического фактора и/или выраженности системной воспалительной реакции после перенесенного инфицированного выкидыша отмечается высокий удельный вес нарушения репродуктивной функции, вплоть до полной утраты репродуктивного потенциала.

Цель. Изучить распространенность репродуктивно значимой патологии у женщин с инфицированным выкидышем в анамнезе для разработки программы прегравидарной подготовки у данной когорты пациенток.

Материалы и методы. Выполнено одномоментное проспективное исследование по изучению распространенности абсолютных и относительных форм женского бесплодия, репродуктивно значимой патологии, а также определение корреляционных взаимоотношений между течением инфицированного выкидыша и последующим развитием бесплодия. Все женщины были в возрасте до 38 лет включительно, были замужем или имели постоянного полового партнера, в перспективе планировали беременность или имели выставленный на основании анамнеза диагноз вторичного бесплодия. Все пациентки проходили комплексное обследование, включающее необходимый объем для выставления дифференциального диагноза по уточнению варианта нарушения репродуктивной функции.

Результаты. По данным ретроспективного исследования, среди отобранных из общей базы женщин с инфицированным выкидышем ($n = 417$)

в анамнезе было отобрано 114 пациенток, соответствующих возрастным критериям, планирующих беременность и давших согласие на предусмотренный дизайном план обследования.

В результате обследования итоговой выборки было установлено, что наиболее частой репродуктивно значимой патологией был хронический эндометрит, превалентность которого составила 59,6% ($n=68$), при этом в данной подгруппе у 11 (9,6%) женщин имел место инкурабельный маточный фактор бесплодия: синдром Ашермана ($n = 6$), синдром тонкого эндометрия ($n = 5$). Преждевременное истощение функции яичников было диагностировано у 10 (8,8%) пациенток, трубное бесплодие – у 24 (21,1%) пациенток. Гиперпролактинемия и патология щитовидной железы, требующие назначения агонистов дофаминовых рецепторов и гормонозаместительной терапии химическими аналогами левотироксина, соответственно были диагностированы у 19 (16,7%) и 12 (10,5%) респондентов. С учетом сочетания всех установленных факторов потенциальной инфертильности нарушение репродуктивной функции было установлено у 85 (74,6%) женщин, при этом у 26 (22,8%) пациенток было диагностированы абсолютные формы женского бесплодия.

При корреляционном анализе между течением инфицированного выкидыша и наличием репродуктивно значимой патологии были установлены значимые факторы риска: срок выкидыша 14 недель и более, ангидрамнион, синдром системной воспалительной реакции 4 ст., анемия и/или наличие абсолютных патогенов (*C.trachomatis*, *M.genitalium*) в момент поступления в стационар.

Выводы. Результаты данного исследования демонстрируют высокую превалентность женского бесплодия и/или репродуктивно значимой патологии среди женщин с инфицированным выкидышем в анамнезе, среди которой на первой месте находится хронический эндометрит. Данное обстоятельство требует назначения реабилитационных мероприятий после выписки пациенток из стационара, включающих циклическое назначение прогестагенов и физиотерапевтическое лечение.

**СЛУЖБА ДИСТАНЦИОННОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СТРУКТУРЕ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК СПОСОБ
ОПТИМИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И
СБЕРЕЖЕНИЯ РЕСУРСА ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД**

*О.А. Чекулаева, К.В. Маслов, Г.В. Шилов,
М.А. Райков, Г.В. Шилов, Н.А. Суслов,
И.И. Серебренников*

**Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Московской области
«Московская областная станция скорой
медицинской помощи», г. Красногорск,
Российская Федерация**

Организация в структуре службы скорой медицинской помощи центра дистанционного консультирования, как самостоятельной структуры, позволяет достичь существенной оптимизации её работы по таким направлениям, как доступность и качество скорой медицинской помощи, оптимальное и бережливое использование кадрового ресурса. Достижение вышеуказанных целей очевидно и закономерно приводит к оптимизации финансовых затрат. Консультативная служба в Российской Федерации организована не только в Московской области, но и в таких городах, как Москва, Тверь, Казань и др. При этом нужно обратить внимание на то, что во всех этих городах она полностью и неотъемлемо интегрирована в структуру единого диспетчерского центра (ЕДЦ). При разработке архитектуры организации и административного управления центра дистанционного консультирования в Московской области мы исходили из того, что её территория, площадью 44,3 000 км² [1], включает в себя города и районы с разным уровнем плотности населения, а также исторически сложившимся уровнем инфраструктурного и индустриального развития, и, следовательно, нужно искать другие, инновационные подходы к его структуре и организации. Помимо вышеизложенного надо признать, что организация единого диспетчерского центра (ЕДЦ) требует весьма больших финансовых и административных ресурсов, что, безусловно, оправданно в условиях крупных мегаполисов, но далеко не всегда целесообразно при организации службы скорой медицинской помощи на индустриально-инфраструктурных и природно разнородных территориях. Успешный опыт реализации нашей архитектуры построения службы дистанционного консультирования на территории всей Московской области (которую можно принять за модель Федерального уровня) позволяет говорить о том, что она легко масштабируема на всю территорию страны.

В настоящий момент врачебно-консультативный центр ГБУЗ МО «МОССМП» работает функционально в двух основных направлениях: консуль-

тирование пациентов, обращающихся в службу скорой помощи и консультирование бригад скорой медицинской помощи узкопрофильными специалистами при выезде общепрофильной линейной бригады профильные вызовы.

По состоянию на сегодняшний день общепрофильным отделом ВКЦ выполняется порядка 450–500 консультаций в сутки, из которых 45–60% закрываются консультациями (то есть вызова бригады скорой помощи не требуется). Педиатрический отдел (создан 24.04.2024 г.) выполняет порядка 80–90 консультаций в сутки с достижением процента консультирования до 70%. Кардиологическим отделом расшифровывается в сутки 1200 ЭКГ, из которых не менее 30 процентов активно обсуждается с бригадами (что говорит о высоком запросе бригад СМП на узкопрофильную консультативную помощь), при этом в 1,2% случае изначально предполагаемый бригадой диагноз в ходе консультации радикально пересматривается. Приведённые данные позволяет признать реализацию проекта успешной.

Помимо этого, разработанная нами организационная структура службы дистанционного консультирования позволяет комплексно, внимательно и максимально бережно подходить к обеспечению её главнейшим ресурсом: кадровым. Специфика организации, функциональных обязанностей и условий труда позволяют привлекать специалистов с богатым опытом (в том числе тех, кому уже достаточно сложно выполнять функционал выездного врача линейной бригады), а уникальная, методически разработанная служба наставничества и адаптации позволяет привлекать и возвращать молодых специалистов.

Таким образом, можно утверждать, что наш опыт организации и применения службы дистанционного консультирования как самостоятельной структуры в системе организации скорой медицинской помощи сочетает в себе, помимо высокой эффективности (позволяя экономить и оптимально использовать главный ресурс службы скорой медицинской помощи – линейные выездные бригады), высокую гибкость, разумную простоту и прозрачность при создании «с нуля» и быструю безболезненную масштабируемость в любой стране мира.

**УЛУЧШЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ
ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ
МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ**

Б.А. Янгиев, Т.А. Алтиева, А.А. Махамматов

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Обструктивный бронхит – самое распространенное заболевание среди детей. Хронизация, инвалидизация и летальный исход бронхолегочных процессов остаются актуальными. Учитывая крайнее разнообразие патологоанатомических данных и клинических симптомов заболевания, истинная заболеваемость миокардитом у детей неизвестна из-за отсутствия единых диагностических критериев заболевания, а также практически полного отсутствия скоординированных многоцентровых исследований.

Цель исследования. Изучить эффективность небулайзерных ингаляций сальбутамола и перорального левокарнитина при обструктивном бронхите на фоне миокардита у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 40 детей в возрасте от 1 года до 8 лет с обструктивным бронхитом на фоне миокардита, которые получали стационарное лечение в педиатрических отделениях и отделениях детской реанимации Самаркандского филиала Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи. Больные подразделялись на 2 группы: I группа (20 больных) – дети с обструктивным бронхитом на фоне миокардита, II группа (20 больных) – дети с обструктивным бронхитом.

Больные дети с обструктивным бронхитом на фоне миокардита были разделены на 2 подгруппы: 1а подгруппа – 10 детей, которые получали стандартную терапию и 1b подгруппа – 10 детей, получавших небулайзерные ингаляции сальбутамола и перорально – левокарнитин в дополнение к стандартной терапии.

Результаты работы. Результаты проведенных до лечения исследований показали, что у 12 (60%) больных 1-й группы и у 14 (70%) больных 2-й группы наблюдались гипертермия, признаки интоксикации. У 16 (80%) и у 18 (90%) больных 1-й и 2-й групп наблюдался приступообразный кашель. У 11 (55%) и у 14 (70%) больных наблюдались одышка, тахикардия.

На 4 сутки от начала лечения у 5 (50%) детей 1а группы и у 8 (80%) 1b группы отмечалась положительная клиническая динамика болезни: уменьшились проявления интоксикации, температура тела снизилась. У 4 (40%) детей 1а группы и у 6 (60%) – 1b группы уменьшился кашель, повысился аппетит.

К 5–6 дню лечения у 7 (70%) детей 1а группы и у 9 (90%) 1b группы отмечалось исчезновение кашля, одышки, хрипов в легких.

Вывод. Таким образом, установленная эффективность небулайзерных ингаляций сальбутамола, перорального применения левокарнитина при обструктивном бронхите у детей с миокардитами позволит улучшить лечебную тактику и уменьшить длительность и число осложненных форм заболевания.

II. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ И ФАЗАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ж.Ш. Абдукаримов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

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

Цель. Определение взаимосвязи между морфологическими формами и фазами заболевания.

Результаты. В научных исследованиях некоторых ученых результаты микроскопического изучения показали, что в ранней фазе заболевания в ПЖ процесс начинается неравномерным венознокпиллярным полнокровием в виде эритростаза в капиллярах, диапедезного кровоизлияния, тромбоза мелких вен с последующим развитием ферментативного ацинарного некроза паренхимы, фибриноидного некроза стенки сосудов и интерстициальной соединительной ткани. Микроскопическая картина к 30 суткам имела очаги некроза разной формы и величины, охватывающие преимущественно всю паренхиму железы, иногда все некротические очаги железы и непораженные участки диффузно инфильтрированы воспалительными клетками, но без формирования очагов секвестрации. К 45 суткам диффузное геморрагическое пропитывание и выраженная инфильтрация воспалительными клетками как паренхимы, так и стромы железы сопровождается отграничением и отделением относительно здоровой части ткани железы от очагов некроза, с кровоизлиянием и появлением участков секвестрации. При этом очаги секвестрации заполняются некротической тканью, сгустками крови с формированием детрита. **Следовательно,**

период ранней фазы заболевания формируется до 30–40 дней с момента заболевания. В этот период отмечается накопление ферментативного выпота и развивается некротический процесс в ПЖ или окружающей парапанкреатической клетчатке. При фульминантной форме эти сроки сокращаются до 24–48 часов. На этой стадии предпочтительна консервативная терапия. **Поздняя фаза заболевания – фаза секвестрации, фаза деструктивных осложнений** – характеризуется образованием секвестров. Этот период может начаться **после 30–40 дней** с момента заболевания и может длиться месяцами. При отторжении крупных секвестров может отмечаться разгерметизация протоковой системы с образованием внутреннего панкреатического свища, в эти сроки развиваются различные осложнения панкреонекроза. В данной фазе целесообразно проведение оперативных мероприятий.

Выводы. Таким образом, проведенные нами клинические наблюдения свидетельствуют о том, что при отечном панкреатите морфологически развивается лишь отек тканей ПЖ, а при стерильном и инфицированном ПНЗ возможно развитие как воспалительно-инфильтративных процессов, так и явлений секвестрации. Следовательно, для отечного панкреатита свойственна только ранняя фаза заболевания с выздоровлением больного либо трансформация процесса в панкреонекроз. Для стерильного и инфицированного ПНЗ свойственно развитие как воспалительно-инфильтративного процесса, так и секвестрации. Определение взаимосвязи между морфологическими формами и фазами заболевания позволяет более дифференцированно подходить к выбору метода лечения ОП.

ЧРЕСКОЖНЫЕ АНТЕГРАДНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ж.Ш. Абдукаримов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. У пациентов с острым панкреатитом нередко наблюдается билиарная гипертензия в результате сдавления желчных протоков извне в результате отека поджелудочной железы. Целесообразность декомпрессии билиарной системы остается вопросом дискуссии.

Цель. Обоснование чрескожных антеградных эндобилиарных вмешательств в лечении острого панкреатита.

Материал и методы. Нами были проанализированы неудовлетворительные результаты лечения больных в контрольной группе.

Результаты. При отечном панкреатите в 5 наблюдениях отмечена трансформация в панкреонекроз, в 2 случаях при стерильном панкреонекрозе отмечена трансформация в инфицированный, в 6 наблюдениях инфильтративная форма инфицированного панкреонекроза трансформирована в секвестрированную форму. Из вышеуказанных 13 пациентов в 12 наблюдениях у больных наблюдались явления билиарной гипертензии. У пациентов размеры желчного пузыря были более чем 100х45 мм, во всех наблюдениях показатель билирубина превышал 40 ммоль/л, диаметр холедоха превышал 10 мм. Проведен критический анализ послеоперационных осложнений. Так, из общего количества специфических осложнений в 8 наблюдениях развился плеврит, что потребовало выполнения плевральных пункций. Следует отметить, что лишь в 1 случае исходно у больного имелась хроническая патология дыхательной системы, а в 4 наблюдениях имелись признаки билиарной гипертензии. Необходимо сказать, что во всех случаях развития аррозивного кровотечения (3 пациента) в послеоперационном периоде, а также развития наружного панкреатического свища (1 случай) в остром периоде заболевания были отмечены явления гипертензии в желчевыводящих путях. Все вышеуказанные факты свидетельствуют о целесообразности проведения декомпрессии билиарной системы в лечении острого панкреатита. В настоящее время дискуссионными остаются вопросы о выборе предпочтительного метода устранения билиарной гипертензии при остром панкреатите. При выполнении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии высок риск дополнительного повреждения поджелудочной железы. При холедохолитиазе смещение конкремента в ампулу БДС вызывает развитие панкреатической гипертензии, являясь непосредственной причиной острого панкреатита. В ряде случаев конкремент проходит в двенадцатиперстную кишку, и отток желчи восстанавливается, однако воспалительные изменения в области устья главного панкреатического протока поддерживают прогрессирование запущенных ранее механизмов повреждения поджелудочной железы. Учитывая вышеизложенные аргументы, мы считаем целесообразным метод антеградной декомпрессии билиарной системы.

Выводы. На основании клинических наблюдений в контрольной группе мы определили показания к декомпрессии билиарной системы. **Показания для наложения чрескожной чреспеченочной холецистостомы при остром панкреатите:** увеличение размером ж.п. по длине свыше 120 мм или поперечника свыше 45 мм (при наличии каль-

кулезного холецистита); билирубинемия свыше 40 ммоль/л; диаметр холедоха более 10 мм; отсутствие уменьшения клинических признаков билиарной гипертензии в течение 48 часов. **Показания для наложения чрескожной чреспеченочной холангиостомы при остром панкреатите:** увеличение размером ж.п. по длине свыше 120 мм или поперечника свыше 45 мм (при отсутствии калькулезного холецистита или ранее перенесенной холецистэктомии); билирубинемия свыше 40 ммоль/л; диаметр холедоха более 10 мм; расширенные внутрипеченочные протоки более 5 мм; отсутствие уменьшения клинических признаков билиарной гипертензии в течение 48 часов.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА

Ф.Ш. Абдурашидов, Ш.А. Таджибаев, Э.К. Собиров

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Медицинский госпиталь ALMOZN, Арабская Республика Ливия

Актуальность проблемы. Общеизвестно, что в структуре urgentных хирургических заболеваний абдоминальной хирургии острый аппендицит является самой распространенной патологией. У 4–42% пациентов выявляются осложненные формы острого аппендицита. При осложненных формах острого аппендицита количество послеоперационных осложнений различного характера остается высоким и достигает 40%, и в некоторых случаях являются причиной конверсий. Исходя из этого, проблема хирургического лечения осложненных форм острого аппендицита требует разработки новых методологических и технических подходов к вопросам профилактики и борьбы с послеоперационными осложнениями, в частности, гнойно-воспалительного характера, даже если они носят вспомогательный характер.

Цель исследования. Выявить эффективность методики однократной превентивной антибиотикотерапии для профилактики гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы исследования. На базе отделения хирургии Медицинского госпиталя ALMOZN с 2019 по 2024 год 182 пациента перенесли оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита с использованием эндовидеолапароскопической техники. Настоящая работа основана на анализе наблюдений 128 больных острым аппендицитом и его осложнениями, перенесших аппендэктомию с использованием эндовидеолапа-

роскопической техники, 54 (29,7%) больных из 182, техника исполнения операций имела свои особенности, и они являются объектом наших дальнейших исследований. Возраст – от 16 до 64 лет. Мужчин – 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). Диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства производили эндовидеолапароскопическим комплексом фирмы COMEG производства Японии, и набором инструментов фирмы Karl Storz производства Германии. Из 128 пациентов у 22 (17,2%) диагностирована катаральная, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалась флегмонозная, и у 17 (13,3%) – гангренозная зона.

Методика однократной превентивной антибиотикотерапии (Акт внедрения № 206 от 09.10.2023, Рационализаторское предложение № 155 от 13.11.2023. АндГосМИ): после определения индивидуальной чувствительности для каждого больного в отдельности антибиотик (1 гр. цефтриаксона) вводится однократно внутривенно за 30 минут до операции. Если оперативное вмешательство проводилось более 2 часов, во время операции дополнительно вводится ½ часть этого же антибиотика.

Все больные в зависимости от применявшейся методики антибиотикотерапии разделены на две сравниваемые группы:

– I группа (контроль) – 49 больных (46,2%), применялась традиционная антибиотикотерапия с интервалом 6 часов в течение 6–7 дней;

– II группа (основная) – 57 больных (53,8%), применялась разработанная методика однократной превентивной антибиотикотерапии.

По патоморфологическим изменениям в аппендиксе обе группы были идентичны.

Результаты исследования. При анализе динамики пульса до операции и в течение послеоперационного периода отмечалось учащение пульса в первые сутки у больных обеих групп. В первые сутки после операции температура тела была повышенной: у больных I группы – у 82,5%, во II группе – у 54,7%. На третьи сутки в основной группе у всех больных температура тела нормализовалась, тогда как в контрольной у 35,1% больных была повышенной и сохранялась таковой на четвертые сутки у 21,1% больных.

Послеоперационные осложнения в виде нагноения области «умбиликального» прокола диагностированы у 5 (4,7%) больных, подкожная эмфизема – у 4 (3,8%), бронхо-легочные осложнения наблюдались у 7 (6,6%) пациентов. Во второй группе на 57 больных диагностировано 4 (7,0%) случая подкожной эмфиземы в месте прокола брюшной стенки троакарном. Указанные осложнения были скорректированы консервативными мероприятиями.

Выводы: Применение методики однократной превентивной антибиотикотерапии при лапароскопической аппендэктомии характеризуется

практически отсутствием болевого синдрома в послеоперационном периоде, нормализацией температуры тела и картины крови на четвертые сутки после операции. У половины больных в послеоперационном периоде вообще не отмечается повышения температуры тела.

Указанные обстоятельства доказывают преимущества методики однократной превентивной антибиотикотерапии перед традиционными способами профилактики гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопической аппендэктомии.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕ

А.А. Азимов, Н.Ш. Серикбаев, Д.А. Амеров

Навоийский филиал РНЦЭМП

Описан клинический случай полного опущения внутренних органов в грыжевой мешок паховой области и перфоративное отверстие передней стенки верхнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки.

Авторы считают, что данный случай очень редко встречается и представляет интерес для абдоминальных хирургов, а также гастроэнтерологов.

Больной А.И., 88 лет, доставлен в Навоийский филиал РНЦЭМП в тяжёлом состоянии 17.05.2024 г. При поступлении состояние тяжёлое, сознание слегка оглушённое. Жалобы при поступлении на грыжевое выпячивание паховой области справа, боли в области грыжевого выпячивания, не вправляющегося в брюшную полость. Из анамнеза: грыжевое выпячивание имеется в течение 25 лет. В последние 3 дня появились боли в области грыжевого выпячивания, невправляемость в брюшную полость. При поступлении общее состояние больного тяжёлое, кожные покровы – обычной окраски. Пульс – 110 уд. в мин, АД – 90/60. Тоны сердца приглушены. Язык сухой. Живот симметричный, в акте дыхания не участвует, пальпаторно болезненный. Перистальтика кишечника не выслушивается. В правой паховой области имеется грыжевое выпячивание, продолжающееся в мошонку, размерами 30х20 см, пальпаторно болезненное, кожа над выпячиванием не изменена. Содержимое не вправляется в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Аускультативно кишечная перистальтика не выслушивается. Больному проведено обследование по стандарту: общий анализ крови, Нв – 98 г/л, эритроциты – 2,9, цвп – 0,9, ВСК 3²⁵ – 3⁴², тромбоциты – 247, лейкоциты – 7,9, СОЭ – 18, протромбиновый индекс – 100%, фибриноген – 4,7, тромбо-тест – II, общ. белок – 52, глюкоза – 4,2, мочевины – 18,2, креатинин – 223, билирубин общ. –

28,2, прямой – 5,2, непрямой – 23, АЛТ – 76, ЭКГ – синусовая тахикардия. Дистрофическое изменение миокарда, ПИКС. УЗИ брюшной полости – свободная жидкость в малом количестве, УЗИ грыжевого выпячивания – содержимое кишечных петель и свободной жидкости между кишечными петлями.

Больному установлен диагноз: Правосторонняя ущемленная гигантская пахово-мошоночная грыжа 3-дневной давности. Сопутствующие: ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК 2, нарушение ритма сердца, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, ПИКС ХСН 2а, ФК 3.

После кратковременной подготовки и письменного согласия родственников больной взят на операцию, под эпидуральным наркозом, разрезом в правой паховой области длиной 18 см, обнажен и вскрыт грыжевой мешок. При вскрытии грыжевого мешка под напором выделилось около 1 литра 500 мл гноя с фибринами, которые поступали из брюшной полости. Гной отсосан электроотсосом. Грыжевой мешок утолщен, гиперемирован. Содержимое грыжевого мешка оказалось во всех петлях тонкого кишечника, частично толстого кишечника, сальника и антрального отдела желудка, верхнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки, на передней стенке которого имеется округлое перфоративное отверстие размерами 0,5х0,5 см вокруг язвенного инфильтрата. Перфоративное отверстие на передней стенке двенадцатиперстной кишки ушито однорядными швами, перитонизация сальником. Для уменьшения объема внутрибрюшных органов произведена резекция большого сальника. Содержимое грыжевого мешка вправлено в брюшную полость. Грыжевой мешок выделен до шейки, перевязан и иссечен. Рана промыта раствором декасана, в полость мошонки подведена дренажная трубка через раны. Рана послойно ушита без пластики. Учитывая, что больного оперировали под спинномозговой анестезией, следующим этапом произведена нижняя срединная лапаротомия. В брюшной полости во всех отделах имелись гнойные налеты и фибрины. Брюшная полость тщательно промыта физраствором и декасаном, осушена. Швы на передней стенке двенадцатиперстной кишки держатся хорошо. При дальнейшей ревизии органические патологии в других органах не найдены. Брюшная полость дренирована из 4-х точек. Рана послойно ушита, ас. наклейка. Весь операционный период больной находился под действием больших доз вазопрессоров. Послеоперационный диагноз: Язвенная болезнь. Хроническая язва передней стенки двенадцатиперстной кишки. Осложнение: Перфорация язвы, которая находилась в грыжевом мешке правой паховой области. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит, терминальная стадия. Сопутствующий: Правосторонняя гигантская невправимая пахово-мошоночная грыжа.

ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК 2. Нарушение ритма сердца. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ПИКС ХСН 2а. ФК 3.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕТРО-ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Ф.Р. Азимов, Н.Ю. Усманова

Бухарский филиал РНЦЭМП

Ретроцервикальный эндометриоз (РЦЭ) – распространенное гинекологическое заболевание, при котором очаги эндометриоза появляются на различных участках малого таза и брюшной полости. Являясь одним из тяжелых заболеваний, РЦЭ у женщин репродуктивного возраста может стать причиной бесплодия, невынашивания беременности и даже причиной инвалидизации.

Цель исследования. Оценить информативность инструментальных методов исследования у больных с наружным генитальным (ретроцервикальным) эндометриозом (РЦЭ).

Материал и методы. В исследование включены 78 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, поступившие в Бухарский филиал РНЦЭМП с 2020 по 2023 г. Все пациентки по результатам хирургического лечения были разделены на две группы. Первую группу составили 43 женщины без признаков глубокого инфильтративного эндометриоза, вторую группу – 35 пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом. В исследование включили сбор анамнеза и детализацию жалоб, изучение гинекологического и соматического анамнеза, специальные методы (трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) малого таза, колоноскопию), статистические методы. Всем пациенткам проводили хирургическое лечение лапароскопическим доступом. Объем оперативного лечения зависел от локализации, глубины инвазии вовлеченного в патологический процесс органа, степени распространения в ректовагинальном пространстве, наличия участков синхронного поражения толстой кишки. Средний возраст больных составил 28±3 года.

Результаты и обсуждение. Основные клинические проявления РЦЭ: тазовая боль, дисменорея, диспареуния, бесплодие, дисхезия. Отсутствие или наличие эндометриоидного инфильтрата в ретроцервикальной клетчатке, обнаруживаемого при бимануальном и ректовагинальном исследовании, не исключает инфильтрации ректосигмоидного отдела кишки. Использование МРТ малого таза дополняет данные УЗИ с целью уточнения локализации, степени распространения и вовлеченности органов малого таза в патологический процесс.

Вздутие живота, слизь в кале, дисхезия, связанные с менструальным циклом, косвенные признаки коло-ректального эндометриоза, по данным УЗИ и МРТ, являются показаниями для колоноскопии. Интра-операционная картина дополняет и уточняет дан-ные, полученные при дооперационном обследо-вании. Информативность ТВУЗИ при изолированной форме РЦЭ – 67,75%. Наибольшую диагностиче-скую ценность МРТ имеет при выявлении эндо-метриодных инфильтратов с распространением на стенку кишки – 98,6% или поражением яичников – 96,4%. При сочетании миомы матки и РЦЭ чувстви-тельность ТВУЗИ и МРТ составила 36,6% и 89,6% соответственно. При невыраженных спайках ор-ганов малого таза как ТВУЗИ, так и МРТ являются малоинформативными – 29,13% и 59,23% соот-ветственно.

Заключение. Эндометриоз – разрастание, ха-рактеризующееся прогрессирующим и инвазивным ростом, поражающее до 10–15% женщин репродук-тивного возраста и являющееся одной из наиболее частых причин сильной тазовой боли. Лапароско-пическое хирургическое лечение, консервативное или радикальное, направлено на устранение боли и предназначено, соответственно, для тех женщин, которые желают спонтанной беременности. Вместе с тем определенное значение имеет роль предопе-рационного обследования, включающего ТВУЗИ, МРТ и колоноскопию. Каждый из методов имеет свою диагностическую ценность и предоставляет дополнительную информацию для выявления па-тологического очага.

ОШИБКИ, ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИХ УСТРАНЕНИЯ

М.М. Акбаров, У.Н. Туракулов, Р.Р. Саатов

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

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников
(ЦРПКМР)

Ташкентская медицинская академия (ТМА)

В последние годы широкое распространение по-лучила эндовизуальная хирургия, в числе которой прочно обосновалась лапароскопическая холецист-эктомия. Если число ятрогенных повреждений желчных протоков было стабильным в последние десятилетия и составляло 0,05–0,3%, то с приме-нением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭК) даже в ведущих учреждениях хирургической ге-

патологии оно выросло более чем десятикратно – до 4%.

Целью настоящего исследования является ана-лиз результатов хирургического лечения больных с ятрогенными травмами ВПЖП в сочетании тради-ционных методов лечения с использованием эндо-скопических технологий.

Материал и методы. В отделение хирургии пе-чени и желчных путей РСНПМЦХ им. акад. В. Вахи-дова из различных районов Республики за период с 2016 по 2024 год поступил 1671 пациент, которым производилась лапароскопическая холецистэк-томия. Женщин было 1384 (83%), мужчин – 287 (17%). У 64 пациентов во время выполнения ЛХЭК отмечены «свежие» ятрогенные повреждения ВПЖП. По характеру повреждения внепеченочных желчных протоков больные распределились сле-дующим образом: пристеночное повреждение – 28; полное пересечение – 19; клипирование гепатико-холедоха – 8; частичный коагуляционный некроз – 6. Ошибочное удаление части печеночных прото-ков обнаружено у 3 больных. В зависимости от сро-ков выявления травм желчных протоков больные разделены на 3 группы.

Повреждения, обнаруженные во время опера-ции – 16 больных. В этой группе операции закон-чены следующим образом: 11 больным наложен первичный шов холедоха на дренаже; в 3 случаях произведено наружное дренирование холедоха по методу Вишневого.

На 5–8 сутки после операции повреждения вы-явлены у 17 больных. В этой группе 3 больным с разлитым желчным перитонитом и тонкостенным холедохом произведено наружное дренирование желчных путей по методу Вишневого. У 5 боль-ных при полном клипировании гепатикохоледоха произведено удаление клипс и наружное дрени-рование на Т-образном дренаже по Керу, а в одном случае – наложение гепатикоеюноанастомоза с по-терянными дренажом. У больной, которой был на-ложен Т-образный дренаж по Керу, отмечались пе-риодические обострения холангита. У 8 пациентов, которым наложен гепатикоеюноанастомоз на изо-лированной петле по Ру, отмечен хороший резуль-тат.

У 8 больных повреждения обнаружены через 2–4 недели выписки из стационара после первич-ной ЛХЭК. В этой группе больные поступили с про-явлениями механической желтухи, с наружными желчными свищами. После подготовки, стабили-зации состояния им выполнены различные виды гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру.

Выводы: 1. Во время первичной операции сле-дует учитывать характер воспалительного про-цесса гепатобилиарной зоны для предотвращения ятрогении.

При пристеночных ранениях ВПЖП, выявленных во время операции, целесообразно ушивание и дренирование на Т-образном дренаже либо через культю пузырного протока. При полном пересечении холедоха выполнение первичной пластики почти в 100% случаев приводит к стенозу. Операцией выбора является применение гепатикоеюноанастомоза с потерянными дренажом, с использованием прецизионной техники и применением монофильных шовных материалов.

Наилучшие результаты получены при выполнении гепатикоеюноанастомоза на изолированной по Ру петле. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, больные выписаны на 8–12 сутки в удовлетворительном состоянии, с нормальными показателями функции печени.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

*Х.А. Акилов, Х.Н. Матякубов,
З.Л. Тухтабеков, Н.Т. Урманов*

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

Актуальность. Частота повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей колеблется в довольно широких пределах, составляя от 1–5% до 20% случаев. В отличие от изолированных повреждений головы или брюшной полости диагностика сочетанной травмы (СТ) головы и живота весьма затруднительна.

Сложности диагностики как черепно-мозговой, так и закрытой травмы живота обусловлены:

- во-первых, тем, что большинство больных находятся в состоянии травматического шока, зачастую в бессознательном состоянии, а иногда в терминальном.

- во-вторых, одновременное повреждение органов брюшной полости и головного мозга взаимно отягощают друг друга и приводят к отсутствию четкой клинической картины.

Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения детей с абдоминальными повреждениями при сочетанных травмах (СТ).

Материалы и методы. Наши исследования основаны на анализе результатов лечения 167 детей с абдоминальными повреждениями при СТ за период с 2018 года по 2024 год (с момента функционирования отделения хирургии повреждений детского возраста с нейрохирургией). Среди всех пострадавших преобладали мальчики – 56,9% (95 детей), в возрасте от 2 до 18 лет.

По шкале ISS тяжесть сочетанных травм у пациентов с абдоминальными повреждениями составила $28,4 \pm 12,2$ балла. Комплекс проводимого обследования включал в себя клиническую, лабораторную оценку, обзорную рентгенографию грудной клетки, УЗИ-диагностику, МСКТ, диагностическую лапароскопию. Стандартная хирургическая тактика включала выполнение лапароскопии, по показаниям – лапаротомию, дренирование плевральной полости, стабилизацию костных переломов при скелетной травме и нейрохирургические вмешательства при черепно-мозговой травме, которые требовали urgentного вмешательства по поводу устранения сдавления головного мозга. Очередность хирургических вмешательств определялась локализацией доминирующей патологии.

Результаты и обсуждение. Причиной сочетанных повреждений в 25% случаев (у 42 детей) была кататравма, в 75% (у 125 детей) – дорожно-транспортное происшествие.

Наиболее часто абдоминальная травма сочеталась с черепно-мозговой по сравнению со скелетной, что наблюдалось у 99 пациентов (59,3%). Из них в 70% случаев отмечалось нарушение сознания ниже 10 баллов по шкале комы Глазго. Для оценки тяжести абдоминальной травмы с применением УЗИ-диагностики нами была использована шкала USS. При проведении анализа у 167 больных в 56 случаях, когда результаты по шкале USS были равны 0 баллам, оперативное вмешательство ограничилось страховочной лапароскопией. В 43 случаях, когда USS был равен 1–2 баллам, проводилась диагностическая лапароскопия, где повреждение внутренних органов не было выявлено и вмешательство заканчивалось забором тестов на кишечные ферменты и дренированием брюшной полости. На УЗИ наличие жидкости в латеральных каналах, подпечёчном пространстве, а также в полости малого таза выявлено у 59 детей, что расценивалось 4 баллами по шкале USS. У этих больных при диагностической лапароскопии было установлено: в 26 случаях – повреждение селезенки, в 18 случаях – повреждение печени, в 3 случаях – повреждение поджелудочной железы, в 4 случаях – разрыв полого органа и в 5 случаях – повреждение почек, в 2 случаях – ушивание уретры. При повреждениях печени – у 11 больных – выполнялась электрокоагуляция, у 19 больных кровотечение селезенки также остановлено путем электрокоагуляции, у 3 больных осуществлена санация и дренирование сальниковой сумки по поводу травматического панкреатита.

В 12 (20,0%) наблюдениях, выявленных при лапароскопии повреждения органов брюшной полости, потребовали перехода к широкой верхне-средне-срединной лапаротомии, показаниями

к которой были разрыв полого органа брюшной полости (у 4 пациентов), глубокие повреждения печени и селезенки (у 2 пациентов), разрыв почек (у 6 пациентов).

В 14 (23,4) наблюдениях операция начата с лапаротомии, из-за наличия жидкости во всех отделах брюшной полости, выявленной на УЗИ, и общего тяжелого состояния пациентов.

У 9 пациентов (5,4 %) определялось сочетание абдоминальной и торакальной травмы. Среди них в 6 случаях произведено торакоскопическое ушивание легкого и в 3 случаях – торакоскопия с переходом в конверсию.

Выводы:

Видеоэндохирургический доступ в большинстве случаев позволяет провести как хирургическую коррекцию повреждений в брюшной полости, так и выполнить органосохраняющие операции у детей с сочетанными травматическими повреждениями органов брюшной и грудной полостей и забрюшинного пространства.

Диагностическая эндовидеохирургия является малоинвазивным методом, не усугубляет тяжесть травматической болезни и, в частности, заметно снижает частоту напрасных торакотомий, лапаротомий и диагностических ошибок при СТ.

BOLALARDA ICHAK INVAGINATSIYASINI DAVOLASHDA MINIMAL INVAZIV YONDASHUV

Aqilov H.A.,^{1,2} Maqsumov G.A.²

¹Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi

²Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O'zbekiston

Maqsad: bolalarda ichak invaginatsiyasini laparoskopik pnevmatik usulda bartaraf qilish imkoniyati va samaradorligini baholash.

Materiallar va usullar. 2014-yildan 2024-yilgacha bo'lgan davrda Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi pediatriya binosining jarrohlik bo'limida ichak invaginatsiyasi tashxisi bilan davolangan 2 oylikdan 18 yoshgacha bo'lgan 157 nafar bolalarning kasallik tarixi varaqasi retrospektiv tahlil qilindi. O'g'il bolalar – 102 (65%), qizlar – 55 (35%) nafar. Invaginatsiya ko'pincha 4 oydan 11 oygacha bo'lgan bolalarda sodir bo'lgan – 104 nafar bola (66,2%). Invaginatsiyaning asosiy belgilari: 154 bemorda (98%) xurujsimon bezovtalik, 134 bemorda qusish (85,3%), axlatda qon kelishi 105 (66,9%) nafar bemorda, palpatsiya paytida qorin bo'shlig'ida «o'smasimon hosila» mavjudligi 86 ta (54,8%) bemorda aniqlangan. Barcha 157 (100%) nafar bemor ultratovush tekshiruvidan o'tkazilgan va qorin bo'shlig'i organlarining oddiy rentgenografiyasi hamda pnevmoirrigografiya o'tkazilgan.

Natijalar. 118 (75,2%) nafar bemor dastlabki shikoyatdan keyin 48 soat ichida va umumiy ahvoli yaxshi holatda murojaat qilishgan. Pnevmoirrigografiya 152 holatda amalga oshirildi va 41 (27%) bemorda pnevmoskopik dezinvinatsiya muvaffaqiyatli bo'lgan. 116 ta (73,9%) bemor jarrohlik yo'li bilan davolangan. Ulardan 101 (87%) holatda muvaffaqiyatsiz pnevmoirrigoskopiya so'ng laparoskopik aralashuv amalga oshirilgan va 88 (87,1%) holatda laparoskopik reduksiya to'liq yakunlangan. Ulardan 64 nafar bemorda davolash ichak ichidagi pnevmoirrigokompressiya, yo'g'on ichak bo'lagini to'g'irlash bilan boshlandi, so'ngra ikkita manipulyator yordamida uning ingichka ichak qismini to'g'irlash amalga oshirildi. 23 bolada dezinvinatsiyadan so'ng chuvalchangsimon o'simta-da ikkilamchi o'zgarishlar aniqlandi: shish, intramural gematomalar. Ularning barchasida laparoskopik appendektomiya amaliyoti bajarildi.

Ilgari laparotomiya uchun mutlaq ko'rsatma hisoblangan ingichka ichak invaginatsiyasi endovideo-texnologiyadan foydalangan holda beshta bolada bartaraf qilindi. 13 bemorda laparoskopik reduksiya muvaffaqiyatsiz bo'lgani sababli laparotomiyaga o'tkaziladi, chunki pnevmokompressiyaga takroriy urinishlar Bauhinia sfinkterida bo'g'ilib qolgan terminal yonbosh ichakning haddan tashqari shishishi tufayli dezinvinatsiyaga imkon bermadi.

15 (3,2%) bemor kech va/yoki umumiy ahvoli yomonlashgan holda murojaat qilishdi va zudlik bilan laparotomiya amaliyoti bajarilgan, 7 ta holat qo'lda ezinvaginatsiya qilingan va 8 ta holatda ichak rezeziyasi amalga oshirilgan.

Pnevmatik yoki laparoskopik dezinvinatsiya amaliyoti bajarilgan bemorlar o'tkazilgan amaliyot bilan bog'liq asoratlarni boshdan kechirmadilar va laparotomiyaga (o'rtacha 8,0 kun) nisbatan kasalxonada qolish muddati sezilarli darajada qisqardi (o'rtacha 3,0 kun) (t testi, $P < 0,0001$). Jarrohlik turidan qat'i nazar, qayta ichak invaginatsiyasi bo'lmagan. O'lim holatlari kuzatilmadi. Laparoskopiyadan keyingi chandiqlar diagnostik laparotomiya bilan solishtirganda 6 oydan keyin deyarli ko'rinmas edi.

Xulosa. Minimal invaziv yondashuv, ya'ni pnevmatik va/yoki laparoskopik reduksiya, minimal kasallanish va kasalxonada qolish muddati qisqargan bemorlarning 87 foizida invaginatsiyani bartaraf qilishda muvaffaqiyat qozondi.

Ushbu natijalar shuni ko'rsatadiki, pnevmatik laparoskopik usulda invaginatsiyani bartaraf qilish ochiq reduksiyaga nisbatan xavfsiz va samarali alternativ bo'lib, minimal invaziv yondashuv jarrohlikning barcha afzalliklariga ega.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков,
У.Р. Мухитдинов, Н.Б. Исхаков,
И.Р. Хужамбердиев, А.А. Якубов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) встречаются у 1–20% пострадавших при закрытой травме живота, этот показатель не имеет тенденции к снижению. Преобладают сочетанные повреждения, изолированная травма ПЖ отмечается примерно в 30% всех наблюдений. Повреждения ПЖ характеризуются тяжелым течением, прежде всего из-за травматического панкреатита, частота развития которого достигает 87,5%. Его течение сопровождается большим количеством осложнений, частота которых достигает 78%, и высокой летальностью, составляющей, по разным источникам, от 12 до 73% [Ермолов А.С., 2015].

Цель. Улучшить диагностику и лечение больных с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства с применением эндовизуальной техники.

Материал и методы. Проанализированы 106 историй болезни больных с повреждениями поджелудочной железы при сочетанной травме. Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелым у 21 (19,8%) пострадавшего, тяжелой степени – у 49 (46,2%), средней тяжести – у 34 (32,1%) и легкой степени тяжести – у 2 (1,9%). По нашим наблюдениям, отмечалось учащение обращаемости пациентов в летний период года у 30 пациентов (28,3%), относительно зимнего периода – 20 (18,9%). Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелым у 21 (19,8%) пострадавшего, тяжелой степени – у 49 (46,2%), средней тяжести – у 34 (32,1%) и легкой степени тяжести – у 2 (1,9%). Больные тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Диагноз «повреждение поджелудочной железы» ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастным усилением, видеолапароскопии, данных лабораторного исследования и подтверждали при интраоперационной ревизии.

Результаты. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости и забрюшинного пространства оказались эффективными и окончательными у 19 (31,1%) пострадавших. У 44 пострадавших с клиникой внутрибрюшной катастрофы проводили традиционные методы операции. Программную ревизию ПЖ и санацию сальниковой сумки выполняли у 5 пострадавших,

дважды, двукратную – у 3, трехкратную – у 2. Умерли после операции 14 пострадавших, летальность составила 13,2%. 27 больных были переведены в другие ЛПУ. Были выписаны 62 больных с выздоровлением. Средний койко-день составил 8,4.

Заключение. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных. Видеолапароскопия при сочетанных травмах и политравмах изменяет тактику лечения пострадавших и в большинстве случаев избавляет их от напрасной лапаротомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков,
У.Р. Мухитдинов, Т.С. Мамадумаров,
И.Р. Хужамбердиев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Во всех развитых странах мира наблюдается тенденция роста травматизма, который обусловлен бурным развитием транспорта, механизацией трудовых процессов. Травматические повреждения органов забрюшинного пространства (ТПОЗП) встречаются в 5–10% случаев травмы живота с летальностью, достигающей 72,8%. Более чем в 2/3 случаев они сочетаются с повреждениями органов брюшной полости [Гареев Р.Н., 2017].

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и почек при сочетанной травме.

Материалы и методы. В исследование включены 66 больных с закрытой травмой почек при сочетанной травме, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в период 2013–2020 гг., из них было 48 (72,7%) мужчин и 18 (27,3%) женщин, в возрасте от 10 до 62 года. По возрастному показателю пострадавшие были распределены следующим образом: до 18 лет – 35 (53%) больных, от 19 до 44 лет – 25 (37,9%), от 45 до 59 лет – 5 (7,6%), старше 60 лет – 1 (1,5%). Лица молодого и трудоспособного возраста составили 90,9% (60 пострадавших). Больные тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Лечение во многом определяется эффективностью ранней диагностики. Диагноз повреждения почки ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ, с контрастной уроскопией, видеолапароскопии, данных лабораторного исследования и подтверждали при

интраоперационной ревизии. При определении тяжести повреждения почек придерживались шкалы повреждений почки Американской ассоциации хирургической травмы (AAST).

Результаты. Изолированное повреждение почки было выявлено у 24 (36,4%), сочетанное – у 42 (63,6%) пострадавших. Левостороннее повреждение почек отмечалось чаще (54,5%), чем правостороннее (45,5%). У 3 пациентов было отмечено сочетание повреждения почек с травмами 6 областей: головы, живота, органов забрюшинного пространства, груди, позвоночника и конечностей, у 5 – 5 областей, у 7 – 4, у 12 – 3, у 15 – 2. Наиболее часто сочетанные повреждения органов забрюшинного пространства наблюдали при повреждениях одновременно головы – 3 (4,5%), живота – 15 (22,7%), груди – 8 (12,1%), таза – 6 (9%), позвоночника – 7 (10,6%) и конечностей – 3 (4,5%). У 42 (63,6%) пострадавших отмечались различной степени сочетания повреждения почек и соседних анатомических зон. Консервативную терапию проводили у 36 (54,5%) больных при небольших разрывах почки с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 200-250 мл и умеренной гематурией (повреждение почек I–II степеней, а также при повреждении III степени без разможнения тканей). Назначали им строгий постельный режим в течение 10–12 дней, холод на поясничную область, гемостатические, антибактериальные и улучшающие микроциркуляцию в почке препараты. В процессе лечения проводили ежедневный динамический контроль, включающий оценку состояния гемодинамики, анализы крови, мочи и УЗИ-мониторинг. При повреждении III–IV степеней с разрывом или разможением паренхимы почек у 30 (45,5%) пострадавших выполняли следующие оперативные вмешательства: люмботомия с ушиванием раны почки 9 пациентам, нефрэктомия – 11. При лапаротомии у 2 больных выполнена нефрэктомия, у 3 – ревизия паранефральной клетчатки, удаление гематомы. При ревизии паранефральной гематомы у одного пострадавшего был выявлен разрыв левой почечной вены, который ушит бригадой ангиохирургов. Малоинвазивные методы лечения применяли к 9 (13,6%) пострадавшим. Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости проводили 5 (17%) пострадавшим, у которых отмечались перитонеальные симптомы, и торакоскопия – 2 (3%) при сочетанных и множественных травмах. У 2 (3%) пациентов с гидронефрозом под контролем УЗИ установили пункционную нефростому. У 8 (12,1%) пациентов лапаротомия была обусловлена экстраренальными осложнениями – гемоперитонеумом. Послеоперационные осложнения (со стороны раны, дыхательной и сердечно-сосудистой системы) наблюдали у 6 (24,7%) больных III–IV степеней тяжести повреждения почки. Релюмботомия

была выполнена у одного пациента с гематомой ложи удаленной почки. Умерли в раннем послеоперационном периоде 2 пациента с сочетанными травмами черепа, груди, живота, таза и конечностей. Летальность составила 3%. 2 больных были переведены в другие лечебно-профилактические учреждения. Были выписаны 32 больных с выздоровлением. Средний койко-день составил 6,5.

Заключение. В 90,9% случаев повреждение почек встречается у лиц молодого и трудоспособного возраста в результате кататравмы (28,8%) и ДТП (21,2%). Диагностические исследования у пострадавших с подозрениями на повреждение почек следует проводить поэтапно. Следует начинать с неинвазивных методов диагностики: физикальных, лабораторных, обзорной урограммы УЗИ и МСКТ. Травма почек (I–III степеней по AAST) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой степени (IV–V по AAST) чаще всего выполняют лапаро- или люмботомию. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза, выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от напрасной лапаротомии.

СЛУЧАЙ ПОЛНОГО ПОПЕРЕЧНОГО РАЗРЫВА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков,
У.Р. Мухитдинов, Т.С. Мамадумаров*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Ежегодно в мире от травм гибнет свыше 6 млн человек, что больше, чем количество смертей от малярии, туберкулеза и ВИЧ/СПИД, вместе взятых [Хаджибаев А.М., 2016]. В структуре травматизма мирного времени закрытые повреждения живота при сочетанной травме диагностируются у 27,4% пострадавших и сопровождаются высокой летальностью (25–70%), большой частотой послеоперационных осложнений (35–83%) [Коноваленко М.В., 2018].

На наш взгляд, клинический интерес представляет приведенный нами случай полного поперечного разрыва ПЖЖ с развитием посттравматического панкреонекроза у больного при сочетании травмы с компрессионным переломом тел двух поясничных позвонков.

Цель. Улучшить диагностику и хирургическое лечение пострадавших с повреждениями поджелудочной железы при сочетанной травме.

Материал и методы. Приводим наше наблюдение. Больной А.А., 21 г. (история болезни

№ 11720/2087), 18.06.2021 г. поступил самостоком в Наманганский филиал РНЦЭМП с жалобами на тупые боли в эпигастриальной и поясничной области, тошноту и общую слабость. Из анамнеза выяснилось, что больной 1 час назад в ходе строительных работ дома в результате удара ковшом экскаватора в живот получил травму. Он был некоторое время зажат между стеной и ковшом экскаватора. В детстве перенес вирусный гепатит А. Состояние больного при поступлении тяжелое, сознание ясное, на вопросы отвечает с затруднением. Больной правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые – бледные. На коже поясничной области, спины отмечаются ссадины на площади 30×20 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание учащенное, до 24 в минуту. В легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание. АД – 110/70 мм рт.ст., пульс – 88–92 удара в минуту, слабого наполнения и напряжения. Язык сухой. Живот болезнен в эпигастриальной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. При пальпации печень и селезенка не увеличены, безболезненны. При поколачивании почек с обеих сторон – безболезненные ощущения. Стул и мочеиспускание регулярные. Со слов больного – цвет мочи обычный, соломенно-желтый.

Рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости – № 14965. Вывод: в момент осмотра со стороны легких и сердца патологий не выявлено. Имеются рентгенологические признаки компрессионного перелома тел 10–11 грудных позвонков I степени.

УЗИ брюшной полости – № 9917. Печень: правая доля – 14,5 см, левая – 7,2 см. Структура эхооднородная. Желчный пузырь: 8,4×2,5 см, стенки – 0,3 см, полость эхопрозрачна. Селезенка – 9,5×4,0 см, контуры ровные, четкие. Почки – контуры ровные, подвижность при дыхании сохранена, ЧЛС не расширены. ПЖЖ: головка – 3,5 см. Контуры неровные, нечеткие, определить размеры тела не удалось из-за пневматоза кишечника. В сальниковой сумке определяется незначительное количество жидкости. Перистальтика кишечника определяется. В боковых каналах и малом тазу свободной жидкости нет.

Установлен назогастральный зонд – выделяется желудочное содержимое с примесью желчи, катетеризован мочевого пузырь – моча прозрачная. Пострадавший был осмотрен травматологом и нейрохирургом, заключение: посттравматический компрессионный перелом тел 10–11 поясничных позвонков I степени, без функциональных нарушений. Были рекомендованы соответствующие назначения. Анализы крови: Нв – 86 г/л, эритроциты – $4,31 \times 10^{12}/л$, Цп. – 0,9, лейкоциты – $5,8 \times 10^9/л$, П – 4%, С – 63%, лимф. – 25%, моноциты – 7%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 9 мм/ч, общий белок – 55,9

г/л, мочевины – 6,5 ммоль/л, сахар – 6,4 ммоль/л, билирубин общий – 88,0, АЛТ – 109, диастаза – 32 ед. Коагулограмма: ПТИ – 90, фибриноген – 3,3 г/л, МНО – 1,1, АЧТВ – 22. Удельный вес мочи – 1014, белок – авс, лейкоц. – 3–4/ в п.зр., эритроц. – авс.

На основании предъявляемых жалоб, анамнеза, инструментальных, лабораторных результатов и объективного обследования установлен предварительный диагноз: Сочетанная травма. Закрытая травма живота. Повреждение органов забрюшинного пространства? Посттравматический компрессионный перелом тел 10–11 поясничных позвонков I степени, без функциональных нарушений. Ушиб мягких тканей спины и ссадины тела.

Результаты. Выполнена диагностическая лапароскопия под эндотрахеальным наркозом. При лапароскопии со стороны печени, селезенки и полых органов признаки повреждений не выявлены. В правом подпеченочном пространстве выявлена кровь около 100 мл, кровь была аспирирована и промыта дистиллированной водой. При инструментальной «пальпации» в проекции ПЖЖ определяется уплотнение – гематома, с поднятием левой доли печени также выявлена гематома. При осмотре забрюшинной клетчатки, посредством поднятия поперечной ободочной кишки, имеется забрюшинная гематома. Через «окно», созданное по желудочно-ободочной связке, была осмотрена ПЖЖ, где выявлена напряженная гематома. Из зоны ПЖЖ максимально аспирировали сгустки крови, где отмечается разрыв или размождение ПЖЖ. Лапароскопическая картина являлась показанием к переходу на лапаротомию. Выполнена верхнесрединная лапаротомия, длиной до 18 см. При ревизии ПЖЖ отмечалось посттравматическое размождение тела и полный поперечный разрыв ПЖЖ с оголенными сосудами селезенки (IV степень по классификации AAST). Забрюшинная гематома была распространена до 10 см от ПЖЖ, т.е. в корень поперечно-ободочной кишки, в левую околопочечную клетчатку. Из-за размождения тела ПЖЖ основного протока найти не удалось, кровотечение остановлено прошиванием раны железы, созданием культи, далее выполнили ее дистальную резекцию. Назогастральный зонд проведен на 30 см ниже связки Трейца для раннего энтерального питания. После тщательного гемостаза и санации СС дренировали силиконовой трубкой через отверстие Винслоу. Подпеченочное пространство и малый таз дренировали через контрапертуры в правой боковой и подвздошных областях. Подведен марлевый тампон к культе ПЖЖ с мазью левомеколь, сформированной оментобурсостомы. Запланировали программированную ревизию и санации СС через 72 часа.

Установлен послеоперационный диагноз: Сочетанная травма. Закрытая травма живота. Повреждение органов забрюшинного пространства. Раз-

мозжение тела и полный поперечный разрыв ПЖЖ IV степени по AAST. Посттравматический компрессионный перелом тел 10–11 поясничных позвонков I степени, без функциональных нарушений. Ушиб мягких тканей поясничной области и множественные ссадины тела.

Больному назначили: антибактериальную, гемостатическую, инфузионную, гормональную терапию. Получал: анальгетики, ингибиторы протеаз, гастропротекторы, статины, метаболиты, гепатопротекторы, небулайзерную терапию, парентеральное питание, энтеральное питание через зонд, установленный во время операции. Энтеральное питание начали на 5-е сутки после операции и активизировали больного. 21.06.2021 г. на 3-и сутки после первой операции проведена программированная санационная бурсооментоскопия. В культе поджелудочной железы выявлен поверхностный небольшой участок некроза капсулы. Была выполнена частичная некрэктомия. В парапанкреатической клетчатке прогрессирования гематомы не выявлено. СС санирована раствором антисептика, выполнена повторная мазевая тампонада через ОБС. Последующие программированную ревизию и санацию СС проводили спустя 72 часа. В дальнейшем отмечалась положительная динамика, новых очагов некроза культи ПЖЖ и окружающей ткани не выявлено. На 6-е сутки после операции при УЗИ брюшной полости свободная жидкость в СС не обнаружена. Эхоструктура паренхимы головки ПЖЖ была сохранена. Дренажные трубки из правой подпеченочной области и из малого таза удалены.

На 10-е сутки после операции у больного при 3-м сеансе бурсооментоскопии было отмечено отсутствие секвестров, уменьшение отделяемого из СС и появление грануляционной ткани. 28.06.2021 г. после сеанса программированной № 3 ревизии и санации СС через ОБС установили дренаж для непрерывного или фракционного лаважа. Накладывали швы на рану до дренажной трубки (переход на закрытый способ лечения травм ПЖЖ).

Больному ежедневно по 2 раза в течение 3 суток проводили непрерывный лаваж СС с антисептическим раствором, под контролем количества влитой и вылитой.

Последующие 3 дня проводили фракционный лаваж СС, подогретой до температуры тела раствором антисептика до появления чистых вод. МСКТ грудной клетки и брюшной полости – от 30.06.2021 г. Вывод: МСКТ-картина: ушиб нижних долей обоих легких. Двухсторонний гидроторакс (толщиной жидкости 1,5 см, плотность – 5–25 Н). Аномалия развития 5 ребра справа по типу удвоения хрящевой части. Дегенеративные изменения, компрессионный перелом тел 10 и 11 позвонков. Больной был осмотрен терапевтом, грудным хи-

рургом, назначены небулайзерная терапия, дыхательная гимнастика. Геморрагическое выделение из СС в динамике уменьшилось, температура нормализовалась, питание энтеральное. На 13-е сутки после операции больной был переведен в городскую больницу № 1 для дальнейшего наблюдения и продолжения лечения с дренажной трубкой, установленной в сальниковую сумку. У больного на 15-е сутки после операции по дренажу из СС было отмечено выделение белесоватой жидкости (панкреатический сок) в количестве 250 мл в сутки. В динамике отмечалось уменьшение количества выделения панкреатического сока, и на 47-е сутки после операции прекратилось полностью. Дренаж был удален на 50-е сутки после операции. Больной был осмотрен через год после операции, жалоб не предъявляет. Прибавил в весе 8 кг. Работает продавцом в магазине.

Выводы. Своевременное выявление с использованием эндовидеотехники и радикальное оперативное лечение травм поджелудочной железы позволяет снизить риск наступления таких осложнений, как аррозивное кровотечение, посттравматический панкреонекроз и повысить выживаемость пациентов, качество их жизни при сочетанной травме.

РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА

*Д.А. Алимов, Ш.М. Муминов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Д.Л. Ким, Д.Д. Алимухамедов,
С.М. Джафаров, Х.Ф. Мирзакаримов*

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

Актуальность. Современная стратегия лечения острых венозных тромбозов основана на решении нескольких главных задач: проведении своевременной и объективной диагностики, прерывании коагуляционного каскада и восстановлении проходимости магистральных вен, предотвращении ТЭЛА, профилактики рецидива заболевания. Для достижения этих целей используют антикоагулянтную терапию, различные хирургические и эндоваскулярные вмешательства, предупреждающие миграцию тромбоэмбола в легочную артерию, а также методы, направленные на восстановление проходимости сосудов – регионарную тромболитическую терапию либо хирургическую тромбэктомию. Одним из актуальных направлений применения эндоваскулярной хирургии во флебологии является лечение флотирующих эмболоопасных тромбов вен нижних конечностей и профилактика массивной тромбоэмболии легочной артерии. Эн-

доваскулярные методики привлекательны благодаря своей малой травматичности, минимальной необходимости в анестезиологическом пособии и, конечно же, четкой визуализации патологии и возможности непрерывного визуального контроля за ходом манипуляции и ее результатами.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность эндоваскулярных вмешательств в профилактике тромбоэмболии легочной артерии и тяжелых форм хронической венозной недостаточности у пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей.

Методы. В исследование включены 52 пациента с ТГВНК, находившихся на стационарном лечении в РНЦЭМП, которым выполнены эндоваскулярные вмешательства в период с 2021 г. по март 2024 г. Женщин было 31 (60%), мужчин – 21 (40%). Возраст больных варьировал от 29 до 76 лет. Тромбоз глубоких вен левой нижней конечности выявлен в 28 (54%) случаях, правой – в 22 (42%) и обеих нижних конечностей – в 2 (4%) случаях. Сроки заболевания – в пределах 3–8 суток. Критерием включения был первичный флотирующий тромбоз в подвздошно-бедренном сегменте, подтвержденный данными ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС). Эндоваскулярные вмешательства были произведены на 1–3 сутки после госпитализации. Больным до проведения эндоваскулярных вмешательств назначалась антиагрегантная и антикоагулянтная терапия. Всем пациентам выполнена имплантация съемного кава-фильтра. В 11 (21%) случаях выполнен селективный катетерный тромболизис раствором альтеплазы, 25 мг болюсно через мультиперфорированный катетер «Fountain 5Fr», а затем 25 мг в дозе 1 мг в час. Сохранение первичной проходимости и развитие клапанной недостаточности глубоких вен оценивали методом УЗДС. Всем пациентам назначены пероральные антикоагулянты по стандартной схеме в течение 3–12 месяцев.

Результаты. Анализ отдаленных результатов в сроке 6–12 месяцев показал, что из 11 (21,2%) пациентов, которым был выполнен селективный катетерный тромболизис, в 4 (36,4%) случаях отмечалось ХВН III ст. по СЕАР, и в 6 (63,6%) случаях имелось сохранение первичной проходимости глубоких вен. Из 41 (78,8%) пациента, которым выполнена только имплантация кава-фильтра, у 30 (73,2%) пациентов наблюдалась ХВН III ст. и в 11 (26,8%) случаях – IV ст. по СЕАР.

Выводы. Применение селективного катетерного тромболизиса в остром периоде ТГВНК эффективно не только в качестве профилактики ТЭЛА, но и для сохранения клапанной функции вен и профилактики тяжелых форм ХВН. Прием пероральных антикоагулянтов по стандартной схеме дозирования в послеоперационном периоде значительно

снижает рецидив тромбоза и повышает качество жизни пациентов.

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

Б.К. Алтиев, Ж.И. Джаббаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Повышение внутрибрюшного давления может оказывать отрицательное влияние на функцию жизненно важных органов и систем, в том числе и дыхательной системы.

Подобное состояние определено как синдром абдоминальной компрессии, и без специального лечения может привести к полной потере функциональной активности органов и систем больного.

Целью нашего исследования было изучить влияние повышения внутрибрюшного давления на функцию внешнего дыхания.

В обследование были включены 62 пациента (мужчин 33, женщин 29), которым проведены лапаротомия по поводу перитонита различной этиологии. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту и полу ($p > 0,05$). Внутрибрюшное давление изучено способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея, подключенный к гидромонетру.

К больным основной группы (30) применены способы снижения интраабдоминального давления путем назогастроинтестинальной зондовой декомпрессии в сочетании с использованием патогенетических способов лечения синдрома энтеральной недостаточности, а в послеоперационном периоде проведена респираторная поддержка путём продлённой искусственной вентиляции лёгких с увеличением положительного давления в конце выдоха. Пациентам контрольной группы (32) проведено традиционное лечение с желудочной декомпрессией. При поступлении показатели внешнего дыхания у обеих групп были идентичными ($p > 0,05$).

После применения методов декомпрессии внутрибрюшного давления показатели внешнего дыхания значительно улучшались: частота дыхания – на 29,4% ($18,3 \pm 0,98$ в основной группе и $23,4 \pm 1,45$ в контрольной), DO_2 – на 18,5% ($0,424 \pm 0,08$ и $0,397 \pm 0,12$), $ОФВ1$ – на 20,5% ($86,4 \pm 2,35$ и $62,4 \pm 2,13$) и ЖЕЛ – на 43,4% ($2,66 \pm 0,23$ и $1,67 \pm 0,15$) по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, своевременная диагностика, адекватное мониторирование интраабдоминальной гипертензии и применение методов её коррекции позволяет улучшить показатели функции внешнего дыхания и уменьшить послеоперационные осложнения со стороны дыхательной системы.

ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НА ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Б.К. Алтыев, Ж.И. Джаббаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Целью нашего исследования являлось изучение влияния программной лапароскопии на состояние интраабдоминального давления при распространенном перитоните.

Работа основана на изучении результатов лечения 112 больных (67 мужчин, 45 женщин), оперированных по поводу распространенного перитонита, наблюдавшихся с 2022 по 2023 г. в отделе экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Возраст больных колебался от 18 до 68 лет (средний возраст $41,1 \pm 1,65$ года).

Все больные нами были разделены на 2 группы. В первую (контрольную) группу вошли 52 пациента, которые в послеоперационном периоде получали общепринятую терапию. Вторую группу (основную) составили 60 больных, у которых в комплекс интенсивной терапии были включены программные санационные лапароскопии. Процедура проведена через оставленные лапаропорты. Внутрибрюшное давление измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея, подключенный к гидромонетру – аппарату Вальдмана.

Первые сутки после операции у больных всех групп внутрибрюшное давление составило $15,2 \pm 0,9$ мм рт. ст. ($15,7 \pm 0,46$ основной группы и $14,3 \pm 0,87$ контрольной), что соответствовало I степени внутрибрюшной гипертензии. На третьи и седьмые сутки у больных основной группы имелось достоверное ($t=2,61$, $p<0,05$ и $t=3,15$, $p<0,05$) в сравнении с первыми сутками улучшение показателей внутрибрюшного давления до $12,2 \pm 0,2$ и $10,1 \pm 0,3$ мм рт. ст.

В исследуемой группе практически не отмечались специфические осложнения. Лишь в 4 (6,7%) случаях было нагноение лапаротомной раны. В контрольной группе осложнения отмечались у 22 (42,3%) больных ($\chi^2=9,93$, $p<0,05$): нагноение послеоперационной раны – у 7 пациентов, эвентрация – у 3, абсцесс брюшной полости – у 3, продолжающийся перитонит – у 5 и в 4 наблюдениях диагностирована несостоятельность межкишечного анастомоза. Полиорганные нарушения (гепатонефропатия, энцефалопатия, синдром эндогенной интоксикации) развились у 6 (10%) больных основной группы после операции по поводу распространенного перитонита опухолевой этиологии. У больных контрольной группы полиорганные нарушения развились в 14 (26,7%) случаях ($\chi^2=2,72$, $p<0,05$).

Летальных исходов в основной группе наблюдались 4 (6,7%), в то время как такой исход в контрольной группе был в 14 (26,9%) случаях ($\chi^2=4,24$, $p<0,05$). При этом пребывание больных в стационаре составило в основной группе $10,2 \pm 0,61$ дня, в контрольной – $14,7 \pm 0,75$ дня ($t=4,65$, $p<0,05$).

Таким образом, программная санационная лапароскопия при распространенном перитоните приводит к уменьшению интоксикации организма, уменьшает парез кишечника, которые, в свою очередь, улучшают состояние интраабдоминального давления. Улучшение вышеуказанных показателей в послеоперационном периоде у больных с распространенным перитонитом различной этиологии позволило предупредить развитие органных нарушений, уменьшить развитие гнойно-септических осложнений и послеоперационных летальных исходов.

РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Б.К. Алтыев, Ж.И. Джаббаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Полиорганная недостаточность при распространенном перитоните, как ведущая причина неблагоприятных исходов, у большей половины больных сопровождается повышением внутрибрюшного давления (ВБД), летальность при этом доходит до 65%.

Целью настоящего исследования явилось определение диагностической достоверности мониторинга внутрибрюшного давления в выборе лечебной тактики у больных распространенным перитонитом.

Проанализированы результаты лечения 112 больных (67 мужчин, 45 женщин), оперированных по поводу распространенного перитонита (РП), наблюдавшихся с 2022 по 2024 г. в отделе экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Возраст больных колебался от 17 до 68 лет (средний возраст – $41,1 \pm 1,65$ года).

Этиологическими факторами распространенного гнойного перитонита явились: перфоративная язва ДПК – у 31 (27,7%) больных, панкреатит – у 39 (34,8%), перфорация опухоли тонкой и толстой кишки – у 15 (13,4%), аппендикулярный перитонит – у 14 (12,5%) и у 13 (11,6%) пациентов причиной перитонита были деструктивные формы острого калькулезного холецистита.

Всем больным проведены измерение ВБД при поступлении и его мониторинг в до- и послеоперационном периоде. ВБД измерялось способом

оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея, подключенный к гидромонетру – аппарату Вальдмана.

На основании проведенных измерений (средних показателей) ВБД у 112 больных с различными нозологическими формами РП интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) выявлена у 48 (54,5%) больных, при этом I ст. ИАГ выявлена – у 8 (16,7%) больных, II ст. ИАГ – у 28 (58,3%), III ст. ИАГ – у 10 (20,8%). IV ст. – у 2 (4,2%) обследуемых больных.

Из 48 обследуемых больных с ИАГ после проводимой медикаментозной интенсивной терапии в 28 (58,3%) случаях удалось избежать повторных оперативных вмешательств. У 7 (14,6%) пациентов ИАГ I степени сохранялась до 1 суток, без тенденции к снижению ВБД. После дополнительных обследований 5 (10,4%) больным выполнены диагностические послеоперационные лапароскопии, 3 (6,3%) из которых приняли лечебный характер. В 2 (4,2%) случаях потребовался переход на «открытую» операцию. У 1 (3,6%) больного выполнена релапаротомия без предварительной повторной видеолaparоскопической санации (ВЛС) по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

В группе из 28 больных с ИАГ II степени повторные ВЛС выполнены 16 (57,1%) пациентам, из них у 5 (31,3%) эндоскопические оперативные вмешательства соответствовали лечебному объему традиционной релапаротомии. В 4 (25,06%) случаях потребовалась релапаротомия. В 7 (43,8%) случаях из-за прогрессирования воспалительного процесса в брюшной полости выполнена релапаротомия без предварительной диагностической лапароскопии.

В группе из 10 больных с синдромом внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) III степени в 10 (100,0%) случаях выполнена программная санационная релапаротомия. Аналогично в группе из 2 больных с синдромом ВБГ IV ст. всем 2 больным произведена релапаротомия без предварительной ВЛС.

В результате исследования динамики ВБД у больных с распространенным перитонитом было установлено, что уровень ИАГ достоверно указывал на стихание или прогрессирование воспалительно-деструктивного процесса в брюшной полости, что подтверждалось наличием клинических признаков перитонита и данными лабораторных тестов. Это позволило нам своевременно принимать решение о дальнейшей тактике лечения: диагностическая лапароскопия, видеолaparоскопическая санация, программная санационная релапаротомия. Послеоперационная летальность в группе из 48 больных с развившимся синдромом ВБГ составила 12 (13,6%) случаев: продолжающийся перитонит – 8 (16,6%), несостоятельность межкишечного анастомоза – 1 (2,1%), острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1 (2,1%), острое расстройство мозгового

кровообращения – 1 (2,1%), пневмония – 1 (2,1%) случай.

Таким образом, степень синдрома ВБГ прямо коррелирует с выраженностью полиорганной недостаточности и величиной летальности ($r_s = 0,647$, $P < 0,0001$). Так, повышение интраабдоминального давления выше 15 мм рт.ст. в течение 1–2 суток приводит к летальности в 5–8% случаев, а при увеличении давления более 20 мм рт.ст. в течение 6–8 часов приводит к 100% летальности ($P = 0,034$, тест χ^2).

ANALYSIS OF THE TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH LOWER LIMB ARTERIES' THROMBOSIS WITH CORONAVIRUS INFECTION ANAMNESIS

Asrarov U.A., Matmuradov J.K.

**Tashkent Medical Academy,
Tashkent, Uzbekistan**

Relevance. One of the frequent complications after suffering a coronavirus infection (CI) is arterial thrombosis. According to JAMA Open Network, on 2/3 of patients after CI diagnosed arterial and venous thromboses. Thrombotic events in 70% of cases in patients with CI were also noted by Rupin Aria, despite receiving anticoagulant therapy.

Purpose of the study. Improving the treatment results of patients with lower limb arteries' thrombosis (LLAT) with coronavirus infection anamnesis.

Material and methods. In the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy for the period from September 2022 to January 2023, 48 patients with LLAT were hospitalized, which were divided into 2 groups. In both groups, patients had a history of coronavirus infection on average 2-2.5 months before treatment. The primary group included 19 (39.6%) patients who underwent thrombolysis and thrombaspersion. The control group included 29 (60.4%) patients who underwent thrombectomy.

According to the level of damage in the primary group, thrombosis in the femoral segment was noted in 11 (57.9%) patients; in the femoral-popliteal segment in 8 (42.1%). In the control group, 18 (62.1%) had thrombosis in the femoral segment; and in the femoral-popliteal segment — in 11 (37.9%) patients.

According to the degree of acute ischemia (Savelyev V.S. classification) in the primary group, 6 (31.6%) patients were diagnosed with II-A degree, in 10 (52.6%) patients - II-B, in 3 (15, 8%) cases - III-A. In 15 (78.9%) patients, atherosclerotic lesions of thrombosed arteries were detected. In the control group, 10 (34.5%) patients had grade II-A, 15 (51.7%) patients had II-B, and 4 (13.8%) cases had grade III-A ischemia. Atherosclerotic lesions were detected in 21 (72.4%) patients.

Result. In the primary group, thrombolysis and thrombaspiration in 3 (15.8%) cases was supplemented with balloon dilatation, taking into account severe stenosis. When studying these coagulograms, there is an increase in BCT from 226"-238" to 247"-270" (average deviation 11.4%); APTT-24-31 (deviation~29.2%); INR-0.7-1.5 (deviation~114.3%); D-dimer-1.8-3.4µg FEO/ml (deviation~88.8%); decrease in fibrinogen-475-383 mg% (deviation~24%); PTI-147-120% (deviation~22.5%). Of these 2 (10.5%) patients had an unfavorable outcome.

In control group's patients in 6 (20.7%) cases, thrombectomy was supplemented by anterior and posterior fasciotomies, and in 10 (34.5%) cases by endarterectomy. Studying these coagulograms detected increasing in BCT from 225"-241" to 243"-266" (deviation~10.5%); APTT-22-32 (deviation~31.4%); INR-0.8-1.7 (deviation~125%); D-dimer-1.6-3.3µg FEO/ml (deviation~106.3%); decrease in fibrinogen-454-366 mg% (deviation~24%); PTI-150-115% (deviation~30.4%). In 1 case (3.45%), the outcome was unfavorable.

Despite ongoing anticoagulant therapy and positive dynamics of coagulogram data, on 3 (10.3%) control group's patients rethrombosis was diagnosed. It should be noted that the dosage of anticoagulants was 25–40% higher than the standard. Within 3 months after the intervention, 1 (2.1%) patient developed myocardial infarction with a fatal outcome.

Conclusions. Performing focal endovascular thrombaspiration and thrombolysis on affected limb is preferable type of surgical intervention and has to minor early postoperative complications with minimal long-term complication.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ФОНЕ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

А.И. Ахмедов, А.Д. Фаязов, Б.Н. Холмуродов

РНЦЭМП МЗ РУз

Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан

Тяжелая ожоговая травма сопровождается глубокими расстройствами микроциркуляции и гемореологии, которые приводят к дистрофическим изменениям эпителия желудочно-кишечного тракта с формированием острых эрозий и язв, часто осложняющихся кровотечением. Деструкции слизистой желудочно-кишечного тракта способствуют местные факторы (ферменты, соляная кислота, желчь) и общие нарушения в организме обожженных, в частности, увеличение концентрации глюкокортикоидов. Продукты перекисного окисления липидов

(ПОЛ) являются повреждающими агентами для мембран клеток и внутриклеточных органелл, что сопровождается деструктивными изменениями тканей и нарушением функции органов. Ранее нами показано, что у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии происходит активация процессов ПОЛ и снижение активности антиоксидантной системы (АОС).

Цель исследования. Сравнительное изучение в динамике показателей эндогенной интоксикации при гастродуоденальных кровотечениях на фоне ожоговой болезни.

Материалы и методы. Обследованы 40 пострадавших (33 мужчины и 7 женщин), находившихся на лечении в областном ожоговом центре г. Самарканда в 2020–2023 гг. с ожоговой травмой площадью ожогов от 10 до 70% поверхности тела. Всем больным проводилось эндоскопическое исследование. Определение продуктов ПОЛ осуществлялось путем измерения первичных (диеновые конъюгаты – ДК) и вторичных (малоновый диальдегид – МДА). Для оценки АОС определяли липидорастворимый антиоксидант альфа-токоферол (ТФ). Контролем служили соответствующие показатели крови 15 здоровых добровольцев в возрасте 20–62 года. Исследования проведены на 1, 3, 7, 14 и 21 сутки после ожога.

Результаты и обсуждение. У пострадавших с ожоговой травмой с эрозивно-язвенными поражениями без кровотечений (1-я группа) содержание ДК было увеличено в 1,3–1,5 раза на протяжении 1–14 суток по сравнению с контрольной группой. Содержание МДА было повышено во все сроки исследований, наиболее выраженное в 1-е сутки после ожоговой травмы. На 21-е сутки после ожоговой травмы уровень МДА оставался повышенным в 1,8 раза. При анализе результатов АОС обнаружена мобилизация ТФ в кровяное русло, выраженное увеличением уровня ТФ (1,5–1,6 раза) с 3 по 21 сутки после ожоговой травмы. У больных с ожоговой травмой, осложненной гастродуоденальным кровотечением (2-я группа), обнаружена более выраженная активация процессов ПОЛ. Содержание ДК было значительно увеличено (в 1,8–2,4 раза) во все сроки исследований по сравнению с контрольной группой. Уровень МДА на протяжении 14 суток постепенно повышался. Если в 1-е сутки исследования содержание МДА увеличивалось в 2,6 раза, то на 14-е сутки отмечалось увеличение в 3,9 раза от контрольных значений. Содержание ДК во 2-й группе было значительно выше, особенно на 21-е сутки исследований (в 2,0 раза). Уровень МДА на 1–7 сутки исследований почти не отличался у больных 1-й и 2-й групп. На 14 и 21 сутки после ожоговой травмы содержание МДА в 1-й и 2-й группах больных соответственно превышало в 2,1 и 1,5 раза. При сравнении полученных результатов по показателям АОС выявлено, что со-

держания ТФ во 2 группе снижено на 3 и 7 сутки исследований соответственно в 1,7–1,3 раза.

Вывод. Таким образом, на основании полученных результатов можно сказать, что у больных с ожоговой травмой, осложненной гастродуоденальным кровотечением, наблюдается более выраженная активация процессов ПОЛ за счет увеличения содержания первичных (ДК) и вторичных (МДА) продуктов. Развитие гастродуоденальных эрозивно-язвенных кровотечений у обожженных прежде всего обусловлено тяжестью течения всех периодов ожоговой болезни. В свою очередь, кровопотеря приводит к более выраженным нарушениям гомеостаза, отражающим стресс-реакции и тканевую гипоксию.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Г.К. Ахмедов

СамГМУ, Самарканд, Узбекистан
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности диагностики и разных тактик хирургического лечения осложнённых грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 23 больных с ГПОД, оперированных в отделении Торакоабдоминальной онкохирургии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» в период 2019–2023 гг. Возраст пациентов колебался от 21 до 67 лет, в среднем 38,5 года. Преобладали пациенты женского пола: женщин было 63 (60,6%), мужчин – 41 (39,4%).

Всем больным проводились стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. Эндоскопическое и контрастное рентгеновское исследование проводилось всем пациентам, а также все больные осмотрены специалистами. При распределении больных с ГПОД мы использовали классификацию Б.В. Петровского и Н.Н. Каншина (1967).

По ходу обследования у пациентов кроме ГПОД выявлены разные сопутствующие патологии: патологии органов кровообращения, органов дыхания, ожирение различной степени, сахарный диабет и др. Также выявлено несколько патологий органов брюшной полости, таких как хронический калькулезный холецистит, грыжи передней стенки живота и др. У 3 пациентов была рецидивная ГПОД. Все больные разделены на несколько групп, и им по показаниям произведены фундопликация по Ниссену или по Тупе лапароскопическим путем, а также некоторые операции открытым путем.

Результаты и обсуждение. При эндоскопических исследованиях 12 пациентов проведена эндоскопия с узкоспектральной визуализацией (в режиме NBI) на эндоскопе CV-170 фирмы Olympus. Из них у 5 пациентов при подозрении на разные патологии слизистой оболочки пищевода при эндоскопии взяты биопсии из нескольких участках по Сизтлскому протоколу с последующим гистологическим исследованием. При этом выявилось наличие в эпителии пищевода цилиндрических и бокаловидных клеток, которые являются характерными признаками пищевода Барретта.

Больным 1-й группы (76,2%) произведена лапароскопическая крурорафия, фундопликация по Ниссену, больным 2-й группы проведены лапаротомия, крурорафия, селективная проксимальная ваготомия и пилоропластика по Гейнеке – Микуличу.

Выводы. Больные с осложнениями ГПОД в дооперационном периоде должны тщательно исследоваться по стандарту. Из операций в основном делается фундопликация по Ниссену, Больным с рецидивными грыжами и при спаечном процессе брюшной полости показана фундопликация по Тупе.

ПЕЙТС-ЕГЕРС СИНДРОМИНИНГ БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ СОҲАСИДА УЧРАШИ

Ачилов А., Юсупов Ф., Махмудов М.

РШТЁИМ Қашқадарё филиали

Пейтс-Егерс касаллиги кам учрайдиган аутосом-доминант типда ўтувчи наслий касаллик бўлиб, тери ва ошқозон-ичак трактида гамартома (полип) билан зарарланиши шаклида намоён бўладиган касаллик. Пейтс-Егерс касаллиги қон кетиш, камқонлик, инвагинация, ичак некрози ҳамда юқори хавф билан ёмон сифатли онкологик касаллик клиник кўринишида кечувчи касаллик ҳисобланади. Пейтс-Егерс касаллиги ҳар 100000 аҳоли сонига 1–2 та учраши кузатилган. Қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан 2:1 кўринишида учрайди.

Пейтс-Егерс касаллигида эзофагогастродуоденоскопия текширувида оғиз бўшлиғи юқори танглайда пигментация, фиброколоноскопияда кўричак гумбаз соҳасида гиперпигментация аниқланади. Пейтс-Егерс касаллигини тасдиқлаш учун ДНКда STK11 гени мутацияси аниқланиши керак. Оғиз бўшлиғи атрофининг пигментациясини аниқлаш Пейтс-Егерс касаллигининг оптимал диагностикаси ҳисобланади ва кейинги кузатилиши мумкин бўлган асоратларнинг камайишига асосий омил бўлади.

Бемор 14 ёш қиз. Стационарга қориндаги тутиб турувчи оғриқ, қайт қилиш, кўнгил айнишига,

ичи келмаслиги, ҳолсизлик, безовталикка шикоят қилиб келишди. Беморнинг умумий аҳволи оғир. Териси тоза. Беморнинг юзида тошма ва лаб соҳасида нуқтасимон гиперпигментация аниқланди. Тана ҳарорати 36,7°C. Нафас олиши равон. Ўпкада икки томонлама везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари қаттиқ, пульс ритмик, ўртача тарангликда, 1 дақиқада 120 та. 90/50 мм. сим. уст.га тенг. Тили нам, карашланган. Қорин нафас олишди бироз иштирок этади, бироз дам. Жигар талоқ катталашмаган, пайпаслаганда ўнг ёнбош ва киндик соҳаси бўйлаб 10 x 6 см ҳажмли ҳосила пайпасланади. Ичаклар перистальтикаси сақланган. УТТда қорин бўшлиғида ҳажмли ҳосила аниқланади. КТ текширувида қорин бўшлиғи қорин пастки қаватида ҳажмли ҳосила аниқланади. Умумий қон анализи: келганда. Нb-106 г/л, эритроцит $3,2 \times 10^{12}$ /л, рангли кўрсаткич – 0,9, лейкоцит – $10,3 \times 10^9$ /л, ЭЧТ-7 мм/с. Сийдик текширилганда: ранги – оч сариқ, реакцияси – кислотали, оқсил – излари, тузлар – сийдик кислота тузлари, бактерия – abs. Қон биохимияси: билирубин: умумий – 21,2 мкмоль/л, боғланган – 3,0 мкмоль/л, эркин – 18,2 мкмоль/л, Alt – 0,41 мккат/л, мочевино – 7,2 мкмоль/л, азот қолдиғи – 22,6 мкмоль/л, глюкоза – 5,3 мкмоль/л. Қорин бўшлиғи ҳажмли ҳосила. Ўткир ичак тутилиши диагнози қўйилди ва диагностик лапароскопия, лапаротомия + дезинвагинация + энтеротомия + полипэктомия + қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш операцияси ўтказилди. Операция жараёнида 5 соҳада энтеротомия қилиниб, 21 та ҳар хил катталиқдаги полип олиб ташланди. Операциядан кейинги таъхис: ингичка ичак полипоз (Пейтс-Егерс касаллиги). Асорати: кўп сонли ингичка ичак инвагинацияси, мураккаб тури. Диффуз сероз перитонит.

Хулоса:

– Пейтс-Егерс касаллигининг эрта диагностикасида тиббий кўрик вақтида юз соҳасидаги тошма, лаб ва юқори танглайда пигментация аниқланиши касаллигининг эрта диагностикасида юқори аҳамиятга эга.

– Пейтс-Егерс касаллиги диагностикасида ЭФГДС, капсулали эндоскопия, ДНКда STK11 генининг мутациясини аниқлаш касаллигининг асоратларсиз даволанишида асосий инструментал текширувлар ҳисобланади.

– Пейтс-Егерс касаллигининг асоратланган клиник кўринишларида КТ текшируви ва операция ҳажмини аниқлашда диагностик лапароскопия беморнинг аниқ диагноз ва стационар шароитда тўғри даволаниши, меҳнат қобилиятини тез тиклашда юқори аҳамиятга эга.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

Ш.Э. Ашурув, Б.М. Собиров,
Ж.Ш. Абдукаримов, Ж.Р. Асатуллаев

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Определение факторов риска развития острого панкреатита при выполнении ретроградных вмешательств и создание прогностической шкалы.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 396 пациентов с признаками механической желтухи (МЖ) на фоне холедохолитиаза и стенозирующего папиллита, находившиеся на стационарном лечении в отделение экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2015 по 2023 год. Возраст больных варьировал от 18 до 85 лет, женщин было 220, мужчин – 176. В зависимости от тактических подходов все больные были разделены на 2 группы: контрольная и основная группы. В контрольную группу вошли 196 пациентов, которым проводилась традиционная профилактика острого панкреатита. В основной группе 200 больным использована разработанная нами шкала прогнозирования развития ОП после ретроградных манипуляций, и на основании результата этой шкалы определяли тактику лечения МЖ. Данная шкала включила 6 критериев: время с момента попытки до успешной канюляции большого дуоденального сосочка (БДС); наличие сопутствующих патологий, препятствующих для канюляции БДС; степень сложности ЭРХПГ; количество канюляций вирсунгова протока; опыт специалиста (количество самостоятельно выполненных РЭВ); степень успешности терапевтической части ретроградных процедур. Максимальное количество баллов по каждому критерию составило до 5 баллов.

Результаты исследования. Нами проведен анализ частоты развития ОП после ретроградных процедур в зависимости от результатов шкалы прогнозирования. Учитывая тот факт, что в контрольной группе проведен ретроспективный анализ, для определения риска развития острого панкреатита пациенты были эмпирически ранжированы по 10 баллам на три группы. Максимальное количество баллов по предлагаемой нами шкале составляет 30. Из 196 пациентов контрольной группы 127 (64,8%) больных составили 1 группу (количество баллов было до 10), 38 (19,4%) пациентов вошли во 2 группу (11–20 баллов) и остальные 31 (15,8%) – 3 группу (21 балл и выше). Всем больным этой группы производились ретроградные эндоскопические вмешательства с целью декомпрессии билиарной системы.

В 1 группе в 2 (1,7%) случаях, во 2 группе в 9 (23,7%) наблюдениях отмечались признаки острого отечного панкреатита. На фоне проводимой консервативной терапии достигнут положительный клинический результат. Из них в 3 случаях развитие панкреонекроза с последующим инфицированием очага потребовало выполнения хирургических вмешательств. Летальных исходов не отмечено. В 3 группе у 15 (48,4%) пациентов развился ОП: у 4 – отечная форма, у 3 – стерильный панкреонекроз, у 8 – инфицированный панкреонекроз (эти больные были подвергнуты хирургическому вмешательству). На фоне прогрессирования панкреатогенной токсемии и развития полиорганной недостаточности в 7 (26,9%) случаях отмечался летальный исход.

В основной группе, согласно предложенной нами шкале прогноза ОП, в 1 группу вошли 122 (61,0 %) больных, во 2 группу – 41 (20,5%) и в 3 группу – 37 (18,5%) пациентов. В этой группе лечебная тактика зависела от набранных баллов. Если во время выполнения ретроградных манипуляций набиралось больше 15 баллов, исследование заканчивали, и выполняли антеградные эндобилиарные вмешательства в первые сутки. Нами получены следующие результаты: в 1 группе ОП развился в 3 (2,4%) наблюдениях, во 2 группе – в 2 (4,8%), в 3 группе развития ОП наблюдалось у 3 (5,4%) пациентов. В основной группе летальных случаев, связанных с развитием ОП, не было.

Заключение. Применение разработанной прогностической шкалы ОП при ретроградных эндоскопических манипуляциях в лечении механической желтухи доброкачественного генеза позволило снизить количество острого панкреатита с 13,3% до 4,0%, а частоту летальности по поводу ОП – с 26,9% до 0%.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Ашуров Ш.Э., Каримов М.Р.,
Жуманазаров А.У., Кушиев Ж.Х.*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с кровотечениями из зоны папиллотомии путем оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы исследований. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 510 пациентов, поступивших в многопрофильную клинику ТМА за период с 2015 по 2023 годы с клиникой механической желтухи, причиной которых явился холедохолитиаз. Возраст больных варьи-

ровал от 18 до 90 лет, преобладали лица женского пола (женщин – 318 (62,4%), мужчин – 192 (37,6%)).

Всем больным выполнена ЭПСТ. Из 510 пациентов у 72 (14,1%) больных отмечалось кровотечение из ЭПСТ зоны разной интенсивности. На начальном этапе работы (2015–2018 годы) из 210 пациентов кровотечение отмечено у 25 (11,9%). В этих случаях применялись методы инъекция склерозантов и монополярная электрокоагуляция. Эффективность гемостаза составила 80%, доля открытых операций – 20%.

Эти результаты требовали пересмотра лечебной тактики при кровотечениях из зоны папиллотомии во время выполнения РЭВ. Нами была разработана тактика, которая заключалась в дифференцированном подходе к выбору методов гемостаза в зависимости от интенсивности кровотечения. Интенсивность кровотечения оценивали в 3 степенях тяжести:

I степень – струйное, пульсирующее кровотечение, кровь льётся, «как из фонтана». Тактика лечения: наложение гемоклипс (1–2 шт.) в экстренном порядке, с последующей коагуляцией с помощью щипцов. При достижении гемостаза в течение 8–10 минут продолжается эндоскопическое наблюдение. Через 1 час выполняется повторная дуоденоскопия для контроля: если при осмотре отмечается подсачивание крови из-под тромба, при этом тромб мобилен, выполняется дополнительная диатермокоагуляция либо инъекционный гемостаз. В случаях, когда тромб неподвижен, а кровотечение продолжается, целесообразно выполнять открытую операцию.

II степень – кровотечение медленно пульсирующее, пространство в 12 п.к. остается свободным, кровь стекает по слизистой оболочке кишечника. Тактика лечения: промывание 70% раствором этанола, далее – холодным стерильным раствором, электрокоагуляция с помощью эндоскопических зажимов, при необходимости – подслизистая инъекция 33% раствором этанола краев зоны ЭПСТ. При невозможности гемостаза осуществляется клиппирование.

III степень – подсачивание крови, пульсация отсутствует, кровотечение останавливается самостоятельно или отмечается моментальная остановка при распылении 70% раствора этанола. Тактика лечения: промывание 70% раствором этанола или холодной стерильной водой, редко применяется инъекция склерозантов или электрокоагуляция тканей.

Результаты исследований. В основной группе осуществлялся дифференцированный подход к выбору метода гемостаза в зависимости от интенсивности кровотечения из зоны ЭПСТ согласно разработанной нами тактике. Из 300 наблюдений у 47 (15,7%) пациентов отмечалось кровотечение из

области папиллотомии. У 8 (17,0%) больных была отмечена I степень интенсивности кровотечения, у 14 (29,8%) – II степень и у 25 (53,2%) – III степень.

У пациентов с кровотечением I степени окончательный эндоскопический гемостаз достигнут в 6 случаях, в 2 наблюдениях произведена дуоденотомия с прошиванием кровоточащей зоны ЭПСТ, у одного из них развилась несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, которая ликвидирована на 25–26 сутки после операции на фоне проводимых консервативных мероприятий. Все больные с кровотечением 2 степени после выполнения эндоскопического гемостаза были выписаны на 3–4 сутки после манипуляции. Из них 2 пациента повторно обратились с признаками кровотечения в течение 10 дней. Во время контрольной дуоденоскопии были выявлены признаки III степени кровотечения, и необходимости в выполнении каких-либо дополнительных эндоскопических вмешательств с целью достижения гемостаза не было. У больных с кровотечением III степени окончательный гемостаз был достигнут во всех наблюдениях, рецидива кровотечения не отмечалось. Летальных исходов в основной группе не отмечено.

Заключение. Применение оптимального алгоритма лечения при кровотечениях из зоны папиллосфинктеротомии дало возможность увеличить долю эндоскопического гемостаза до 95,7%, тем самым снизить количество открытых операций и летальности с 20% до 4,3% и с 1,0% до 0% соответственно.

СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*А.Х. Бабаджанов, У.М. Махмудов,
А.И. Туксанов, С.С. Иброхимов*

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

Цель исследования. Провести анализ эффективности традиционной эхинококкэктомии (ЭЭ) из печени в зависимости от локализации, размеров и стадии развития эхинококковой кисты (ЭК).

Материал и методы исследований. Проведен анализ результатов открытых вмешательств при эхинококкозе печени (ЭП) у 541 больного, из которых только у 12 (2,2%) были выполнены различные варианты резекции печени. Большинство оперированных кист были в стадии СЕ II – 140 больных и СЕ III – 301 больной. Идеальная эхинококкэктомия (ЭЭ) путем резекции фрагмента печени с кистой выполнена только в 12 (22%) случаях, ЭЭ с преимущественно полной или частичной ликвида-

цией ОП составила 47,9% (259), а ЭЭ с дренированием и (или) абдоминализацией ОП выполнены у 270 (49,9%) больных.

Результаты исследований. Частота осложнений в ранний послеоперационный период при первичном ОП составила 2,7%, при рецидивном – 9,9%. Кровотечение из паренхимы печени отмечено в 13 (2,4%) случаях, причем консервативные мероприятия позволили добиться гемостаза у 11 (2,0%) больных. Частота развития осложнений со стороны ОП в течение 2 месяцев после операции составила 6,8% (у 37 из 540 больных). При этом частота скопления жидкости в ОП при ЭЭ с дренированием составила 7,8% (у 18 из 240 пациентов), нагноение ОП выявлено у 8 (3,5%). При полном или частичном ушивании ОП доля этих осложнений составила 2,3% (у 6 из 259 больных) и 0,8% (у 2 пациентов), при абдоминализации ОП – 3,9% (у 2 из 51 больного) и 2,0% (у 1 пациента). Одним из специфических осложнений является развитие реактивного плеврита, который является следствием снижения экскурсии диафрагмы при наличии поддиафрагмальных дренажей или воспалительного процесса в ОП, прилежащих к диафрагме. Всего эти осложнения были выявлены у 37 (6,9%) больных.

Заключение. Выбор тактики в пользу дренирования ОП не только обуславливает необходимость длительного дренаженосительства, средние сроки которого составили $15,6 \pm 12,7$ против $10,7 \pm 7,8$ суток при частичной ликвидации на дренаже ($t = 4,03$; $p < 0,001$), но и увеличивает риск развития осложнений в виде жидкостных скоплений или нагноения ОП до 11,3%, тогда как адекватная абдоминализация сокращает этот показатель до 5,9%, а полное или частичное ушивание – еще до 3,1%, в целом снижая долю повторных дренирующих или открытых вмешательств для их лечения с 4,3% до 2,0% и 1,2% соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ

*А.Х. Бабаджанов, А.И. Туксанов,
С.С. Иброхимов*

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

Материалы и методы исследования. Исследование посвящено разработке оптимальных способов дополнительной обработки ОП с учетом эластичных или ригидных стенок фиброзной капсулы для снижения риска развития специфических осложнений со стороны ОП и ускорения процессов ее облитерации после лапароскопической (ЛапЭЭ)

или традиционной (открытой ЭЭ – ОЭЭ) с различными вариантами ликвидации ОП (полное ушивание, частичное ушивание на дренаже, частичная перикистэктомия с абдоминализацией или только дренирование ОП). Все пациенты были поделены на две группы. В основную группу (2020–2023 гг.) включены 192 больных с ЭП, которым при лапаротомных или лапароскопических операциях после этапа ЭЭ произведены дополнительные варианты обработки ОП по предложенным методикам. В группу сравнения (2016–2019 гг.) включено 211 пациентов, которым аналогичные вмешательства производились по традиционному способу.

Способы обработки ОП в основной группе. Способ обработки эластичной фиброзной капсулы. Для клинической практики обозначены новые технические аспекты при операциях по поводу ЭП. Способ обработки фиброзной капсулы при неосложненных формах поражения эхинококкозом печени включает следующие технические аспекты: применение отечественного биоабсорбируемого гемостатического средства «НЕМОВЕН», применение аппарата лазерной терапии «Матрикс», а также набора для дренирования типа Редон и послеоперационное облечение лазером Импульс-100 чрескожно.

Способ обработки ригидной фиброзной капсулы. В хирургии ЭП, безусловно, резекционные технологии могут иметь преимущества, однако выполнение анатомической или атипичной резекции печени требует определенного уровня квалификации от хирурга в сочетании с необходимым оснащением оборудованием клиники для проведения подобных операций. Другой стороной является то, что если для западных школ ЭП – это по сути единичные операции, то для Республики Узбекистан эхинококкоз является краевой патологией, и число таких операций только на печени выше полутора тысяч в год. На этом фоне особую сложность в хирургии эхинококкоза представляют остаточные полости с плотными фиброзными стенками, которые не поддаются ушиванию. В этом аспекте мы предлагаем усовершенствованный способ обработки фиброзной капсулы, который включает следующие отличительные этапы: лазерное воздействие на стенку фиброзной капсулы высокоэнергетическим лазером Лахта-Милон; дополнительная антипаразитарная химическая обработка антисептическим раствором ФарГАЛС; нанесение композиции НЕМОВЕН.

Результаты и обсуждение. У пациентов с ЭП наличие эластичной фиброзной капсулы позволяет при открытых операциях в 74,5–78,7% (по обеим группам) произвести полное ушивание ОП (54,3–69,3%) или на дренаже (9,3–20,2%), у 12–12,8% пациентов удалось выполнить абдоминализацию ОП, и только в 9,3–12,8% случаев ввиду сложной локализации кисты (чаще глубоко интрапаренхи-

матозно) операция ограничивается дренированием ОП с минимальным объемом перикистэктомии. В свою очередь, при доступности эхинококковых кист для лапароскопического вмешательства вероятность возможности выполнения широкой абдоминализации составила 42,1–68,9%, а в остальных случаях осуществляется только частичная перикистэктомия с дренированием. При этом использование предложенного способа обработки ОП при эластичной фиброзной капсуле как при открытых, так и при лапароскопических вмешательствах позволяет снизить риск развития ранних и поздних специфических осложнений. Так, частота развития осложнений в ранний послеоперационный период в группе сравнения составила 14,5%, тогда как в основной группе – 2,9% ($\chi^2=9,072$; $df=1$; $p=0,003$), а в сроки до 3 месяцев после операции этот показатель составил 12,8% против 2,9% ($\chi^2=7,265$; $df=1$; $p=0,008$), что позволило снизить необходимость в выполнении повторных миниинвазивных вмешательств в эти сроки с 9,4% до 2,0%.

В подгруппах с ригидной фиброзной капсулой идеальная ЭЭ была выполнена у 4 пациентов в группе сравнения и 7 в основной группе. В общей выборке данной категории больных проанализированы результаты у 94 и 88 пациентов соответственно. Частота ближайших осложнений после различных вариантов ЭЭ в группе сравнения составила 37,5% (у 3 из 8 пациентов) после ЛапЭЭ, 18,3% (у 15 из 82 пациентов) после ОЭЭ, всего было 18 (19,1%) осложнений на 94 пациента. В основной группе после ЛапЭЭ ближайшее осложнение развилось у 1 (4,8%) пациента (из 21 пациента), после ОЭЭ – у 3 (5,0%) из 60 больных, всего было 4 (4,5%) осложнений на 88 пациентов. Без осложнений было 76 (80,9%) больных в группе сравнения и 84 (95,5%) пациента в основной группе ($\chi^2=9,121$; $df=1$; $p=0,003$). Осложнения были разрешены консервативно у 6 (6,4%) пациентов в группе сравнения, миниинвазивные вмешательства были выполнены в 2 (2,3%) случаях в основной группе, сочетанное лечение (консервативно и миниинвазивно) было проведено еще у 6 пациентов (6,4%) и 1 (1,1%) соответственно, в свою очередь, в группе сравнения на фоне некупирующихся осложнений было оперировано 3 (3,2%) пациента.

Заключение. Внедрение в клиническую практику предложенных методов обработки ОП при эластичной и ригидной фиброзной капсуле позволило изменить структуру хирургического лечения ЭП, сократить частоту ближайших и отдаленных специфических осложнений со стороны фиброзной капсулы, что в целом обеспечило увеличение хороших результатов операций с 85,8% (у 181 из 211 пациентов в группе сравнения, у которых в отдаленный период не наблюдалось осложнений) до 96,9% (у 186 из 192 пациентов в основной груп-

пе). Доля удовлетворительных результатов (отдаленные осложнения успешно разрешены консервативно или миниинвазивно) составила 8,1% (17 пациентов) и 2,6% (5 пациентов) соответственно, неудовлетворительные результаты (повторные операции) были отмечены только в группе сравнения и составили 1,4% (3 пациента) ($\chi^2 = 9,365$; $df = 2$; $p = 0,010$).

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОЛЕНОВЫХ ПРОТЕЗОВ И БИОТКАНЕЙ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ

И.М. Байбеков, О.М. Гуламов, Б.З. Мухамедов

ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии им. акад. В. Вахидова»

Использование протезной пластики значительно улучшило результаты хирургического лечения больших гигантских вентральных грыж и уменьшило количество рецидивов. Наиболее часто используются проленовые сетки без покрытия. В связи с ростом числа операций с использованием различных имплантов возник ряд новых проблем. Изучение взаимодействия имплантата с тканями после протезной пластики вызывает особый интерес, это возможно при помощи сканирующей электронной микроскопии (СЭМ).

Цель исследования. Оценка взаимодействия проленовой сетки с тканями с использованием СЭМ.

Материал и методы. В отделении торакоабдоминальной онкохирургии с 2003 года по настоящее время выполнено более 1500 операций – протезная пластика при обширных и гигантских вентральных грыжах. Из числа этих пациентов у 70 выполнена повторная операция в связи с рецидивом и возникновением других осложнений. Во время повторных операций в большинстве случаев ранее установленные протезы и рубцовые ткани были иссечены в пределах неизмененных тканей и направлены для исследования под СЭМ. Образцы тканей, протезы, кожно-протезный свищ при помощи СЭМ изучены у 14.

Изучаемый биоматериал фиксирован в 2,5% растворе глютарового альдегида и дофиксация в 1% растворе четырёхоксида осмия, после на том же буфере обезживание в спирт-ацетоне, высушивание в аппарате НСП-2, напыление золотом в аппарате IP-2. Фото снимали с цифровой камерой Canon с экрана микроскопа Hitachi S-405.

Результаты. При помощи СЭМ в 14 случаях изучены морфологические особенности и характер взаимодействий тканей и проленовой сетки. На поверхности проленовой сетки определяются

неклеточные структуры в виде сплошной плёнки, имеются дефекты нити сетки. Наличие дефектов обусловлено механическим воздействием. Клеточные скопления – лимфоциты, макрофаги, бактерии, грибы и зародышевые элементы. Среди микроорганизмов, обнаруженных при инфицировании сетки, встречаются золотистый стафилококк, стрептококк, грамотрицательные микроорганизмы, энтеробактерии и анаэробы. Также встречаются грибы чаще рода Кандида и микобактерии.

Характер дефектов и разнообразие микроорганизмов свидетельствует о вторичном инфицировании, что требует их удаления во время повторной операции.

Выводы. Во всех удаленных проленовых сетках имеются различные дефекты вследствие механического воздействия. Поверхность плетеных нитей сетки покрыта дискретной структурой в виде плёнки (клетки, микроорганизмы, грибы). Выявленные морфологические изменения вследствие взаимодействия протеза и тканей могут привести к образованию кожно-протезных свищей.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТЛАРДА АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ЎЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Бердимуродов Р.Т., Хотамов И.Э.

РШТЁИМ Навоий филиали

Кириш қисми. Ўткир холециститда жарроҳлик амалиёти қорин бўшлиғи шошилич жарроҳлигида ҳозиргача долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Бу эса ўт-тош касаллигининг кўп учраши ва ёши катта беморларда ўт-тош касаллиги асоратларининг кечиши билан боғлиқ. Ўт-тош касаллигида амалиётдан кейинги ўлим ҳолати 1–7% атрофида учрайди. Амалиётдан кейинги салбий ҳолатлар – ҳамроҳ касалликлар билан бор ва 60 ёшдан катта беморларда учрайди. Бу беморларда ўлим кўрсаткичи 17% гача кузатилади. Жарроҳликка янги технологияларнинг кириб келиши, бу лапароскопик холецистэктомия, эндоскопик ретроград панкреатохолангиография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, ўт-тош касаллигини жарроҳлик йўли билан радикал даволашда ижобий имкониятларни яратмоқда. Ўт-тош касаллигида амалиётдан кейинги салбий оқибатларнинг олдини олиш, камайитириш, уларнинг келиб чиқиш сабабларини ўрганиш катта аҳамиятга эга. Амалиётда янги технологияларнинг қўлланилиши билан боғлиқ асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва бартараф этиш керак.

Материал. Амалиётдан кейинги салбий оқибатларнинг келиб чиқиш омилларини ўрганиш мақсадида РШТЁИМ Навоий филиалида 2018 йилдан 2023 йилгача ўткир холецистит билан амалиёт ўтказилган 1285 та бемор таҳлил қилинди. 114 та

беморга (8,8%) анъанавий холецистэктомия, 1171 та беморга (91,2%) лапароскопик холецистэктомия амалиёти бажарилган. 18 та беморда (1,4%) амалиётдан кейинги даврда ўлим ҳолати кузатилган.

Натижалар ва таҳлил. 18 та ўлган беморлар ичида 60 ёшдан катта беморлар сони 15 (83%) тани ташкил этади. 3 (17%) та бемор 60 ёшдан кичикни ташкил этади. Бизнинг кузатишларимизда аёллар сони 14 (77%) тани ташкил этади, ҳаммаси 60 ёшдан юқори. Ўлган 18 та бемордан 16 (88%) таси касаллик бошлангандан 1 суткадан кейин мурожаат қилинган. Беморларнинг кеч мурожаат қилишига сабаб, 15(83%) та бемор уйида мустақил даволашни ўтказган. Стационаргача бўлган вақтда 2(17%) та бемор поликлиника шароитида амбулатор даволанган, ўт-тош касаллиги кеч аниқланган. Деярли ҳамма вафот этган беморларда ҳамроҳ касалликлар (юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги, қандли диабет ва бошқ.) аниқланган. Шифохонага кеч мурожаат қилиб келган беморларда ўт-тош касаллигининг деструктив кўриниши, холедохолитаз, механик сариклик аниқланган. Ўлим кўрсаткичи таҳлилида 8 (44%)та беморда флегмоноз холецистит, 7(38%) беморда гангреноз холецистит, 3(16%) беморда йирингли холангит учраган. 1 (5.5%) беморда тарқалган перитонит кузатилган. Ўлим кўрсаткичларини таҳлилида беморларда шифохонагача бўлган вақтда ўт-тош касаллигини эрта аниқлаш, шифохонага эрта ўз вақтида мурожаат қилишларини, поликлиника шароитида ультратовуш текширишларни сифатини яхшилаш муҳим аҳамиятга эга. Ўт-тош касаллигида амалиётнинг биринчи суткада ўз вақтида бажарилиши беморларда салбий оқибатларнинг камайишига олиб келади. 18 та ўлган беморлар ичида 3 (16%) та беморга биринчи суткада амалиёт ўтказилган. 15(84%) та беморга иккинчи ва учинчи суткаларда амалиёт ўтказилган. Ўт-тош касаллигида шошилишч амалиётнинг кеч ўтказилиши, амалиётдан кейинги даврда салбий оқибатларнинг кўпайишига олиб келади. Амалиётга бўлган вақт, қонда тарикасида, ўткир холецистит курсининг динамикасини, консерватив даво таъсирининг мавжудлиги ёки йўқлигини аниқлаш учун тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашишни ўз ичига олган ҳолда тўлиқ текширувни ўтказиш учун етарли. Вафот этган беморларда амалга оширилган жарроҳлик аралашувлари характери ўрганилганда жарроҳлик даволашнинг асосий тури холецистэктомия бўлиб, 4(25%) беморда лапаротомия йўли билан амалга оширилди. 2(12,5%) беморларда холецистэктомия, холедохолитотомия ва умумий ўт йўлининг ташқи дренажлаш билан ўтказилди. 12(66,7%) вафот этган беморларда холецистэктомия лапароскопик усулда амалга оширилди. Жарроҳлик аралашув вақтида диагностик, оператив ва тактик хатолар 1(5,5%) беморда қайд этилган. Диагностик ва тактик хато сифатида амалиётдан олдинги даврда холедо-

холитиаз аниқланмаган ва амалиётдан кейинги даврда ўт йўллари гипертензиясининг кучайиши туфайли ўт қопи йўли лигатурасининг етишмовчилиги кузатилди ва бу релапаротомия амалиётининг ўтказилишига олиб келди. Яна 1(5,5%) беморда прогрессив холангит ва кўплаб жигар абсцесслари шаклланиши туфайли ўлимга олиб келди. Диагностик ва оператив техник хатолар натижасида вафот этганлар жами 2(11%) беморда қайд этилди. Жарроҳларнинг тактик ва техник хатолари оқибатида ўлим ҳолатларининг олдини олишда беморларга тўлиқ текширишларни амалга ошириш ва ўт йўллари жарроҳлиги масалалари бўйича жарроҳларнинг малакасини ошириш катта аҳамиятга эга.

Хулосалар. Ўткир холецистит билан амалиёт ўтказилган беморлар ўлимининг энг кўп тўғридан-тўғри сабаби беморларнинг тиббий ёрдам учун кеч мурожаат қилиши ёки узоқ давом этган, муваффақиятсиз, консерватив даво натижасида кечиккан амалиёт натижасида юзага келадиган йирингли-септик асоратлардир. Вафот этган беморлар орасида юрак-қон томир тизимининг оғир патологияси ва асоратланган холелитиаз туфайли олдиндан мавжуд бўлган жигар шикастланиши билан катта ёшдаги беморлар устунлик қилади, бу эса амалиётдан кейинги даврда ўткир юрак-қон томир етишмовчилигининг 14(77,5%) ва ўткир жигар етишмовчилигининг 4(22,5%) ҳолатда пайдо бўлишига олиб келади. Ўткир холецистит билан касалланган, холедохолитиаз, механик сариклик, холангит билан асоратлашган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш, касалликни эрта ташхислаш ва беморларни жарроҳлик шифохонасига ўз вақтида ётқизиш, консерватив даво вақтини қисқартириш ва касалликнинг асоратланган деструктив шакллари бўйича эрта операцияларни жорий этишга асосланиши керак, айниқса, кекса ва қарилик ёшидаги беморларда. Бу эса эндовидеожарроҳлик технологиясини кенгроқ жорий этиш ва беморларга анестезиологик ва реанимацион ёрдамни такомиллаштириш ҳам катта аҳамиятга эга.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

У.Б. Беркинов, С.П. Халиков,
О.Т. Саттаров, А.М. Муродов

Ташкентская медицинская академия

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

Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 647 пациентов с острым калькулезным холециститом, которым выполнена ЛХЭ в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2014 по 2023 год.

Результаты исследований. Нами проанализированы интра- и послеоперационные осложнения, которые были обусловлены техническими моментами выполнения хирургических вмешательств. После операции по поводу острого калькулезного холецистита желчеистечение наблюдалось в 7 (1,1%) случаях, несостоятельность культи пузырного протока – в 4 (0,6%), кровотечения из пузырной артерии – в 3 (0,5%), повреждения холедоха – в 4 (0,6%), послеоперационный панкреонекроз – в 6 (0,9%), термические стриктуры желчных протоков – в 2 (0,3%), подкожная эмфизема – в 4 (0,6%), раневые осложнения – в 8 (1,2%).

В зависимости от характера осложнений лечебная тактика была различной. При желчеистечении осуществлялся динамический контроль за состоянием брюшной полости, и во всех случаях на 3–7-е сутки осложнение было ликвидировано консервативными мероприятиями. При несостоятельности культи пузырного протока на 2–4-е сутки пациенты были подвергнуты повторной лапароскопии. В 2 наблюдениях выполнено лапароскопическое клипирование культи пузырного протока, в 2 случаях произведено открытое хирургическое вмешательство. При кровотечении из пузырной артерии у 1 больного осуществлен гемостаз лапароскопическим способом, а у 2 – посредством открытой операции. При перерезке холедоха в 2 наблюдениях повреждение выявлено интраоперационно, в 2 – спустя 1–3 суток после операции. Хирургическая тактика зависела от момента выявления осложнения. В 1 случае при интраоперационном выявлении повреждения произведено наложение билиобилиарного анастомоза «конец в конец» (через 6 месяцев у больной развилась стриктура, что потребовало наложения гепатикоеюноанастомоза). В связи с этим в последующем при интраоперационном выявлении травмы холедоха (1 наблюдение) предпочтение отдавали гепатикоеюностомии по Ру. При обнаружении повреждения холедоха в послеоперационном периоде 1 пациенту наложена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), в 1 случае произведено лапароскопическое дренирование гепатикохоледоха и через 5 месяцев произведена гепатикоеюностомия по Ру. При термических стриктурах желчных протоков у пациентов развивалась клиника механической желтухи. Этим больным произведено ЧЧХС с последующей реконструктивной операцией на билиарной системе. При развитии панкреонекроза в 2 наблюдениях произведена консервативная терапия,

в 2 – открытые хирургические вмешательства, еще в 2 – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. В последующем 3 пациентам выполнены некроеквестрэктомии с этапными санациями. При подкожной эмфиземе и раневых осложнениях лечебные мероприятия осуществлялись согласно существующим стандартам.

Летальность отмечена в 7 (1,1%) случаях. В 3 наблюдениях причиной летальности явился панкреонекроз, в 1 – внутрибрюшное кровотечение, в 2 – острый инфаркт миокарда, в 1 – ТЭЛА.

Заключение. Проведенный критический анализ причин интра- и послеоперационных осложнений позволил разработать ряд профилактических мер: при остром холецистите выполнение ЛХЭ целесообразно в первые 72 часа с момента заболевания; при выборе хирургической бригады необходимо оценивать возможности хирургической бригады выполнять ЛХЭ в зависимости от тяжести предстоящей операции; при невозможности идентификации элементов шейки желчного пузыря целесообразно выполнение предложенной методики ЛХЭ, которая включает в себя элементы выполнения ЛХЭ «от дна».

СРОЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

*Х.Ж. Буранов, Х.А. Абдумажидов,
М.С. Шакаров, И.М. Турабоев*

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов хирургического опухолей сердца.

Материал и методы. В ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» лечились 143 больных в возрасте от 16 до 72 лет (в среднем 42,05±4,6 года) с доброкачественными (миксома) опухолями сердца. Мужчин было 60, женщин – 83. В 102 случаях опухоль располагалась в ЛП, у 3 – биатриально, у 24 – в ПП, у 6 – в ПЖ, у 8 – в ЛЖ. В одном случае наблюдалась двойная миксома правого предсердия. Основными жалобами больных были периодические приступы резкой слабости, синкопальные состояния, особенно при перемене положения тела. Произведены ЭКГ, рентгенография грудной клетки, трансторакальная и транспищеводная ЭХОКГ, КТ и МСКТ.

Результаты. Показаниями к экстренной или срочной операции служили угроза обтурации атриовентрикулярных клапанов сердца и вероятность фрагментации опухоли. Операции производились в условиях искусственного кровообращения (ИК) и кардиоплегии. Операция заключалась в удалении опухоли вместе с участком прикрепления ножки. В 25 (17,5%) случаях выполнена пластика

межпредсердной перегородки аутоперикардиальной заплатой. Клинический диагноз подтвержден гистоморфологическим исследованием. Интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде эмболические осложнения в результате фрагментации опухоли не наблюдались. В послеоперационном периоде отмечалось исчезновение указанных выше жалоб. В 9 случаях (6,2 %) наблюдалась госпитальная летальность (ГЛ). Причинами ГЛ явились острая сердечная недостаточность, сепсис, высокая легочная гипертензия. В отдаленном периоде результаты только в 14,4% удовлетворительные. Рецидив опухоли наблюдался в 3 случаях (2,1%). Эти пациенты успешно реоперированы.

Вывод. Срочные операции при флотирующихся опухолях сердца являются единственным методом лечения и позволяют избежать жизнеугрожающих осложнений. Выполнение операции в условиях искусственного кровообращения и кардиopleгии дает возможность «радикального» удаления опухоли без фрагментации.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*М.Х. Ваккасов, Б.Р. Исхаков,
У.Р. Базарбаев, Н.Б. Исхаков*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Улучшение результатов лечения кистозных образований поджелудочной железы с применением малоинвазивных методик.

Материалы и методы. В течение 2001–2020 гг. в Наманганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) находились 62 больных с кистами поджелудочной железы (ПЖЖ) в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 40 (64,5%), женщин – 22 (35,5%). Постнекротическая киста ПЖЖ выявлена у 33 (55,1%) больных, посттравматическая – у 25 (41,8%), цистаденома – у 1 (1,7%) и цистаденокарцинома – у 1 (1,7%). Киста располагалась в области головки ПЖЖ у 22 (35,5%) больных, тела – у 25 (40,3%), хвоста – у 15 (24,2%). Солитарная киста выявлена у 47 (75,8%), множественные и многокамерные – у 15 (24,2%) больных. Диаметр кист варьировался от 5 до 25 см. Сформированная киста обнаружена у 36 (58,1%) больных, несформированное органическое скопление жидкости без четкой капсулы – у 26 (41,9%). Осложнение нагноением кист выявлено у 31, кровоизлиянием в полости кисты – у 12, перфорация в брюшную полость – у 5, в желудок – у 1, в двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 1 больного.

Результаты. В целях дифференциальной диагностики у 1 больного при предположении наличия

цистаденомы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия, диагноз подтвержден цитологическим исследованием. С нагноением содержимое кисты ПЖЖ чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) под контролем УЗИ выполнено у 42 больных. Рецидивы кисты отмечены у 2 больных, по поводу чего повторно произведены ЧПД под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6–7-е сутки после ЧПД связь кисты с протоком ПЖЖ не обнаружена. Традиционным методом были оперированы 20 больных. При осложнении кровотечением в полость кисты у 1 пациента выполнены удаление гнойно-некротических масс, секвестров и гематом, перевязка кровоточащего сосуда, наружное проточно-аспирационное дренирование остаточной полости. При спонтанном прорыве кисты ПЖЖ в просвет желудка (1) проводили активную назогастральную аспирацию и консервативное лечение. У 1 больного при прорыве кисты в брюшную полость произведены санация и наружное дренирование кисты, дренирование брюшной полости. Одному пациенту с псевдокистой ПЖЖ вследствие хронического панкреатита и вирусного гепатита была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующим наложением цистоеюноанастомоза на петле, выключенной по Ру, в сочетании с холецистэктомией и наружным дренированием общего желчного протока. Цистоеюноанастомоз по Ру произведен у 9, цистоеюноанастомоз по Брауну – у 3 больных. Наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно у 2 больных. После наружного дренирования остаточной полости кисты ПЖЖ рецидив отмечен у 2 больных, стойкий наружный панкреатический свищ образовался у 2 больных. Этим больным в последующем был выполнен фистулоэнтероанастомоз.

Заключение. Методом выбора в лечении несформированной и осложненной кисты ПЖЖ является чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ и МСКТ. Больным с осложненной кистой ПЖЖ требуется индивидуальный подход при выборе тактики лечения, что определяет исход заболевания. В большинстве наблюдений наружное дренирование и комплексная консервативная терапия при невозможности выполнения хирургического вмешательства могут стать окончательным способом лечения. При наличии неосложненной сформированной кисты ПЖЖ предпочтение отдаем выполнению операции внутреннего дренирования (цистоеюноанастомоз по Ру или Брауну).

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*М.Х. Ваккасов, Б.Р. Исаков,
У.Р. Базарбаев, Т.С. Мамадумаров,
Н.Б. Исаков, А.Э. Рузматов, А.А. Эргашев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

В комплексное лечение 23 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) за период с 2005 по 2010 г. была включена методика видеолaparоскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. На основании выраженности клинических проявлений, уровня эндогенной интоксикации, УЗ- и КТ-признаков состояния поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗК) прогнозировалась форма ДП.

Важным компонентом диагностики ДП было проведение экстренной лапароскопии, использование которой имело существенное значение в выборе адекватной хирургической тактики. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе у 8 – субтотальное поражение тела и хвостовой части ПЖ, у 2 – жировой некроз головки и тела ПЖ с инфильтрацией гепатодуоденальной связки, паранефральной клетчатки и клетчатки ободочной кишки, у 13 – смешанный некроз тела и хвоста ПЖ с инфильтрацией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки. Во время лапароскопии обнаруживалось большое количество (от 1,5 до 3 литров) ферментативного выпота без фибринозно-гнойных наложений и бляшки стеатонекроза по всей поверхности брюшины и большого сальника. Ведущее место при уточнении характера панкреонекроза имело экспресс-бактериологическое исследование экссудата, полученного во время исследования.

В процессе ВЛС у 15 больных (1 группа) выполнялись ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация, подведение дренажных трубок; новокаиновые блокады парапанкреатической клетчатки; санация и дренирование сальниковой сумки (15); холецистостомия (10); холецистэктомия при деструкции желчного пузыря (2); холецистэктомия с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (1); некроекстектомия из ПЖ и ЗК (11).

У больных второй группы (8) после установки характера и масштаба панкреонекроза осуществляли аспирацию ферментативного выпота, санацию и дренирование брюшной полости для проведения перитонеального лаважа. По показаниям выполнялись холецистостомия или холецистэктомия с декомпрессией билиарных протоков. При этом никаких активных вмешательств с помощью лапароскопической техники в зоне патологического очага не проводилось (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некрэктомия из ПЖ, ЗК и т. д.).

Однократная ВЛС выполнена 3 пациентам, двукратная – 6, трехкратная – 9, четырехкратная – 5. Интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию проводили с помощью катетера, установленного в брюшную аорту по Сельдингеру.

У больных первой группы ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказались эффективными и позволили добиться купирования воспалительного процесса у 11 (73,3%) больных.

У 4 (26,7%) пациентов произошло инфицирование зон некроза ПЖ и ЗК. Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме.

Умерли после операции 2 (13,3%) больных (1 – с глубокими нарушениями углеводного и белкового обмена, 1 – от прогрессирующей секвестрации ЗК и тяжелой степени эндогенной интоксикации).

У 8 пациентов второй группы мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации. Следует отметить, что такая тактика оказалась эффективной у 100% больных без выполнения полостных травматичных оперативных вмешательств. Осложнений и летальных исходов не было. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимизацией объема вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗК.

Полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении ДП не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии – видеолaparоскопической санации и базисной патогенетической терапии – приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*М.Х. Ваккасов, Б.Р. Исаков, Т.С. Мамадумаров,
Н.Б. Исаков, А.А. Эргашев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В настоящее время заболеваемость, инвалидизация и смертность от цирроза печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка остаются актуальными среди острой хирургической патологии в экстренной хирургии.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2022 г. под нашим наблюдением находились 1387

больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВ). С повторными кровотечениями из ВРВ поступили в стационар 276 (19,9%) больных. Из общего числа больных вирусный гепатит однократно перенесли 693 (49,9%), несколько раз перенесли вирусный гепатит 122 (8,8%) больных, у 97 (7,0%) больных установлен алкогольный цирроз печени. Возрастной размах: больных до 19 лет – 92 (6,5%), 20–44 – 582 (42,0%), 45–59 – 405 (29,2%), 60–74 – 249 (17,9%) старше 75 лет – 59 (4,3%), из них мужчин – 849 (61,3%), женщин – 538 (38,7%).

Всем больным диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии. У 262 (18,9%) больных диагноз «цирроз печени» установлен впервые, 195 (14,1%) больных поступили в состоянии печеночной комы в отделение реанимации, 128 (9,3%) пациентов поступили с сильными болями в животе, по ходу обследования установлен «асцитический перитонит» – им проведена лапароскопическая санация брюшной полости.

При эзофагогастродуоденоскопии варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка по Шерцингеру I ст. были выявлены у 145 (10,4%) больных, II ст. – у 416 (29,9%), 3 ст. – у 557 (40,1%) и 4 ст. – у 228 (16,4%). У 41 (2,9%) больного варикозное расширение вен в пищеводе и в кардиальном отделе желудка не отмечено.

Функциональное состояние печени по Чайлду – Пью, класс А установлен у 228 (16,5%), класс В – у 674 (48,6%), класс С – у 485 (34,9%) больных. При УЗИ-исследовании ЦП + асцит установлены у 738 (53,2%) больных, спленомегалия – у 536 (38,6%), тромбоз воротной вены – у 30 (2,2%), признаки сдавления воротной вены – у 15 (1,1%) пациентов.

Тяжесть состояния больных и степень кровопотери оценивали на основании данных физикальных методов обследования, лабораторных исследований и гемодинамических показателей. Всем больным с кровотечением проводили интенсивное комплексное лечение; применение зонда-обтуратора Блекмора, эндоскопическое лигирование, гемостатическую терапию, снижение портального давления, геоплазмотрансфузии для восполнения кровопотери и симптоматическое лечение.

От прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и от профузных пищеводных кровотечений умерли 243 (17,5%) больных.

Результаты лечения. Применением вышеотмеченных мероприятий получили положительные результаты у 888 (64,0%), у остальных 142 (10,2%) на высоте кровотечения производились следующие виды операции; операция Пациоры – 98 (69,0%), операция Таннера – Пациоры со спле-

нэктомией (СЭ) – 14 (9,8%), шунтирующие операции сосудов – у 31 (21,8%) больных.

У 21 больного, оперированного на высоте кровотечения, была достигнута полная остановка, лишь у 3 больных с терминальной стадией ЦП после операции Пациоры не удалось добиться полного гемостаза, продолжение которого привело к летальному исходу.

В комплексе интенсивной терапии разобщающие операции у больных циррозом печени с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка дали положительный результат в большинстве случаев. Исходя из этого, тотальное разобщение варикозных вен гастроэзофагального коллектора является наиболее эффективным методом лечения у больных с синдромом портальной гипертензии.

УРОВЕНЬ СЕКРЕЦИИ ГЕПСИДИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Дж. Н. Гаджиев, Н. Дж. Гаджиев,
Ш.Х. Гасимова, Дж. Н. Гаджиев (мл.)*

Азербайджанский медицинский университет

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее широко распространенным заболеванием во всем мире. ЖКБ в 82,5–90% случаев осложняется острым холециститом, по частоте встречаемости занимает второе место после острого аппендицита, составляя 10% всех urgentных заболеваний.

Несмотря на широкое внедрение современных технологий и применение антибактериальных средств, удельный вес послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений остается на высоком уровне.

Безусловно, одной из причин развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений является развитие серьезных изменений в иммунном статусе больного. Антимикробные пептиды (АМП), как неспецифические факторы врожденного гуморального иммунитета, играют важную роль в модуляции иммунного ответа и первой линии защиты макроорганизма от инфекции.

Цель исследования. Сравнительное изучение содержания гепсидина в печеночной ткани и крови у больных острым калькулезным холециститом (ОКХ) в зависимости от морфологической формы воспаления желчного пузыря.

Материалы и методы. У 69 больных в возрасте 18–71 год с ОКХ, перенесших лапароскопическую (37), открытую (15) и минилапаротомную (17) холецистэктомию, при поступлении в перифери-

ческой крови и в биоптатах, взятых из печени во время операции, определяли содержание гепсидина. Из 69 больных у 26 был катаральный, у 24 – флегмонозный и у 19 – гангренозный холецистит. У 10 практически здоровых лиц уровень гепсидина приняли за норму. Полученные показатели обработаны параметрическими и непараметрическими методами.

Результаты и их обсуждение. В целом у всех больных при поступлении в плазме уровень гепсидина статистически достоверно в 3,5 раза превышал норму. А также содержание гепсидина в среднем составило $38,7 \pm 2,1$ пг/мл, в 2,1 раза больше показателя у здоровых лиц. Однако содержание гепсидина в плазме и печеночной ткани зависело от морфологической формы воспаления желчного пузыря.

Так, при катаральной форме воспаления уровень гепсидина в плазме составил $184,1 \pm 12,2$ пг/мл (в 3,0 раза больше нормы; $p < 0,001$), а в биоптатах печени – $34,4 \pm 3,4$ пг/мл (статистически достоверно на 88,6% больше, чем у здоровых людей). У больных флегмонозной формой воспаления желчного пузыря при поступлении в клинику уровень данного эндогенного АМП превышал норму в 3,3 раза ($p < 0,001$), а показателя при катаральной форме – на 12,1% и составил в среднем $206,4 \pm 9,7$ пг/мл. А содержание гепсидина у этих больных в биоптатах печеночной ткани в 2,1 раза ($p < 0,001$) было больше нормального показателя и на 11,8% уровня при катаральной форме воспаления.

Следует отметить, что при гангренозной форме воспаления содержание гепсидина в биосредах значительно повышалось. Так, концентрация гепсидина в плазме составила в среднем $284,2 \pm 16,2$ пг/мл, что, соответственно, статистически достоверно на 54,4% и 37,7% было больше показателя при катаральной и флегмонозной форме воспаления. В печеночной ткани содержание гепсидина у данной категории больных превышало норму в 2,4 раза ($p < 0,001$), а на 25,4% и 12,1% соответственно – показатели при катаральной и флегмонозной форме ОКХ.

Заключение. Повышение уровня гепсидина в ткани печени и крови напрямую зависело от морфологической формы воспаления желчного пузыря. Повышение уровня гепсидина на локальном и системном уровнях показывает активацию врожденного гуморального иммунитета при ОКХ.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Н.Дж. Гаджиев, Н.А. Эйнуллаева,
Э.Г. Тагисой, Дж.Н. Гаджиев (мл.)*

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Введение. Деструктивный холецистит среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте уступает только острому аппендициту. Однако острый холецистит у 35% больных протекает стертой клинической картиной, и поэтому в стационаре частота диагностических ошибок составляет 11,9%.

Цель исследования. Оценка значения эхографической семиотики с интегральных гематологических индексов (ИГИ) в ранней диагностике деструктивных форм острого холецистита.

Материалы и методы. Больные с учетом клинической формы ОКХ были разделены на 3 группы: 1-я группа – 53 больных с катаральной, 2-я группа – 38 больных с флегмонозной и 3-я группа – 25 больных с гангренозной формой заболевания. Всем больным при поступлении брали кровь и определяли гематологические индексы – лимфоцитарный индекс (ЛИ), индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ), индекс соотношения лимфоцитов и СОЭ (ИСЛСОЭ), лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), общий индекс (ОИ), индекс иммунореактивности (ИРИ), лейкоцитарный индекс интоксикации по В.К. Островскому (ЛИИ), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК). Всем больным была произведена холецистэктомия.

Показатели 20 практически здоровых людей взяли за норму.

Результаты и их обсуждение. У всех больных наблюдались изменения ИГИ, глубина которого зависела от формы воспаления желчного пузыря.

ЛИ, показывающий взаимоотношения гуморального и клеточного иммунитета, сбалансированность иммунного ответа в целом у больных при поступлении был снижен на 55,0% ($p < 0,001$) по сравнению с нормой. Наибольшее значение статистически достоверного снижения было отмечено с гангренозной формой воспаления. Показатели ИСЛМ при поступлении были незначительно снижены, и самый низкий уровень наблюдался у больных с гангренозной формой по сравнению с катаральной формой воспаления. ИСНЛ, характеризующий реакции специфической и неспецифи-

ческой защиты при воспалении, при поступлении у больных был повышен, что свидетельствует об интенсификации воспалительных процессов в организме. Однако наибольшее повышение ИСНЛ (#) и ИСНЛ (%) отмечался у больных 2-й и 3-й групп. ИСНМ отражает состояние компонентов микрофагальной и макрофагальной системы, т. е. фагоцитарную активность в очаге воспаления и абсолютное (#) соотношение ИСНМ при гангренозной форме, было наибольшее по сравнению с показателями здоровых лиц. ИСЛЭ у всех больных, особенно при деструктивных формах ОКХ, был снижен по сравнению с показателями здоровых людей. ИЛСОЭ при поступлении у всех больных был недостоверно (на 7,3%) меньше нормы, при гангренозной форме на 46,5% ($p_2 < 0,001$) больше, чем при флегмонозной форме. Повышение ИЛСОЭ у больных с гангренозной желчного пузыря указывает на наличие интоксикации и, по всей вероятности, свидетельствует об инфекционном характере воспалительного процесса. ИЛГ, отражающий активность воспаления и позволяющий дифференцировать аутоинтоксикацию от инфекционной интоксикации, в целом у больных был статистически достоверно снижен на 54,7%. Следует отметить, что у больных с деструктивными формами воспаления снижение ИЛГ было наиболее высоким. ИСЛК у больных при поступлении увеличился на 93,5% ($p < 0,001$) по сравнению с нормой, что свидетельствует об активности воспалительного процесса и нарушении иммунологической реактивности организма. Сравнительная оценка уровня ИСЛК в зависимости от формы воспаления желчного пузыря выявило, что данный показатель в наибольшей степени повышается при деструктивных формах ОКХ. Также повышается ЛИИ (О) на фоне снижения ОИ и ИРИ, что свидетельствует об эндогенной интоксикации. Снижение уровня ОИ и ИРИ тоже зависело от клинической формы ОКХ, и наиболее высокое значение наблюдалось при деструктивных формах заболевания. Наиболее высокое значение ЛИИ (О) отмечалось при деструктивных формах ОКХ – статистически достоверно при флегмонозной форме на 98,5% и при гангренозной форме – в 2,2 раза больше нормального значения.

Выводы:

1. Воспалительные процессы, протекающие в желчном пузыре при ОКХ, достоверно проявляются в составе периферической крови в виде сдвигов ИГИ.
2. ИГИ дает возможность оценить состояние иммунной системы, интенсивность и тяжесть воспалительного процесса, и глубину эндогенной интоксикации.
3. ИГИ, как доступный, простой и дешевый ориентир, позволяет диагностировать деструктивные формы ОКХ

ТАКТИКА ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ СЛОЖНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С УЧЕТОМ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*О.М. Гуламов, Б.З. Мухамедов,
Ф.Р. Ташкенбаев, Т.А. Азизов, М.Т. Максудов*

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выбор способа оптимальной протезной пластики сложных и гигантских вентральных грыж с учетом внутрибрюшного давления в ургентной хирургии.

Материалы и методы исследования. В ГУ «РСНПМЦХ им акад. В. Вахидова» в отделении торакоабдоминальной онкохирургии в период 2018–2022 гг. было пролечено 103 больных со сложными и гигантскими вентральными грыжами. Больных женского пола было 63 (61,2%), мужского пола – 40 пациентов (38,8%). После госпитализации всем больным выполнялись рутинные исследования. В данной работе с целью профилактики абдоминального компартмент-синдрома (АКС) интраоперационно проводилось измерение ВБД.

Результаты исследования. У 27 (26,2%) больных с гигантскими и сложными грыжами после проведенных исследований, учитывая большой размер грыжевого дефекта и объем грыжевого содержимого, интраоперационно измерялось ВБД. В наших наблюдениях таких пациентов было 14 (51,8%). При сближении краев апоневроза этих больных отмечалось повышение ВБД. Учитывая показатели ВБД и с целью избежать возникновения АКС, этой категории больных выполнена коррекция брюшной стенки с протезированием проленовой сеткой. Обязательное измерение ВБД интраоперационно до сопоставления краев дефекта апоневроза позволило применить реконструкцию брюшной стенки у 86,3% больных, восстановить мышечный каркас и придать мышцам физиологическое положение даже при обширных и гигантских грыжах, а в 13,7% – выполнить коррекцию без возникновения абдоминальной гипертензии и такого грозного осложнения, как АКС.

Заключение. У пациентов со сложными и гигантскими вентральными грыжами методика контроля ВБД с целью профилактики АКС является информативной и необходимой процедурой. Применение этой процедуры во время операции дает возможность выбрать оптимальный способ пластики грыжевых ворот, с безопасным восстановлением элементов мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки, тем самым минимизировать рецидивы грыж. Прогнозирование

риска тяжелых послеоперационных осложнений и комплексной их профилактики позволяет легче перенести операцию больному, верная операционная тактика облегчает работу хирургу во время и после операции, значительно снижает риск АКС.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Д.А. Джуманиязов, Х.Г. Полвонниёзов,
К.А. Отамирзаев, Н.Р. Сабиров*

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

В настоящее время развитие эндоскопических технологий определило высокое качество диагностики при лечении обтурационной желтухи. Однако эндоскопические манипуляции также требуют рационального подхода с учётом возможных факторов риска развития специфических осложнений, в частности, кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны, острого панкреатита, спровоцированного чрезмерным введением контрастного вещества. В этой связи мы проанализировали результаты 423 ретроградных исследований, выполненных за 2023 год, 364 из них выполнены транспапиллярные вмешательства, с выявлением специфических факторов риска развития осложнений.

Эндоскопические исследования проводились видеодуоденоскопом фирмы OLYMPUS CV-170. Рентгенологический контроль осуществлялся при помощи аппарата SIMBOL FP XL GMM.

Примерно в 2/3 случаев (67,4%) осуществлялись типичная ЭПСТ, в остальных ситуациях, по разным причинам, приходилось прибегать к атипичной методике – СПХДС. Следует отметить, что из 423 пациентов у 57 (13,5%) с лечебной целью проведено дополнительное рассечение неадекватного папиллотомного или супрапапиллярного отверстия. В 98 случаях при стриктурах терминального отдела холедоха проведено эндоскопическое стентирование.

В зависимости от вида проведенного вмешательства частота развития геморрагического осложнения составила 12,0% после ЭПСТ и 19,6% после СПХДС. Риск развития кровотечения оказался примерно в 2 раза выше при выполнении СПХДС, при этом в большинстве случаев удалось добиться гемостаза дополнительной коагуляцией. В зависимости от увеличения протяженности одномоментной ЭПСТ или СПХДС риск возникновения кровотечения возрастает. При этом для ЭПСТ при протяженности до 0,8 см (81 больной, средняя протяженность – $6,5 \pm 1,1$ мм) риск повреждения сосуда

и, соответственно, развития кровотечения составил 3,1%, при протяженности до 1,2 см (233 больных, средняя протяженность – $10,7 \pm 0,9$ мм, $P < 0,05$ к предыдущему показателю) увеличивается до 5,9%, а при одномоментном ЭПСТ более 1,2 см (38 больных, средняя протяженность – $13,6 \pm 1,1$ мм, $P < 0,01$ к предыдущему показателю) возрастает до 22,6%.

Для СПХДС эти показатели оказались выше – 5,0% (23 больных, средняя протяженность – $6,9 \pm 0,9$ мм); 12,3% (38 больных, средняя протяженность – $10,2 \pm 1,4$ мм, $P < 0,01$ к предыдущему показателю); 32,4% (10 больных, средняя протяженность – $13,9 \pm 1,0$ мм, $P < 0,01$ к предыдущему показателю).

Поэтому, независимо от клинической ситуации, даже высококвалифицированный эндоскопист должен адекватно оценивать объём эндоскопического вмешательства, при этом наиболее рациональным, при необходимости протяженной ЭПСТ или СПХДС является этапное вмешательство, где на первом этапе выполняется порционное рассечение, а затем в сроки через 1–3 суток выполняется дополнительное адекватное рассечение.

Являясь малоинвазивным вмешательством, эндоскопические манипуляции требуют рационального подхода с учётом вероятных факторов риска развития специфических осложнений, так, риск развития кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны потенциально выше при выполнении СПХДС – 9,4%, чем при ЭПСТ – 6,8%.

Одномоментное выполнение протяженной ЭПСТ или СПХДС с лечебно-диагностической целью обуславливает увеличение риска развития кровотечения из папилло- или супрапапиллотомной раны, так, порционное вмешательство сопровождается низкой частотой этого осложнения (3,1–5,0%) с абсолютной гарантией эндоскопического гемостаза, тогда как при одномоментной протяженности рассечения от 0,8 до 1,2 см ($P < 0,05$) риск возрастает в 1,9 раза при выполнении ЭПСТ и в 2,5 раза – при СПХДС, а при попытке рассечения протяженностью более 1,2 см ($P < 0,01$) риск возрастает еще в 3,8 и 2,6 раза, при этом в целом необходимость выполнения традиционного вмешательства для остановки кровотечения составляет 1,1% при СПХДС и 0,7% при ЭПСТ.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

*Н.М. Джураева, А.И. Икрамов, А.Т. Амирхамзаев,
Х.В. Абдухалимова, Н.Т. Вахидова,
Х.Э. Шамирзаев, А.Т. Султанов, С.Х. Магзумова,
Д. Хурсанова, З.Д. Миртаджиева,
А.Ш. Убайдуллаева, У.Т. Исроилов*

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Определение диагностической значимости мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) у пациентов с острым аппендицитом.

Материалы и методы. С 2022 по 2024 год обследован 141 пациент, экстренно госпитализированные в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» с подозрением на острый аппендицит. Пациентам проводили МСКТ брюшной полости на аппарате с 128 срезами для уточнения диагноза. В исследование включались пациенты, у которых клинические данные и УЗИ не исключали острый аппендицит, с ИМТ более 25, женщины ювенильного и фертильного возраста, а также пациенты старше 65 лет. Исключались пациенты с явными клиническими признаками, требующими немедленной хирургии. В выборке было 35 мужчин и 106 женщин (76,3%), возраст участников варьировался: до 20 лет – 36 человек (30 женщин), 20–49 лет – 86 человек (61 женщина), 50–64 года – 12 человек (9 женщин), старше 65 лет – 7 человек (4 женщины). Всем пациентам при поступлении проводили клиническое и лабораторное обследование, обязательный гинекологический осмотр женщин и УЗИ органов брюшной полости согласно протоколу клиники. Достоверными признаками острого аппендицита по КТ считались: диаметр червеобразного отростка более 6 мм, наличие жидкости в просвете отростка, утолщение стенки более 2 мм, наличие жидкости в периаппендикулярной зоне, признаки гнойного воспаления в правой подвздошной ямке и наличие свободного газа вне отростка.

Результаты. В 37 случаях (26,6%) проведена диагностическая лапароскопия, так как клиническая картина не подтверждалась данными УЗИ или КТ. В 22 случаях (70,2%) был подтвержден диагноз острого аппендицита, у 15 пациентов диагноз не подтвердился. В группе (139 человек) по поводу острого аппендицита был прооперирован 51 пациент (36,7%). Острый катаральный аппендицит был выявлен у 9 пациентов, флегмонозный – у 39, гангренозный – у 1, аппендикулярный инфильтрат – у 2. Из 139 пациентов с болями в животе, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит, были диагностированы следующие заболевания: острый аппендицит – у 51, острый мезаденит – у 18, хронический холецистит – у 1, острый тифлит – у

1, опухоль слепой кишки – у 1. У 67 человек не выявлены хирургические заболевания, диагностирована кишечная колика. Чувствительность МСКТ в выявлении острого аппендицита составила 91,7%, специфичность – 98,8%, прогностическая ценность положительного результата – 95,7%, прогностическая ценность отрицательного результата – 95,4%.

Вывод. МСКТ является высокоинформативным методом в дифференциальной диагностике острого аппендицита, позволяет выявить сопутствующую патологию в поле зрения, определить объем предстоящего оперативного вмешательства и избежать необоснованных хирургических вмешательств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТРОРАГИЕЙ

*А.О. Жалилов, Б.Р. Исхаков,
Н.Б. Исхаков, Х.А. Олимов*

Наманганский филиал РНЦЭМП
медицинской помощи

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) или рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных артерий – это минимально инвазивная процедура при метрорагиях. Она является альтернативным методом перед хирургическим лечением и используется с начала 90-х годов.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных, с миомой матки осложненных кровотечениям путем эмболизации маточных артерий.

Материалы и методы. В структуре Наманганского филиала РНЦЭМП имеется лаборатория рентгенохирургической диагностики и лечения заболевания сердца и сосудов, что дает возможность использования данной методики в ургентной гинекологии. ЭМА у больных миомой матки, осложненных кровотечением, нами применяется с 2007 года.

Нами проанализированы результаты лечения 90 пациенток в возрасте от 20 до 55 лет, страдающих миомой матки, осложненной метрорагией, которым была проведена ЭМА.

Все пациенты были обследованы по стандарту.

Методы проведения ЭМА: процедура выполняется под местной анестезией. Как правило, окклюзия маточных артерий осуществляется из правого бедренного доступа. По стандартной методике Сельдингера выполняется пункция бедренной артерии. Поочередно катетеризируются обе маточные артерии. При ангиографии оценивается рентгеноанатомия маточной артерии и ее ветвей. В качестве эмболизата были использованы частицы из поливинилалкоголя (ПВА). Перед непосредственным введением эмболизата выполняется селективная ангиография маточной артерии, на

которой видны штопорообразно извитые сосуды, обильно васкуляризирующие ткань миомы.

Появляется ретроградный ток во внутреннюю подвздошную артерию. В маточных артериях остается медленный остаточный кровоток. Нормальные миометриальные ветви маточных артерий остаются проходимыми. После этого выполняется контрольная ангиография. Техническая возможность выполнения процедуры определяется особенностью ангиоархитектоники сосудов малого таза, спазма артерий, квалифицированностью врача, выполняющего данное вмешательство. В результате ЭМА происходит инфаркт миоматозных узлов, при этом ткань миометрия страдает в значительно меньшей степени. Это связано с тем, что артерии, питающие миоматозные узлы, концевые, а в миометрии имеется богатое коллатеральное кровоснабжение. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются коагуляционному некрозу, организации, склерозированию и в дальнейшем гиалинизируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия. Затем вокруг миомы образуется кальцифицированная капсула.

Доза облучения, которую получают яичники во время эмболизации маточных артерий, не оказывает значимого отрицательного воздействия как на организм в целом, так и на фертильную функцию женщины.

Показанием к ЭМА являются: маточное кровотечение различной этиологии (в том числе опухолевого генеза), когда другие методы лечения невозможны или сопряжены с реальной угрозой жизни больной. Симптомная или растущая миома матки размером до 20 недель беременности при отсутствии выраженной патологии шейки матки, эндометрия и яичников.

Противопоказанием к ЭМА являются: тяжелая степень почечной недостаточности, острые воспалительные заболевания органов малого таза, венозно-артериальная мальформация, васкулиты, аллергия на контрастное вещество, неуправляемая коагулопатия.

Результаты и обсуждение. У 4 (4,4%) больных с гигантскими миоматозными узлами, с сопутствующими патологиями сердечно-сосудистой и легочной систем ЭМА являлась временным этапом остановки кровотечения и подготовки к предстоящему традиционному операционному вмешательству. Эти больные после остановки метроррагии, нормализации гемодинамики и соответствующей предоперационной подготовки прооперированы в отсроченном порядке.

У 86 (95,6%) больных ЭМА являлась окончательным методом остановки метроррагии. В послеоперационном периоде у всех больных наблюдался постэмболизационный синдром различной степени выраженности. Характерными симптомами были:

боли внизу живота различной интенсивности, повышение температуры тела, тошнота, слабость, выделения из половых путей. Постэмболизационный синдром легкой степени тяжести наблюдался у 54 (60%), средней степени – у 32 (35,6%), тяжелой степени – у 4 (4,4%) женщин. Для купирования постэмболизационного синдрома назначали анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики.

Эффективность эмболизации маточных артерий мы оценивали по регрессии миоматозных узлов, уменьшению размеров матки, исчезновению симптомов, обусловленных миомой матки. Регрессия миоматозных узлов после эмболизации маточных артерий происходила постепенно в течение 18 месяцев и более. Через 3 месяца после ЭМА миоматозные узлы уменьшились в среднем на 30% у половины и к концу года регресс наступил у всех больных (100%).

Через 2–3 месяца после ЭМА восстановилась обычная менструальная функция у всех больных, подвергнутых окончательной эмболизации. Нормальный объем менструаций наблюдался у 75 (87,2%), через 6 месяцев – у 76 (88,4%) и через год – у 82 (95,3%) женщин.

Компрессионные симптомы и боли обычно исчезали к третьему месяцу после ЭМА – у 72 (83,7%), через 6 месяцев у 82 (95,3%), к концу года – у 100,0% больных.

Миграция и самопроизвольная экспульсия субмукозного миоматозного узла через 1,5 и 9 месяцев после ЭМА произошли у 2 пациенток, что привело к полному восстановлению «архитектуры» матки. Произведена трансвагинальная эвакуация рождающихся субмукозных узлов.

Выводы:

1. Эмболизация маточных артерий является альтернативным методом остановки маточного кровотечения у больных с метроррагией.

2. Преимуществами эмболизации маточных артерий являются: малая травматичность, отсутствие кровопотери, отсутствие роста миоматозных узлов и рецидивов заболевания в отдаленном периоде, хороший косметический эффект, короткие сроки реабилитации.

3. Высокий процент успешности окклюзии маточных артерий при миомах матки и положительные клинические результаты позволяют рекомендовать внедрение данной методики в широкую клиническую практику.

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

*Э.Т. Жалилов, Б.Р. Исхаков,
Н.Б. Исхаков, И.Р. Хужамбердиев,
Б.А. Худойбердиев, Б.С. Робиддинов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Уточнение диагноза и выбора тактики лечения больных спонтанным пневмотораксом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндовидеохирургического лечения 226 больных со спонтанным пневмотораксом за последние 20 лет. Мужчин было 162 (71,7%), женщин – 64 (28,3%). Средний возраст больных составил 35,4 года.

Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 132 (58,4%) больных, левосторонний – у 92 (40,7%), двусторонний – у 2 (0,9%). В результате диагностической торакоскопии выявлены: буллезная эмфизема без осложнений – у 113 (50,0%), с воспалительными проявлениями – у 33 (14,6%), надрывы спаек – у 36 (16,0%), туберкулез легких – у 24 (10,6%), видимой патологии не обнаружено у 20 (8,8%) больных.

Результаты. Торакоскопическое иссечение и электрокоагуляция булл выполнены 52 (46,1%) больным, наложение эндошва на буллы – 27 (20,2%). Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса. Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена 14 (12,8%) больным, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости. У 49 (21,2%) больных при торакоскопии отсутствовали показания к эндохирургическим вмешательствам. У 84 (37,1%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакоскопии. Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у 1 пациента и не требовало дополнительных лечебных вмешательств. Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 4 (1,8%) больных, которая была ликвидирована непрерывным плевральным диализом. Среднее пребывание больных на койке составило 4,2 дня. Летальных исходов не наблюдалось.

Заключение. Применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии имеет большое значение для определения дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕТРОГРАДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

*Э.Т. Жалилов, А.А. Алижанов,
Б.Р. Исхаков, А.Э. Рузиматов,
Ф.О. Убайдуллаев, Ж.Б. Робиддинов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Ведущей причиной развития острого билиарного панкреатита является холедохолитиаз, осложненный обструкцией общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС). Эндоскопическое вмешательство при ущемленном камне БДС направлено, в первую очередь, на раннюю диагностику и устранение билиарной и панкреатической гипертензии.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения острого билиарного панкреатита.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2022 г. в Наманганский филиал РНЦЭМП поступили 210 больных с ущемленным камнем большого дуоденального сосочка. Мужчин было 88, женщин – 122. Средний возраст больных составил 55 лет. Всем больным при поступлении в приемном отделении произведено клинико-биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы и эзофагодуоденоскопия.

Результаты. Основным эндоскопическим признаком ущемленного камня БДС явилась обтурация желчным конкрементом с полным отсутствием поступления желчи и панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК). При этом БДС был резко увеличен в размерах и напряжен, поверхность его была гладкой и блестящей. При выраженном вздутии БДС занимал до 2/3 просвета ДПК, сосочек имел плотную консистенцию и при давлении на него практически не смещался. Продольная складка, являющаяся контуром интрадуоденальной части холедоха, была утолщена и напряжена. При длительной фиксации камня появлялись признаки некроза слизистой оболочки в области устья БДС, возникала и нарастала имбибция слизистой парапапиллярной зоны панкреатическим соком. После выявления обтурации БДС конкрементом проводили комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Вначале рассечение производилось с помощью игольчатого или торцевого электрода на 11–12 часах по крыше БДС по направлению продольной складки до вскрытия ампулярной полости. При этом в подавляющем большинстве случаев наблюдалось отхождение вколоченного в ампулу БДС конкремента. При ликвидации обтурации отмечалось поступление в просвет кишки мутной желчи и панкреатического сока. После устранения дистального блока БДС было про-

ведение селективной эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРПХГ), во время которой выявлялось состояние желчевыводящей системы. У 128 больных после ЭПСТ наблюдалось отхождение конкрементов после папилотомии. У 82 больных конкремент был удален с помощью корзинки Дормиа. После устранения блока всем больным проводилось консервативное лечение для профилактики развития билиарного панкреатита. Несмотря на устранение блока терминального отдела холедоха, у 22 больных развился отечный панкреатит. После консервативной терапии эффект наблюдали у 20 больных. У 1 пациента развился тотальный панкреонекроз с забрюшинной флегмоной и сепсисом. Лапароскопическая ревизия салъниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости были выполнены у 20 пациентов. Однократная лапароскопическая санация была достаточной у 15 больных. 2-кратную лапароскопическую санацию проводили у 2 пациентов. Лапаротомным способом были оперированы 2. Умер 1 больной от полиорганной недостаточности и панкреатогенного сепсиса. Осложнений, связанных с эндоскопическими вмешательствами, не наблюдали.

Заключение. Своевременное применение эндоскопических методов лечения при вколоченных камнях в БДС позволяет устранить причину билиарного панкреатита, купировать синдром механической желтухи, предупреждает развитие деструктивных форм острого панкреатита, его осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЗОФАГОАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

**Э.Т. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Ф.О. Убайдуллаев,
Ж.Б. Робиддинов**

Наманганский филиал РНЦЭМП

За последние 5 лет мы наблюдали 697 больных, у которых отмечалась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения или оно было заподозрено. Мужчин было 486 (69,7%), женщин – 211 (30,2%). Возраст больных колебался от 14 до 86 лет, старше 60 лет было 215 (30,9%) пациентов.

Для установления источника кровотечения проводили комплексное клиническое и инструментальное исследование. При наличии рвоты с «кофейной гущей» или мелены в первую очередь выполняли фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС). При необходимости проводилась повторная эндоскопия в отделениях реанимации или хирургии. В 95% случаев перед эндоскопическими исследованиями в приемном отделении промывали желудок ледяной водой до чистых вод для улуч-

шения результатов эндоскопии. ФЭГДС после такой подготовки сразу позволяет верифицировать источник кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.

Эндоскопическими критериями, определяющими прогноз кровотечения и тактику лечения больных, являлись:

1) макроскопические признаки, характеризующие особенности изъязвлений и повреждений органов (глубина, площадь, количество, локализация);

2) характер источника (сосуды слизистой оболочки, подслизистого, мышечного слоев, дна и краев дефектов);

3) факт кровотечения (отсутствие или продолжение его, наличие тромбированного сосуда);

4) характер изменений тканей органа, окружающих источник кровотечения.

При эндоскопическом исследовании были выявлены следующие причины кровотечения: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 373 (54,5%), язвенная болезнь желудка – 32 (4,6%), острые язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки – 133 (19,1%), варикозное расширение вен пищевода – 43 (6,2%), синдром Маллори-Вейсса – 54 (7,7%), пептическая язва анастомоза – 28 (4,0%), рак желудка – 25 (3,6%), рак пищевода – 9 (1,3%).

Согласно предложенной А.С. Балалыкиным (1995) классификации, больные распределялись следующим образом:

I группа – кровотечения нет и вероятность рецидива минимальная – 248 (35,5%);

II группа – кровотечения нет, но есть угроза рецидива (наличие черного и красного тромба) – 386 (55,4%);

III группа – продолжающееся кровотечение (венное и артериальное) – 63 (9%) пациента.

У больных I группы целью лечения являлось ускорение сроков эпителизации медикаментозным и эндоскопическим путем.

У больных II группы профилактика рецидивов осуществлялась путем укрепления тромба орошением 96° спиртом, 1% раствором феракрила, диатермокоагуляцией.

У больных III группы проводилась остановка кровотечения диатермокоагуляцией, при неэффективности – экстренные операции.

Эндоскопический гемостаз достигнут у 103 (14,7%) больных.

Рецидивы кровотечения отмечались: у больных I группы – 11 (4,4%) случаев, во II группе – 32 (8,2%), в III группе – 15 (25%).

Таким образом, значение современной эндоскопии при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта многогранно, правильное использование диагностической информации позволяет выбрать правильную тактику, индивидуализировать выбор способов и средств лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

А.М. Зуфарханов, Х.Б. Ходжаев, Э.У. Жураев

Наманганский филиал РНЦЭМП

Кровотечение из дивертикула Меккеля является нередким заболеванием в детском возрасте. При кровотечении из язвы дивертикула Меккеля развивается довольно характерная клиническая картина, на основании которой можно поставить правильный дооперационный диагноз. Массивные кровотечения обычно возникают внезапно, среди полного благополучия. Вначале развиваются признаки острой кровопотери: обморочные состояния, холодный пот, частый пульс, падение АД, снижение содержания гемоглобина в крови. Затем появляется стул, вначале обычного цвета и вида, а потом – алая кровь со сгустками, без примеси слизи.

В Наманганском филиале РНЦЭМП за период с 2010 по 2020 г. наблюдали 18 детей с кровотечением из дивертикула Меккеля. Из них было 11 мальчиков и 7 девочек с подозрением на кровотечение из нижних отделов пищеварительного тракта.

В возрасте от 1 до 3 лет было 2, 4–7 лет – 6, 8–14 лет – 10 детей.

В результате комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования (УЗИ, рентгеноскопия, иррогоскопия, ректороманоскопия и колоноскопия) у 2 больных выявлена инвагинация кишечника, причиной которой явился кровотокающий дивертикул Меккеля.

12 больным проведена ЭФГДС с целью выявления источника кровотечения. Выполнена диагностическая лапароскопия у 9 детей, из них 4 – лапароскопическая дивертикулэктомия, у 5 была выполнена конверсионная лапаротомия, дивертикулэктомия Меккеля.

Таким образом, для диагностики и лечения кровотечений из дивертикула Меккеля необходимо комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, а также диагностическая лапароскопия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ NIRS-МОНИТОРИНГА В ОЦЕНКЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛЕГКИХ

Р.А. Ибадов, Б.Ф. Тургунов, С.Х. Ибрагимов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Резекционные операции при различных поражениях легких являются рутинными в торакальной хирургии и зачастую сопровождаются острым нарушением функциональной деятельности легких и повышенной нагрузкой на сосудистую систему оставшегося легкого. Исследования показывают, что своевременное начало респираторной поддержки сокращает риск развития, длительность лечения острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и улучшает коэффициент выживаемости пациентов. Это, в свою очередь, подчеркивает важность методов раннего выявления послеоперационного ОРДС.

Цель исследования. Оценить эффективность методики NIRS-мониторинга (Near-Infrared Reflectance Spectroscopy, спектроскопия ближнего инфракрасного отражения) (NIRS-lung) легочной ткани в выявлении и определении степени дыхательной недостаточности после расширенных хирургических вмешательств на легких.

Материал и методы исследования. Данное проспективное исследование включало в себя результаты лечения 20 последовательных больных с объемными образованиями в легких, которым выполнены расширенные резекционные хирургические вмешательства на легких в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» с января по май 2024 г. Средний возраст пациентов составил $43,6 \pm 5,2$ года. Мужчин было 11 (55%), женщин – 9 (45%). По нозологии заболевания легких больные распределены следующим образом: 7 (35%) случаев злокачественной опухоли легких, 1 (5%) больной с хроническим абсцессом легкого, 8 (40%) случаев бронхоэктотической болезни и 4 (20%) больных с эхинококкозом легкого. В зависимости от обширности процесса и степени вовлеченности ткани легкого пациентам выполнены пневмонэктомия $n = 10$ (50%), билобэктомия $n = 3$ (15%), лобэктомия $n = 6$ (30%) и операция резекции легкого $n = 1$ (5%). В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводилась оптимизация респираторных показателей, гемодинамики, водно-электролитного, кислотно-щелочного баланса и нутритивной поддержки с использованием соответствующей аппаратуры (гемодинамический монитор CARESCAPE B650, GE HEALTHCARE, Финляндия), рентгенография груд-

ной клетки и компьютерная томография, анализ газов крови (газомер ABL 800 FLEX (Дания), газомер Wondfo (Китай)). Дополнительно всем пациентам был осуществлен контроль pO_2 и индекса оксигенации одновременно со сбором данных NIRS-lung мониторинга. Использован прибор для мониторинга NIRS-оксиметрии версии Equanox™ с 3 и 4 длинами волн (Nonin Medical, Плимут, Миннесота). Прибор использует аналогичную для таковых систем мониторинга технологию. Оптоды были помещены на кожную поверхность грудной клетки со стороны оставшегося легкого.

Результаты. Всего за период исследования больных с респираторными осложнениями в группе сравнения было 5 из 20 (25%). Во время обследования средние показатели SpO_2 – 98,2%, PaO_2 – 85,95 мм рт. ст., PaO_2/FiO_2 – 181,15 мм рт. ст., NIRS – 70,6. Самые высокие показания: SpO_2 – 100, PaO_2 – 132 мм рт. ст., PaO_2/FiO_2 – 293 мм рт. ст., NIRS – 87. Самые низкие показания: SpO_2 – 89%, PaO_2 – 51 мм рт. ст., PaO_2/FiO_2 – 102 мм рт. ст., NIRS – 56. Выполнен линейный регрессионный анализ при сравнении показателей оксиметрии NIRS и значений SpO_2 , pO_2 артерии и индекса оксигенации pO_2/FiO_2 . Полученные результаты мониторинга оксигенации легочной ткани показали, что коэффициент корреляции Пирсона между SpO_2 и NIRS составил 0,175, между PaO_2 (парциальное давление артериального кислорода) и NIRS составил 0,879, а между PaO_2/FiO_2 и NIRS составил 0,838.

Заключение. Методика NIRS-мониторинга позволяет неинвазивно оценить оксигенацию как на сосудистом, так и на клеточном уровне в оставшейся легочной ткани после хирургических вмешательств на легких посредством мониторинга оксигенации, выявлять ОРДС на ранних стадиях и контролировать результаты лечения. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения полезности NIRS-спектроскопии в клинических условиях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Н.А. Искандаров, И.К. Ахмаджонов,
Н.И. Махмудов, Ж.А. Махкамбоев*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Язвенная болезнь 12-перстной кишки является широко распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта. Несмотря на успехи современной гастроэнтерологии, показатели общей летальности при язвенных кровотечениях в настоящее время составляют 13–15%, а уровень послеоперационной летальности находится в пределах 12–21%, без существенной тенденции к снижению.

Материалы и методы. Обобщен опыт лечения в 2023–2024 годах 404 больных с кровоточащими хроническими язвами 12-перстной кишки. Из них мужчин было 322, женщин – 82. Возраст больных – от 22 до 84 лет.

Результаты и обсуждение. Эндоскопию выполняли всем больным в момент поступления. Остановившееся кровотечение диагностировано у 387 пациентов: F – IIA (73), F – IIB (186), F – IIC (102), F – III (26). Активное кровотечение имело место у 17 больных: F – IA (6), F – IB (11). Причиной кровотечения были язвы диаметром до 1 см – 208 (51,5%), до 0,5 см – 152 (37,6%), до 2 см – 36 (8,9%), более 2 см – у 8 (2%) больных. С легкой кровопотерей поступили 215 (53,2%) больных, со средней – 157 (38,9%), с тяжелой – 23 (5,7%), крайне тяжелой – 9 (2,2%) пациентов. Геморрагический шок 1-й степени при поступлении имел место у 86 (21,3%), 2-й степени – у 32 (7,9%), 3-й степени – у 11 (2,7%) больных. Остальные 275 (68,1%) больных поступили в стационар без признаков геморрагического шока. При лечении кровотечений из хронических язв 12-перстной кишки применяем активно индивидуализированную тактику лечения, включающую эндоскопический гемостаз, динамическую эндоскопию, прогнозирование вероятности рецидива кровотечения, индивидуальный подход к выбору сроков и объема операции. Наибольший риск рецидивирующего кровотечения имеют хронические язвы, локализующиеся в пост бульбарном отделе 12-перстной кишки, на задней и задне-верхней стенке луковицы 12-перстной кишки. Рецидив кровотечения в стационаре после первичной консервативной или эндоскопической остановки возник в 28 (6,9%) случаях, из них более 70% язв имели указанные выше локализации. Оперированы 29,9% пациентов. Из них: экстренно – 37 (30,6%), срочно – 45 (37,2%), отсрочена – 39 (32,2%). Резекция желудка произведена в 91 (75,2%), иссечение язвы – в 23 (19%), прошивание язвы – 7 (5,8%) случаях. Послеоперационные осложнения возникли у 19 (15,7%) больных: недостаточность культи 12-перстной кишки – у 7 (5,8%), пневмония – у 4 (3,3%), инфаркт миокарда – у 3 (2,5%), инсульт – у 2 (1,7%), ТЭЛА – у 2 (1,7%), гастростаз – у 1 (0,8%) пациента. Послеоперационная летальность составила 14% (17). Причиной летальных исходов были: послеоперационный перитонит – в 7 случаях, декомпенсированный геморрагический шок – в 5; инфаркт миокарда – в 2, ТЭЛА – в 2 случаях, геморрагический инсульт – в 1 случае.

Выводы. Таким образом, в настоящее время при лечении больных с кровотечениями из хронических язв 12-перстной кишки целесообразно использовать строго стандартизированный подход, основанный на принципах активно-индивидуализированной тактики, с широким использованием

диагностической и лечебной эндоскопии, прогнозированием рецидива кровотечения, индивидуально подходить к вопросу определения сроков проведения оперативных вмешательств и их объемов. Частота рецидивирующих кровотечений – 6,9%.

Эффективность эндоскопического гемостаза из 387 больных при кровотечении F - IA составила 16,6% (23), при кровотечении F – IB 63,6% (6). Операционная активность – 29,9% (12), частота послеоперационных осложнений – 15,7% (24), послеоперационная летальность – 14% (17), F – IIC (102), F – III (26).

ИЧКИ ОРГАНЛАРНИНГ ТЎЛИҚ ТРАНСПОЗИЦИЯСИ БИЛАН БЕМОРДА ТЕШИЛГАН 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИНИ ЛАПАРОСКОПИК ТИКИШ ҲОЛАТИ

Исҳоқов Б. Р.

**Республика шошилиньч тиббий ёрдам
илмий маркази Наманган филиали**

Ички органларнинг тўлиқ транспозицияси (Situs viscerus inversus totalis) – бу ҳомилалик тухумнинг дифференциациясининг бузилиши натижасида келиб чиқадиган ва ички органларнинг нормал ҳолатга нисбатан кўзгу тартибида намоён бўладиган ноёб ривожланиш аномалияси. Тарқалиш частотаси 1:5000 дан 1:20000 гача кузатилади (Касимова Р. М., 2019, Савин Д. В., 2023).

Мақсад ва вазифалар: Ички органлари тўлиқ тескари жойлашувли беморларда тешилган ўн икки бармоқли ичак ярасини лапароскопик тикувининг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Кейинги 20 йил мобайнида РШТЁИМ Наманган филиалида 3 та троакар пункцияси орқали 300 га яқин беморларда, тешилган ўн икки бармоқли ичак яралари билан лапароскопик тикиш операциялари тажрибасига эгамиз. Ички органлари тўлиқ тескари жойлашувли беморларда шу турдаги операция эса тажрибамизда биринчисидир.

Клиник ҳолатнинг тавсифи

Бемор А. А., 15 ёш (касаллик тарихи № №7730), 2024 йилнинг 3 апрели, соат 15.50 да РШТЁИМ Наманган филиалига туман тиббиёт бирлашмасидан олиб келинган.

Бемор 4 соат аввал тўсатдан бошланган қориннинг тўш ости соҳасида кучли санчикли оғриқдан, мажбурий ҳолатга тушиб қолиш, совуқ тер босиши, кўнгли айнишидан шикоят қилиб келган.

Анамнезидан – ўзи ва онаси ошқозон соҳасида оғриқдан шикоят қилиб юрган, лекин текширувлардан ўтмаган. Бемор озиқ тишларининг караши сабаб «Болнол» таблеткасини 7 ой мобайнида 3 кунда бир донадан мунтазам ичиб юрган, кейин-

ги 1 ҳафта мобайнида тўш остида оғриқ кузатилиб турган.

19.12.2014 йили «Орқа томонлама L1 умуртқа ярим таналиги экстирпацияси. Умуртқа поғонаси сколиотик деформациясини орқа томонлама Medtronic эндокорректори билан коррекцияси ва стабилизацияси, локал спондилодезлаш» операцияси ўтказилган. 12.04.2019 йилда қайта «Умуртқа поғонасини ТПВ (транспедикуляр винт)лар ёрдамида коррекциялаш» операцияси ўтказилган.

Объектив текширувда: беморнинг бўйи – 130 см, оғирлиги – 37 кг. Сколиознинг IV даражаси ва кўкрак қафасининг «этикдўзлар кўкраги» туридаги деформацияси аниқланди.

Бемор ҳолати оғир, мажбурий ётган ҳолатда оёқларини қорнига тортиб олган. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган.

Нафас олиши юзаки, минутига 38 маротаба. Ўпкаларида везикуляр нафас. Декстракардия – юрак оҳанглари аниқ. Томир уришлари суст тарангликда ва тўлиқликда дақиқасига – 112–120 та. Артериал қон босими – 90/60 мм. сим. уст.га тенг.

Тили қуруқ, оқ караш боғлаган. Қорин нафас олиш жараёнида иштирок этмайди. Қорин девори юзаки пальпацияда таранглашган ва барча соҳаси кучли оғриқли. Иккала ён, ёнбош ва қов соҳаларида қорин пардасининг таъсирланиш белгиси (Шеткин-Блюмберг) мусбат. Аускультацияда ичаклар перистальтикаси шовқини суст эшитилади. Перкуссияда тимпанит.

Сийиши равон, оч сарик тусда. Ич келиши қабзиятга мойиллик билан.

Инструментал текширувда: 3.04.2024 й. Қорин бўшлиғи рентгенографисида: қорин бўшлиғида диафрагманинг иккала гумбазлари остида «яримой чизиги шаклида эркин ҳаво» белгиси мавжуд. Пневмоперитонеум. Ошқозоннинг «газ пуфаги» ўнг диафрагма гумбази остида жойлашган. Декстракардия. Умуртқа поғонаси кўкрак-бел қисми туғма сколиозининг IV даражаси. Умуртқа поғонасининг стабилизацияси операциясидан кейинги ҳолат.

Қорин бўшлиғи УТТ: ўт қопи ноксимон шаклда, 4,5х2,1 см, деворининг қалинлиги 0,3 см, жигарнинг чап ярми остида жойлашган, бўшлиғи тоза. Чап буйрак аниқланмади. Ўнг буйрак катталашган – 10,5х5,0 см. Қорин бўшлиғининг иккала ён, кичик чанок соҳасида озод суюқлик. Декстракардия. Ички аъзолар транспозицияси. Чап буйрак аплазияси.

Лаборатор таҳлилларда: қоннинг умумий таҳлили: Нв – 83 г/л, эритроцитлар – 3,85–10¹²/л, лейкоцитлар – 15,4х10⁹/л.

НАТИЖАЛАР ВА МУНОЗАРАЛАР

Беморга юқоридагиларга асосланиб қуйидагича бирламчи диагноз қўйилди: ковак аъзолари тешилиши (меъда ёки ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши). Декстракардия. Умуртқа поғонаси кўкрак-бел қисми туғма сколиозининг IV даражаси. Умуртқа поғонасининг стабилизацияси

операциясидан кейинги ҳолат. Чап буйрак аплазияси.

Операция: Инфраумбиликал 1 см ли тери кесмасидан 10 мм ли троакар пункцияси орқали 12 мм. сим. уст.га тенг карбоксиперитонеум кўйилди ва лапароскоп киритилди.

Қорин бўшлиғи секторал кўрилганида: ўнг диафрагма гумбазидан юракнинг қисқариш ҳаракати кўрилди. Ошқозон ўнг томонда жигар остида бўлиб, унинг катта эгрилиги бўйлаб 8,0 х 5,0 см ли талоқ аниқланди. Чап диафрагма остида жойлашган жигарнинг асосий бўлаги остида 7,1 х 2,5 см чамаси, кўкимтир-пушти тусда, бироз таранглашган ўт қопи аниқланди. У инструментал пальпацияда юмшоқ эластик ҳолатда.

Кейинги тафтишда иккала диафрагма ости, жигар ости, ён каналлари ва кичик чаноқда 350–400 мл чамаси сафроли-фибриноз меъда шираси ва шу соҳада фибрин қуйқалари аниқланди. Ўнг қовурға ости соҳасидан 0,5 см ли тери кесмаси орқали 5 мм ли троакар, чап ёнбош соҳаси 1 см ли тери кесмасидан 10 мм ли троакарлар пункцияси орқали ишчи инструментлар киритилди. Патологик суюқлик аспирация қилинди, сўнг 400 мл дистилланган сув билан тиниқлангунича ювилди – бирламчи санацияси ўтказилди. Кўричак қуббаси 8 см ли оч пушти тусли чувалчангсимон ўсимта билан чап ёнбош соҳасида, сигмасимон ва тўғри ичак ўнг ёнбош соҳасидан чаноққа йўналган.

Тафтишда ўн икки бармоқли ичак пиёзбошчасининг олд деворида 1,0 х 1,0 см ли яранинг ўртасида 0,4 х 0,4 см ли, тешилганлиги ва ундан сафроли меъда шираси ажралиши кузатилди.

Ўнг ёнбош соҳаси троакари орқали киритилган 4/0 нейлон ипли игна билан ярани лапароскопик усулда тикилди, герметиклиги текширилди, у – кониқарли. НГЗни ўн икки бармоқли ичак пиёзбошчаси тикилган яраси соҳасига келтирилди, аспирация қилинди.

Қорин бўшлиғи қайта дистилланган сув билан тиниқлангунича ювилди ва аспирация қилинди. Жигар ости, кичик чаноқ соҳасига назорат учун ПХВ найча ўрнатилди.

Операция: Ички органларнинг тўлиқ транспозицияси ҳолатида лапароскопик тешилган ўн икки бармоқли ичак ярасини тикиш, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш.

Операциядан кейинги диагноз. Сурункали ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги.

Асорати: 12 бармоқли ичак ярасини қорин бўшлиғига тешилиши. Диффуз сафроли-фибриноз перитонит.

Ҳамроҳ: Организм ички аъзоларининг тўлиқ тескари жойлашуви («Situs viscerus inversus totalis»), дэкстракардия. Туғма ривожланиш аномалияси. Умуртқа таналари шаклланишининг бузилиши фонида умуртқа поғонаси кўкрак қисми туғма сколиози IV даражаси, V.Th11, L1 умуртқалар ярим

таналиги». «Орқа томонлама L1 умуртқа ярим таналиги экстирпацияси. Умуртқа поғонаси сколиотик деформациясининг орқа томонлама «Medtronic» эндокорректори билан тўғрилаш ва стабилизацияси, локал спондилодезлаш» операциясидан сўнгги ҳолат (19.12.2014 йили). Кўкрак қафасининг «этикдўзлар кўкраги» туридаги деформацияси. Чап буйрак аплазияси.

Операциядан сўнгги даврда: 6 соатдан сўнг беморни ўрнида фаоллаштирилди, НГЗ орқали алмагель 5 мл дан 3 маҳал юборилди. Н2 блокатор, антибиотик, инфузион даво тавсия этилди. 12 соатда бемор фаол ҳаракатланди ва суюқлик ичишга рухсат берилди. Операциядан сўнгги 2-кунида тозалов клизмасидан сўнг ичи келди. 3-куни қорин бўшлиғи УТТ назоратидан сўнг қорин бўшлиғидан дренаж найчалар олинди. Троакар жароҳатларининг битиши – бирламчи.

Беморга 8.04.2024 йили, операциядан сўнгги 5-суткасида, қониқарли ҳолатда поликлиника врачининг назоратига чиқарилди.

ХУЛОСАЛАР

Таърифланган клиник ҳолат (Situs viscerus inversus totalis) органларнинг тузилиши ва уларнинг функцияларининг қўпол бузилиши билан бирга келмайдиган ноёб туғма аномалия сифатида қизиқиш уйғотади.

Бизнинг фикримизча, тешилган ўн икки бармоқли ичак ярасини лапароскопик усулда тикиш ички органларнинг тўлиқ транспозицияси ҳолатида, таянч-ҳаракат тизимида мураккаб операция ўтказган беморларда камшикастлиги билан афзалликка эгадир.

7 ой мобайнида 15 ёшли бемор А.А.нинг «тиш оғриғи» азобидан кун ора 1 таблеткадан «Больнол»ни (йўриқномада: таркибида қуйидаги фаол моддалар: парацетамол – 500 мг, диклофенак натрий – 50 мг бўлиб, 12 ёшдан ошган тана вазни 30 кг дан ортиқ бўлган болаларга ½ таблеткадан буюрилади) мунтазам ичиб юрганлиги – ножўя таъсир кўрсатган бўлиши мумкин.

Ўта зарур ҳолатдагина стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилардан – фақат беморнинг ёши, вазни, ошқозон-ичак тизими фаолиятига қараб, даволовчи врачнинг тавсияси ва назорати остида фойдаланилгани маъқул.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

*Б.Р. Исхаков, У.Р. Мухитдинов, Т.С. Мамадумаров,
А.Э. Рузматов, Б.Н. Курбанбаев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Мы располагаем опытом лечения 51 больного с послеоперационным перитонитом (ПОП) с применением эндовизуальной техники. Больные были в возрасте от 10 до 82 лет, средний возраст составил 31,6 года. Мужчин было 27 (52,9%), женщин – 48 (47,1%).

Причинами ПОП явились: перфоративные гастродуоденальные язвы – у 5 (9,8%) больных, деструктивный аппендицит – у 8 (15,6%), закрытая травма живота – у 4 (7,8%), панкреонекроз – у 4 (7,8%), острая кишечная непроходимость – у 4 (7,8%), цирроз печени – у 5 (9,8%), забрюшинная флегмона с прорывом в брюшную полость – у 1 (1,9%), операции на желудке – у 3 (5,8%), операции на печени и желчных путях – у 6 (11,7%), вмешательства на селезенке – у 4 (7,8%), чрескожная чреспеченочная холангиостомия – у 1 (1,9%), гинекологические операции – у 6 (11,7%).

Местный перитонит был у 9 (17,6%) больных, распространенный – у 42 (82,3%) больных. По характеру экссудата: фибринозно-гнойный – у 11, гнойный – у 33, желчный – у 3, ферментативный – у 2, геморрагический – у 2.

После выполнения лапароскопической ревизии брюшной полости, определения распространенности перитонита, верификации его источника и забора материала для бактериологического исследования выполнялась видеолaparоскопическая санация (ВЛС), включающая лапароскопическую (или из мини-доступа) ликвидацию источника перитонита и промывание брюшной полости раствором антисептика.

ВЛС при ПОП заключалась в направленном полноценном удалении гноя с помощью ирригатора. Для лапароскопической санации использовалось устройство «Pulsavac» (США). Это давало возможность быстро и эффективно произвести полноценную санацию брюшной полости.

ВЛС проводили однократно у 31 (60%) больных, двукратно – у 13 (25%), трехкратно – у 6 (11,7%), четырехкратно – у 1 (1,9%). Всего было выполнено 79 санаций брюшной полости у 51 больного.

Учитывая неполноценность ВЛС, переход к релапаротомии осуществлен у 3 (5,8%) больных.

Осложнения, связанные с ВЛС, наблюдались в 3 (5,8%) случаях (подкожная эмфизема – 1, предбрюшинная эмфизема – 1, повреждение большого сальника троакаротомией – 1), которые не требовали дополнительного вмешательства. Применение ВЛС у всех

наблюдавшихся больных позволило предотвратить прогрессирование воспалительного процесса.

Из 51 больного умерли 2 (3,9%). Причинами летального исхода были аррозивное кровотечение из поджелудочной железы и прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики послеоперационного перитонита. Видеолaparоскопическая санация позволяет уменьшить количество релапаротомий при ПОП и снизить летальность.

ПРЕИМУЩЕСТВА СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, А.Э. Рузматов,
И.Р. Хужамбердиев, Б.С. Робиддинов,
М.М. Эргашев, А.А. Эргашев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

В течение последних 20 лет работы в клинике было выполнено 6197 лапароскопических холецистэктомий. Накоплен опыт выполнения 616 (9,9%) симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии.

У 119 (19,3%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см.

Стерилизация маточных труб выполнена у 308 (50%) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе – у 52 (8,4%).

У 67 (10,9%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластике пупочного кольца.

При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено у 67 (10,9%).

В 3 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист печени) из печени.

В первую очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости мы использовали доступ в паравомбикальной точке. В ходе операции не было необходимости для введения дополнительного троакара в брюшную полость.

Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших симулированные лапароскопические вмешательства, показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений.

Заключение. Более активное внедрение симулированных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшить финансовые затраты, не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО РАЗРЫВОМ ПЕЧЕНИ, СТРАДАЮЩЕГО ГЕМОФИЛИЕЙ А

*Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов,
У.Р. Мухитдинов, Н.Б. Исхаков*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Занимая главенствующее место среди травм органов брюшной полости, повреждения печени отличаются особой тяжестью клинического течения, причем по числу диагностических ошибок они занимают одно из первых мест. Описания травматического разрыва печени у больного, страдающего гемофилией, в доступной литературе мы не нашли.

Цель. Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения травм печени у больных, страдающих гемофилией А.

Материалы и методы. Приводим наше наблюдение. Пострадавший А.Ю., 29 лет, поступил в Наманганский филиал РНЦЭМП 09.12.2018 г., через 1 час с момента получения производственной травмы (удар по животу деревянной палкой, вылетевшей из пилорамы). Жалобы на боли в правой половине живота, головокружение, общую слабость. Из анамнеза известно, что больной страдает гемофилией А, в 2-летнем возрасте после циркумцизии по поводу трудно останавливаемого кровотечения лечился в НИИ гематологии и переливания крови. С тех пор периодически отмечает кровотечения из носа и десен, кровоподтеки и обширные гематомы на теле после получения малейшей травмы. Сестра больного тоже страдала гемофилией, умерла от метро-рагии. Объективно: Состояние при поступлении – тяжелое. Положение вынужденное, лежит на правом боку, ноги поджаты к животу. Среднего питания, телосложение правильное. Кожные покровы, слизистые бледные. ЧДД – 24 раза в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 100 уд/мин. А/Д – 90/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, отстает в акте дыхания, асимметричен за счет припухлости, багрово-синюшного цвета, в правом верх-

нем квадранте – размерами 10х10 см. Пальпаторно отмечается резкая болезненность в этой области, остальные отделы живота безболезненны. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется приглушение перкуторного звука в отлогих местах живота. Перистальтика кишечника выслушивается. Области почек симметричны, безболезненны. При катетеризации мочевого пузыря получено 200 мл светлой мочи. При УЗИ контуры печени неровные, под правым куполом диафрагмы и печенью, между петлями тонкой кишки определяется свободная жидкость. Заключение: разрыв печени, гемоперитонеум. Анализ крови: гемоглобин – 62 г/л, эритроциты – $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 6×10^9 /л, п/я – 3, с/я – 74, лимф. – 22, мон. – 1, СОЭ – 9 мм/ч. Время свертывания крови по Ли-Уайту – более 8 мин, мочевины крови – 6,4 моль/л, протромбин – 82%, гематокрит – 23%. Диагноз: Закрытая травма живота. Разрыв печени? Внутривнутрибрюшное кровотечение, тяжелой степени, анемия. Гемофилия А.

Результаты и обсуждение. После проведенных противошоковых мероприятий, через 1 час после поступления, под наркозом выполнена лапароскопия. В брюшной полости – до 600 мл крови со сгустками. Введены дополнительные троакары в эпигастрии и правом подреберье. После удаления крови и сгустков при ревизии выявлены звездчатый разрыв в проекции передне-верхнего отдела IV-V сегмента печени 4х3 см, глубиной до 1,5 см, вся рана прикрыта сгустками крови, активного кровотечения не отмечается. В VI сегменте печени имеется подкапсульная гематома размером 4х3х2 см, прикрытая сгустками крови, и под ней отмечается кровотечение слабой интенсивности. В области портальных ворот печени обнаружен надрыв брюшины гепатодуоденальной связки с капиллярным кровотечением. Выполнена электрокоагуляция ран печени шаровидным электродом и в режиме «спрей» коагуляции до образования сплошного струпа на раневой поверхности. К ране печени подведен большой сальник и фиксирован к серповидной связке. Произведена тщательная санация брюшной полости. Осмотрены желудок, 12-перстная кишка, селезенка, петли тонких и толстых кишок, повреждений не было обнаружено. К местам разрыва печени, в поддиафрагмальное и подпеченочное пространство, полость малого таза подведены дренажные трубки. Ликвидирован пневмоперитонеум. Швы на раны. В послеоперационном периоде больной получал инфузионно-гемостатическую терапию, переливание одногруппной крови (750 мл), криопреципитата, замороженной плазмы, антибактериальную терапию. Кровотечение не повторялось. Послеоперационное течение гладкое. Дренажи из брюшной полости удалены на 5–6 сутки. Анализ крови: гемоглобин 78 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 5, с/я – 68,

лимф. – 22, мон. – 1, СОЭ – 3 мм/ч. Время свертывания крови по Ли-Уайту – более 3–4 мин, тромбоциты – $128,0 \times 10^9$ /л., гематокрит – 38%. Выписан домой в удовлетворительном состоянии. Больной осмотрен через 1,5 года после операции. Жалоб не предъявляет. Работает по прежней специальности. При УЗИ печень без патологических изменений. Правая доля – 12,2 см, левая – 6,2 см, селезенка – 10,2х6,4 см. Анализы крови в пределах нормы.

Выводы. Видеолапароскопия при изолированной травме печени позволяет не только установить правильный диагноз, но и дает возможность выполнения лечебных манипуляций, которые могут быть окончательными и позволяют значительно снизить тяжесть хирургической агрессии у пострадавших с заболеваниями крови – гемофилией.

ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов,
У.Р. Мухитдинов, Н.Б. Исхаков*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Проблема своевременной диагностики и определения тактики лечения повреждений органов брюшной полости у больных при сочетанных травмах на догоспитальном и стационарном этапах остается актуальной в связи с тяжелым состоянием пострадавших.

Цель исследования. Улучшение диагностики и лечения пострадавших с сочетанными травмами органов брюшной полости с применением лапароскопии.

Материалы и методы. За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнено 362 лечебно-диагностических лапароскопии. Мужчин было 242 (66,8%), женщин – 120 (33,2%). По возрастному фактору пострадавшие распределены следующим образом: до 19 лет – 75 (20,7%) от 19 до 44 лет – 135 (37,3%), от 45 до 59 лет – 102 (28,2%), старше 60 лет – 40 (11%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 65,5%. В течение первого часа с момента полученной травмы поступило 202 (56,4%) пострадавших, до 3 часов – 115 (33%), до 6 часов и более – 41 (10,6%). При изучении характера травмы преобладали травмы, полученные при дорожно-транспортном происшествии – 204 (56,4%), при падении с высоты – 112 (30,9%), в результате удара тупым предметом – 46 (12,7%). Хотим отметить, что среди детей школьного возраста от 8 до 14 лет преобладали травмы, полученные при падении с высоты. Состояние при

поступлении оценивалось как крайне тяжелое у 56 (15,5%) больных, тяжелой степени – у 264 (72,9%), средней тяжести – у 42 (11,6%). Были доставлены скорой помощью 98 (27,7%) пострадавших, переведены из травмпункта после оказания первой медицинской помощи 42 (11,6%) и самостоимом поступили 222 (61,3%) пациента. Противошоковые мероприятия проведены пострадавшим врачами скорой помощи и травмпункта. Из 56 пострадавших иммобилизация конечности стандартными шинами на догоспитальном этапе выполнена 30 пострадавшим, кровоостанавливающий жгут наложен 12, давящая повязка при ранениях была наложена 48, кровоостанавливающий зажим был наложен 3 пострадавшим. Катетеризация центральных вен осуществлена 28 пострадавшим, наркотические анальгетики применены по показаниям на стационарном этапе, одновременно с клиническим, лабораторным, рентгенологическим, ультразвуковым и другими методами исследования, включая диагностическую плевральную пункцию или торакоскопию. По стабилизации гемодинамики проведена первичная хирургическая обработка с репозицией и стабилизацией перелома костей, трепанации черепа и др. Краниоабдоминальная травма наблюдались у 78 (21,5%) пострадавших, повреждения органов брюшной полости сочетались с переломами костей конечности – у 39 (11%) и с повреждением почек – 25 (6,9%).

Результаты. Торакоабдоминальная травма выявлена у 38 (10,5%) пострадавших, травма органов брюшной полости сочеталась с переломами костей таза – у 19 (5,2%), с переломом позвоночника – у 13 (3,6%). Изолированная травма живота встречались у 79 (21,8%), политравма – у 71 (19,6%) пострадавшего. На диагностическом этапе лапароскопии выявлены: разрыв печени – у 44 (12,2%) больных, селезенки – у 42 (11,6%), брыжейки тонкой кишки – у 19 (5,3%), тонкой кишки – у 26 (7,2%), брыжейки ободочной кишки с обширной гематомой – у 17 (4,7%), поджелудочной железы – у 21 (5,8%), обширная забрюшинная гематома и гемоперитонит – у 39 (10,8%), разрыв и гематома большого сальника – у 21 (5,8%). Забрюшинная гематома без гемоперитонита выявлена у 36 (9,9%) пострадавших. Разрыв двенадцатиперстной кишки диагностирован у 2 (0,6%) пациентов, желудка – у 3 (0,8%). Травматическое повреждение двух и более органов брюшной полости диагностировано у 24 (6,6%) пострадавших. У 68 (18,8%) пострадавших при диагностической лапароскопии не было выявлено повреждений органов брюшной полости. 128 (35,4%) больных потребовались традиционные хирургические вмешательства в связи с серьезными повреждениями органов брюшной полости. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости оказались

эффективными и окончательными у 166 (45,9%) пострадавших. Выявленные на диагностическом этапе лапароскопии субсерозные небольшие гематомы паренхиматозных и полых органов (12), гематома передней брюшной стенки (15) не потребовали активных хирургических вмешательств. Лапароскопическое ушивание раны печени с гепатоментопексией (42) и повреждений брыжейки тонкой кишки (28) выполнены у 70 (23,8%) пострадавших. У 33 (11,2%) пострадавших с поверхностным разрывом печени и селезенки (18–6,1%) окончательный гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией. У 26 (8,8%) пациентов с разрывом большого сальника, брыжейки тонкой кишки биполярная диатермокоагуляция оказалась достаточной для остановки капиллярного кровотечения. Релапароскопия в послеоперационном периоде для санации брюшной полости выполнена у 5 пациентов. Умерли 6 больных с изолированными травмами органов брюшной полости. Причинами летального исхода являлись посттравматический, постгеморрагический шок.

Заключение. Успех лечения пострадавших сочетанными травмами во многом зависит от правильного оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Применение видеолапароскопии при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от напрасной лапаротомии.

ВОЗМОЖНОСТИ САНАЦИОННОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, Ж.Б. Робиддинов,
Б.С. Робиддинов, Ш.Б. Робиддинов,
М.С. Собитхонов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

За последние 11 лет нами в комплексном лечении 64 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) была включена методика видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе у 26 – субтотальное поражение тела и хвостовой части поджелудочной железы (ПЖ) с крупноочаговым геморрагическим некрозом паранкреальной клетчатки, у 15 – жировой некроз преимущественно головки и тела ПЖ с массивной инфильтрацией и имбибицией гепатодуоденальной связки, паранефральной и параколической клетчаток, у 23 – мелкоочаговый и смешанный не-

кроз тела и хвостовой части ПЖ с инфильтрацией и имбибицией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и паранкреальной клетчатки.

В процессе ВЛС у 38 больных (первая группа) выполнялся ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация антисептиками, подведение дренажных трубок в количестве от 3 до 5 в отлогие места брюшной полости; новокаиновая блокада корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, паранкреальной клетчатки и круглой связки печени, санация и дренирование сальниковой сумки (СС) (18), лапароскопическая холецистостомия при наличии билиарной гипертензии (4), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при деструкции желчного пузыря (6), ЛХЭ с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (2), переход на лапаротомию и удаление некротизированных участков ПЖ (8).

У 26 (вторая группа) во время ВЛС устанавливается распространение панкреонекроза, осуществляется активная аспирация ферментативного выпота, санация и дренирование отлогих мест брюшной полости для проведения перитонеального лаважа и по показаниям холецистостомия или ЛХЭ с декомпрессией билиарных протоков. При этом ни в одном случае не проводились активные вмешательства в зоне патологического процесса (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некрэктомия из ПЖ, забрюшинной клетчатки (ЗБК) и т.д.). Однократная ВЛС выполнена 12 пациентам, двукратная – 7, трехкратная – 5, четырехкратная – 2.

У больных первой группы (38) ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказалось эффективной, что позволило добиться купирования воспалительного процесса у 27 (71,0%). У 9 (19,0%) произошло инфицирование зон некроза ПЖ и ЗБК. Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме. Умерли после операции 6 (9,3%) больных. У пациентов второй группы (26) мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации.

Следует отметить, что такая тактика оказалась эффективной у всех больных второй группы. Осложнений и летального исхода не отмечалось. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимальным объемом вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗБК.

Таким образом, полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении деструктивный панкреатит не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии – видеолапароскопической санации и базисной патогенетической терапии – приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ш.М. Йулдашев, Б.А. Туйчиев, Н.И. Махмудов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Повреждение поджелудочной железы (ПЖ) характеризуется тяжелым течением вследствие травматического панкреатита (ТП), частота развития которого достигает 87,5%. Для ТП характерны высокий уровень осложнений (до 78%) и летальность (от 12 до 73%).

Цель исследования. Оценка различных подходов к тактике лечения пострадавших с повреждением поджелудочной железы.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 124 больных с различной травмой разного генеза, поступивших в хирургическое отделение с ТП, находившихся в 2001 г. на лечении в Ферганском филиале Республиканского научно-го центра экстренной медицинской помощи, среди них 85 мужчин и 39 женщин. Возраст больных варьировал от 26 до 46 лет. (36,2 – 12,5 года). 45 умерли в течение первых двух суток от шока, кровопотери и тяжести сопутствующих повреждений, в исследование включено 76 пациентов. Ранения живота были в 53%, закрытая травма – в 47% наблюдений. По степени повреждения ПЖ повторно взята на динамический контроль на ПТИ, ВСК, фибриноген и кровь на различные исследования. При ранении живота диагноз ставился в ходе интраоперационной ревизии. Степень повреждения ПЖ определяли по классификации Smego (1885 г). I степень повреждения была у 1 125 пострадавших (38,5%), 2 – у 125 (38,5%), 3 – у 40 (12,3%), 4 – у 35 (10,7%). Все больные оперированы. Характер операции до 2001 г. выбирался произвольно в 56 случаях, гемостаз и дренирование зоны повреждения в 208 случаях.

Результаты и обсуждение. С 1991 г наблюдались 153 пациента, гнойные осложнения были у 67 (43,8%), умерли 12 (12,0%). Высокая частота гнойных осложнений и летальность заставили искать их снижения. ТП часто впервые проявляется деструктивными осложнениями.

Результаты лечения зависели от сроков медикаментозной терапии: при его начале в первые сутки после травмы ПЖ осложнения были в 13,3%, летальность – 5,1%, на 2–3-е сутки – в 39,5%, летальность – 21,1%, на 4–5-е сутки и более – в 80%, летальность – 24%. Результаты лечения в зависимости от характера хирургического вмешательства: при дренировании зоны повреждения ПЖ и прецизионном гемостазе осложнения и летальность – до 51,6%, и 15,2%.

По нашему мнению, это связано с дополнительной травмой и ишемизацией ткани, затруднением оттока из раны, что способствует прогрессированию ТП. Это подтверждается результатами. На основании анализа полученных результатов был сформулирован ряд принципов ведения пострадавших с травмой ПЖ. В их числе – немедленное начало медикаментозной терапии Октреотидом в разовой дозе 300 мкг и в суточной дозе 900–1200 мкг в течение 5–7 суток при обнаружении повреждения ПЖ или подозрении на него по данным УЗИ, КТ, видеолапароскопии, интраоперационной ревизии, а также при гиперамилаземии у больных с тяжелой сочетанной травмой: широкое вскрытие брюшной полости для ревизии ПЖ при травме живота с повреждением верхнего этажа брюшной полости: мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру для осмотра задних поверхностей органов при ранении головки ПЖ или двенадцатиперстной кишки: вскрытие и ревизия гематом ПЖ для определения объема повреждения паренхимы. Объем и вид операции зависит от степени повреждения ПЖ. При I–II и III степени без размножения тканей показано дренирование зоны повреждения с прецизионным гемостазом. При II–IV степени с разрывом или размножением показана резекция нежизнеспособных тканей, прецизионный гемостаз и дренирование.

Не следует ушивать ранения железы, перитонизировать зону резекции, перевязывать культю Вирсунгова протока. Разработанная тактика позволила снизить частоту гнойных осложнений с 43,8% в период 2001 г. по 2023 г. до 11,1%. За последние 3 года из 26 пострадавших умер 1, летальность составила 3,8%.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА РАЗВИТИЕ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

С.Ж. Камолов, Т.А. Усаров, Ё.Э. Хурсанов

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Пластика ПБГ с помощью открытых швов привела к неприемлемо высокой частоте рецидивов и была заменена в начале 2000-х годов пластикой сеткой, открытой или лапароскопической (К. Cassar, 2002). Однако даже при пластике сеткой большие и рецидивирующие послеоперационные грыжи продолжали оставаться серьезной клинической проблемой из-за размера и содержимого мешка, а также нарушения функции брюшной стенки (К.С. Shestak, 2000).

Материалы и методы. Прослежено 316 выписанных пациентов (4 умерло). Без осложнений выписаны 185 пациентов; после лечения осложнений –

131 пациент. Отдельную группу составили пациенты с таким редким осложнением, как постпротезные грыжи. Анализ отдаленных результатов за 2-летний период показал, что несмотря на широкое внедрение протезных методов герниопластики возникает сморщивание протеза или его отрыв с образованием постпротезных грыж. Так, в наших наблюдениях сморщивание протеза возникло у 26 (8,1%) пациентов, а постпротезные грыжи образовались у 24 (7,5%) пациентов, перенесших протезную герниопластику.

Следует отметить такой спектр осложнений позднего послеоперационного периода, как сморщивание протеза, образование кожно-протезных свищей и постпротезных грыж, которые возникли у 71 (22,2%) больных. Как кожно-протезные свищи – 80,9%, так и постпротезные грыжи – 87,5% в своем большинстве возникли после пластики рецидивных грыж. Данный факт свидетельствует о том, что в рубцово-измененных тканях рецидивных грыж имеются старые лигатурные гранулемы, поддерживающие «дремлющую инфекцию», приводящую к нагноениям раны – 19 (5,9%) в послеоперационном периоде. Соответственно, пациенты с рецидивами ventральных грыж формируют высокую группу риска, в которой возможен высокий процент как ближайших, так и поздних раневых осложнений.

Обсуждение. Развитие раневых осложнений в ближайшем послеоперационном периоде непосредственно влияет на отдаленные результаты. Наиболее значимым предиктором риска развития ближайших осложнений является фактор повторного вмешательства при рецидиве грыжи, что обусловлено наличием «дремлющей инфекции», скрытой в оставшихся лигатурных гранулемах или рубцово-измененных тканях.

Рубцово-дегенеративные изменения в тканях апоневроза при гигантских и обширных грыжах являются predisполагающим фактором к возникновению постпротезных грыж, частота которых после имплантации протеза в позиции inlay составила 5,6% (у 8 из 142 больных) и при фиксации протеза в позиции onlay – 1,1% (у 2 из 174 пациентов) ($\chi^2 = 5,131$; Df = 1; p = 0,024). Фактор ожирения играл роль в плане повышения частоты отдаленных осложнений при исходном избытке веса, соответствующем III степени – 19,7% (у 14 из 71 пациента) (p < 0,05 по отношению к отсутствию ожирения и I степени). Доля отдаленных осложнений с учетом рецидива и первичной операции также существенно различалась, составив 16,1% (у 27 из 168 больных) после пластики рецидивных грыж и 6,8% (у 10 из 148 пациентов) после первичной герниопластики ($\chi^2 = 6,604$; Df = 1; p = 0,011).

Вывод. Выявлена прямая тенденция увеличения частоты развития отдаленных осложнений с учетом риска на фоне наличия осложненного течения ближайшего послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

С.Ж. Камолов, Т.А. Усаров, Ё.Э. Хурсанов

Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный
медицинский институт

Актуальность. Проблема хирургического лечения обширных и гигантских послеоперационных ventральных грыж является актуальной во всем мире, несмотря на совершенствование высоких технологий и внедрение новых методик лечения ведущими хирургическими центрами. По данным рандомизированного контролируемого исследования, о котором сообщил Burger, частота рецидивов через 6 лет составила 67% в группе пластики швами по сравнению с 32% в группе пластики сеткой. Иначе говоря, при оценке эффективности разработанного алгоритма мероприятий по снижению послеоперационных осложнений немаловажное значение имеет отдаленный период, когда в ряде случаев новая разработка может привести к неожиданным результатам и последствиям.

Материалы и методы. В исследование включено 448 пациентов с обширными и гигантскими ПОВГ, находящихся на лечении в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского филиала РНЦЭМП в период с 2018 по 2022 г., которые были условно разделены на две группы: в основную группу включено 128 больных, оперированных в период с 2020 по 2021 г., в группу сравнения – 320 пациентов, оперированных с 2018 по 2022 г. включительно.

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

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

случая при обширных и 7 (3,5%) при гигантских грыжах.

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

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

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, А.М. Муродов, Р.А. Каримов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом путем дифференцированного подхода к выбору метода лечения в зависимости от эффективности проводимой консервативной терапии и тяжести состояния пациентов согласно классификации Токийского соглашения (Tokyo guidelines (2007, 2013).

Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 5488 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2001 по 2024 годы.

Результаты исследований. При поступлении у 14 пациентов были клиника и УЗИ-признаки перитонита и перфорации желчного пузыря. Этим больным была выполнена открытая холецистэктомия в экстренном порядке. В остальных 5474 случаях лечение начато с консервативных мероприятий. Согласно Токийской классификации, 4515 (82,5%) были с легким течением заболевания (Grade I), 668 (12,2%) – со среднетяжелым течением (Grade II) и 291 (5,3%) – с тяжелым течением (Grade III). Комплекс консервативных мероприятий включал

антибактериальную, обезболивающую, инфузионно-спазмолитическую терапию, при наличии сопутствующей патологии проводилась ее коррекция. При легком течении эффективности консервативной терапии составила 85,5% (4042 наблюдений), при среднетяжелой – 68,0% (454 случаев) и при тяжелой – 33,0% (96 пациентов). После консервативной терапии пациентам рекомендовали оперативное лечение в плановом порядке через 4–6 недель. При неэффективности консервативной терапии вопрос решался в пользу оперативного вмешательства. Основным критерием выбора метода лечения в аналогичных ситуациях являлись тяжесть состояния пациентов и срок от начала заболевания. Если с момента приступа прошло не более 3 суток, больной подвергался ЛХЭ (647 наблюдений).

При выполнении ЛХЭ, учитывая зависимость частоты осложнений от выраженности морфологических изменений в желчном пузыре и опыта хирурга, нами разработан рейтинговый подход к выбору хирургической бригады для выполнения ЛХЭ. Кроме того, при невозможности идентификации элементов шейки желчного пузыря нами предложена методика лапароскопической холецистэктомии, которая включает в себя элементы выполнения ЛХЭ «от дна».

При продолжительности приступа более 3 суток и выраженном воспалительно-инфильтративном процессе в желчном пузыре предпочтение отдавали открытым хирургическим вмешательствам (40 случаев).

При тяжести состояния больных Grade III выполняли чрескожную, чреспеченочную холецистостомию (195 больных). Проводилась интенсивная консервативная терапия с санацией желчного пузыря. У 86 пациентов после стабилизации состояния и коррекции сопутствующих заболеваний вторым этапом произведена плановая ЛХЭ, выполненная через 1–1,5 месяца после ЧЧХС. У 48 пациентов после купирования воспалительного процесса в желчном пузыре удалось добиться склерозирования путем мукоклазии 0,4% электролизным водным раствором гипохлорита натрия, в результате чего отпала необходимость проведения холецистэктомии как второго этапа хирургического вмешательства. У 61 больного с высокой степенью оперативно-анестезиологического риска ограничились длительной холецистостомией в течение 6–12 месяцев.

Заключение. Предлагаемая тактика хирургического лечения острого холецистита является достаточно безопасной и эффективной, что позволило снизить частоту конверсий при выполнении ЛХЭ с 10,9% до 2,2%, послеоперационных осложнений – с 11,3% до 6,0%, послеоперационной летальности – с 2,7 до 1,2%. При этом общая летальность уменьшилась с 0,8% до 0,3%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВОБОДНО ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ДНК ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ш.И. Каримов, С.Р. Баймаков, Ш.Ш. Болтаев

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Согласно данным Global Cancer Statistics, в 2022 году заболеваемость колоректальным раком (КРР) занимает 2-е место, а летальность – 3-е место, а в Республике Узбекистан на его долю приходится 6,7%. Одним из грозных осложнений КРР считается острая обтурационная кишечная непроходимость и развитие синдрома кишечной недостаточности, сопровождающейся «абдоминальным сепсисом», встречаемость которой достигает 26,4%. Учитывая тот факт, что сохраняются высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности, вопросы диагностики, тактики ведения больных с КРР, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью, сохраняется актуальной и дискуссионной темой как в ургентной хирургии, так и среди онкологов.

Цель нашего исследования – оценка эффективности выявления сцДНК при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии.

Материал и методы исследования. Проведён анализ результатов обследования и лечения 76 больных с обтурационной кишечной непроходимостью на базе хирургического отделения кафедры хирургия и ВПХ ТГСИ за период 2021–2024 гг. В исследование вошли 48 пациентов с опухолевой этиологией. Женщин было 17 (35,5%), мужчин – 31 (64,5%), средний возраст составил $60,3 \pm 3,9$ года.

При первичном обследовании диагноз устанавливали на основании результатов клинического и лабораторного исследования, данных обзорной рентгенографии, УЗИ органов брюшной полости, МСКТ. Также всем больным было проведено определение сцДНК и сцоДНК. Определение количественного содержания сцДНК и сцоДНК проводили забором крови в пробирки с ЭДТА с хранением в течение 4 часов, после чего проводили центрифугирование в два этапа с продолжительностью по 10 минут. Концентрацию сцДНК и сцоДНК определяли при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты исследования. Уровень сцДНК до 5000 нг/мл был в 11 случаях, от 5000 до 10000 нг/мл в 16 случаях и более 10000 нг/мл наблюдался в 21 случае. А уровень сцоДНК в 33 случаях был менее 1% от общего сцДНК, в 7 случаях был равен 1% и в 8 случаях превышал 1% от общего сцДНК. Необходимо отметить, что пациентам с острой обтурационной кишечной непроходимостью не опухолевой

этиологией также был проведен анализ определения сцДНК, уровень которого был велик, однако сцоДНК не был выявлен.

В 31,2% случаях (15 пациентов), учитывая тяжёлую степень синдрома кишечной недостаточности с развитием абдоминального сепсиса, на первом этапе была выполнена фиброколоноскопия со стентированием и взятием биопсии. В 13 случаях установка стента была успешна, в 2 случаях в результате кровоточивости и высокого риска перфорации стенки кишки стент не был установлен. У всех пациентов, которым был установлен стент, отмечалось снижение степени тяжести кишечной недостаточности и ликвидация признаков эндогенной интоксикации.

С момента поступления прооперированы на 1-е сутки 43,7%, на 2–3-и сутки – 29,2%, а 27,1% пациентов в результате ликвидации симптомов непроходимости были направлены в специализированное учреждение для плановой операции.

Обсуждение результатов. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 11 (22,9%) пациентов, при этом раневые осложнения присутствовали в 9 (18,7%) случаях, из них нагноения раны – у 8 больных (16,6%), серомы и инфильтраты – у 1 (2,1%). Интраабдоминальные осложнения возникли в 4,2% случаев, из них раннюю спаечную кишечную непроходимость – у 1 (2,1%), некроз и отхождение колостомы от передней брюшной стенки – у 1 (2,1%).

Средняя длительность стационарного лечения составила $13,5 \pm 2,1$ койко-дня, при неосложнённом течении послеоперационного периода – 11, при развитии послеоперационных осложнений – 15 койко-дней. В послеоперационном периоде летальность была у 4 (8,4%) больных, причиной явились нехирургические осложнения.

Выводы. Выявление сцоДНК в крови позволяет дифференцированно подходить к выбору тактики лечения больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью. Пациентам с ООКН опухолевой генеза, поступившим в крайне тяжёлом состоянии, выполнение фиброколоноскопии со стентированием просвета кишечника с декомпрессией в дооперационном периоде способствует коррекции синдрома кишечной недостаточности, ликвидации признаков абдоминального сепсиса, стабилизации состояния, более тщательной подготовки пациента и улучшает результаты лечения.

РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ш.И. Каримов, С.Р. Баймаков, С.Ш. Юнусов

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Детоксикация токсинов из кишечного содержимого является важным фактором снижения системной токсемии и бактериемии, что является основной причиной абдоминального сепсиса при острой кишечной непроходимости (ОКН). Самым эффективным методом борьбы с хирургическим эндотоксикозом в настоящее время считается назоинтестинальная интубация, создающая оптимальные условия для декомпрессии и энтеросорбции.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности отечественного энтеросорбента Зеротокс в комплексном лечении острой кишечной непроходимости, осложненной энтеральным дистресс-синдромом.

Материал и методы. Сведений об использовании этого препарата в хирургической практике мы не нашли, в связи с чем мы апробировали данный энтеросорбент у 63 больных с кишечной непроходимостью, в том числе спаечная кишечная непроходимость была у 36 (57,1%) пациентов, странгуляционная кишечная непроходимость – у 18 (28,6%), обтурационная кишечная непроходимость – у 7 (11,1%).

В зависимости от использованных лечебных мероприятий больные были разделены на 3 группы: 23 больных составили контрольную группу без использования сорбента, 20 больных с применением Энтеросгеля были включены в группу сравнения, 20 больных вошли в основную группу, где использовался энтеросорбент Зеротокс.

В контрольной группе больных лечение проводилось по традиционной методике, а в остальных группах лечебные мероприятия были дополнены чреззондовой энтеросорбцией.

Результаты исследования. До операции и в процессе послеоперационного наблюдения оценивались объем желудочно-кишечного содержимого больных с ОКН, получаемого с помощью назоинтестинального зонда, клиническая картина, данные УЗИ, ряд лабораторных и бактериологических показателей.

Клинические признаки, результаты иммунологического и бактериологического исследования содержимого тонкого кишечника, динамика интегральных показателей степени тяжести эндогенной интоксикации, развитие гнойно-септических осложнений служили критериями оценки лечебных мероприятий в группах исследования.

Применение энтеросорбции способствовало более быстрой нормализации состояния, уменьшению интенсивности и исчезновению болей, изменению температуры тела, восстановлению моторики кишечника, определяемым по клиническим признакам в послеоперационном периоде. Положительный процесс выявлялся также и на УЗИ в динамике. Эхо-показатели нормализовались на 1–2 дня раньше у больных, получавших как Энтеросгель, так и Зеротокс.

Применение Энтеросгеля ускорило уменьшение объема желудочного выделения на 2 дня. Аналогичная картина была характерна и для Зеротокса. Показатели воспалительного процесса у больных, получавших энтеросорбцию, достигались нормы на 2 дня раньше. Снижение индекса ЛИИ до нормальных значений в контрольной группе достигалось через 5 суток после операции, а в основной сокращался на двое суток. Лимфоцитарный ответ также нормализовался на 2 дня раньше при применении у больных энтеросорбента.

Микрофлора кишечника после применения энтеросорбентов значительно улучшилась уже на 5-е сутки после проведения операции. На 7-е сутки количество анаэробных и аэробных микроорганизмов приблизилось к норме. Стафилококки, стрептококки и протей не обнаружены.

В основной группе уже на 3-и сутки после операции в экссудате брюшной полости показатели местных факторов защиты восстанавливались.

Анализ результатов лечения показал, что благодаря дифференцированному подходу к лечению ОКН в основной группе послеоперационные осложнения возникли только у 5 (13,2%) больных, умер 1 (2,6%) пациент от инфаркта миокарда.

Выводы. Проведение зондовой энтеросорбентной коррекции биоценоза тонкой кишки уже к 5–7-м суткам послеоперационного периода позволило достичь физиологического уровня микробного фона интестинальной среды, снизив угрозу энтерогенного инфицирования организма. Зеротокс, так же, как и Энтеросгель, почти на 2 дня сокращает процесс послеоперационной нормализации общего состояния и показателей интоксикации. Проведенная в послеоперационном периоде комплексная терапия с включением Зеротокса, так же, как и Энтеросгеля, в целом оказала положительное влияние на состав микрофлоры тонкого кишечника, благодаря чему значительно снижается количество послеоперационных осложнений и летальность.

**АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

*М.А. Киселев, С.А. Платонов,
Д.В. Кандыба, В.Е. Парфенов*

**Санкт-Петербургский научно-
исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Россия**

Цель. Анализ ключевых этапов в диагностике и эндоваскулярном лечении пациентов с кровотечениями. Обоснование важности выполнения МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием перед эндоваскулярным вмешательством.

Материал и методы. С 2019 по 2023 год в ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе субтракционная ангиография висцеральных ветвей брюшной аорты выполнена 267 пациентам с кровотечениями различной этиологии и локализации. Из них 135 пациентам со стабильной гемодинамикой и отсутствием противопоказаний до подачи в рентген-операционную была проведена МСКТ с внутривенным контрастированием. Анализ данных МСКТ-ангиографии позволял выбрать оптимальный доступ и инструментарий, а также оценить анатомические особенности ветвей аорты. В остальных случаях первым этапом выполнялась субтракционная ангиография. Эмболизация проводилась при выявлении прямых или косвенных признаков кровотечения; при их отсутствии, на основании тщательного анализа данных клинико-лабораторных, диагностических лучевых и эндоскопических исследований, консиллиумом принималось решение о необходимости проведения превентивной эмболизации. В выполнении эндоваскулярной эмболизации нуждались 232 пациента из анализируемой группы.

Результаты. По результатам субтракционной ангиографии, проведенной 267 пациентам, прямые признаки кровотечения были выявлены у 82 пациентов, косвенные – у 96. В 54 случаях было принято решение о выполнении превентивной эмболизации. Таким образом, доля лечебных вмешательств в анализируемой группе составила 86,9%. У 226 пациентов из 232 (97,4%) выполнение эндоваскулярного гемостаза оказалось технически успешным. В 12 случаях при выявлении рецидива кровотечения была проведена повторная эмболизация.

В 2019 году доля пациентов, которым до эндоваскулярного вмешательства выполнялась МСКТ-ангиография, составила 19,2%, а доля интервенционных процедур, оканчивающихся на диагностическом этапе, – 27%. В 2020 году данные показатели составили 45,2% и 9,8% соответственно, в 2021 – 46,8% и 8,5%, в 2022 – 64,6% и 14,6%, в 2023 – 75,9% и 6,9%. Из группы превентивной эмболизации МСКТ-ангиография была выполнена

24 пациентам из 54, что составило 44,4%. Анализ результатов проведенных неинвазивных лучевых исследований позволял принять решение о необходимости выполнения превентивной эмболизации, оценить особенности кровоснабжения того или иного органа и, как следствие, более тщательно спланировать эндоваскулярное вмешательство.

Заключение. Выполнение МСКТ-ангиографии перед интервенционным вмешательством позволяет произвести более тщательный отбор пациентов для эмболизации и снизить процент исключительно диагностических эндоваскулярных процедур. Помимо этого, при анализе данных неинвазивных лучевых исследований оцениваются особенности кровоснабжения того или иного органа, необходимость выполнения превентивной эмболизации, выбирается оптимальный доступ и инструментарий. Таким образом, совокупность данных факторов позволяет более тщательно спланировать эндоваскулярное вмешательство.

**БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ
ИЧАК ЯРА ХАСТАЛИГИ АСОРАТЛАРИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ**

*Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М.,
Аккузиев И.К., Косимов О.З.,
Исроилов Ш.Ш., Акбаралиев А.А.*

**РШТЁИМ Андижон филиали,
Андижон давлат тиббиёт институти**

Долзарблиги. Болаларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра хасталиги жуда кам учраб, 600 та боладан 1 тасига тўғри келади. Ҳар хил клиник белгилари билан намоён бўлиб, баъзи ҳолларда қон кетиш, ён тўқималарга ўсиб кириши ва пилорик ҳалқа стенози билан характерланиб, узоқ вақт даволашни талаб қилади. Ҳозирги вақтга келиб хасталикнинг яшараётганлиги сабабли кўпроқ 5–7 ёшдаги болаларда 40–50 % учрамоқда.

Тадқиқот мақсади. Болаларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра хасталигида даволашнинг самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Болаларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра хасталиги асоратларини даволашни ўрганиш мақсадида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Андижон вилоят филиалида 2010 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра хасталиги асорати билан даволанган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 145 нафар бемор болаларни текшириш ва комплекс даволаш натижаларини илмий таҳлил қилишга бағишланган.

Беморларнинг барчасига қуйидаги текшириш усуллари ўтказилди: 1) умумий кўрик, анамнезини

яхши ўрганиш; 2) умумий лабаратория таҳлиллари; 3) ошқозон-ичак тизими рентгеноскопияси; 4) ЭГДФС; 5) УТТ;

Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан қон кетишларда бўладиган даволаш тактикалари куйидаги ҳолатлар билан боғлиқ эканлигини кўрсатиш мумкин: 1. Беморнинг умумий аҳволи (беморнинг ёши, йўлдош касалликлари борлиги). 2. Ярали деструкция ҳолати (унинг катта-кичиклиги, пенетрация ҳолати). 3. Қон кетиш оғирлиги (кўп қон йўқотиши, геморрагик шок). Форест бўйича даражаси. 4. Қон кетишнинг рецидивы.

Гастродуоденал яралардан қон оқишларнинг муҳим муаммоларидан бири спонтан ҳолатда ёки консерватив даволашдан сўнг ва эндоскопик гемостаз қилингандан кейин рецидив қон оқишлардир. Амалиётда ҳозирги кунда 5–38% ҳолатларда учрамоқда. Барча беморлар 145 нафар бўлиб, улардан ошқозон яраси тешилиши билан 88 бемор, торайиш билан 2 бемор, 47 нафаридан қон кетиш асорати ва 1 та беморда яра малигнизацияси кузатилди. Энг хавфли қон оқишининг рецидив бўлиши беморларнинг стационарга тушгандан кейин биринчи суткаси давомида кузатилди. Биринчи 3 соат ичида 19%, 6 соат ичида –36% ва дастлабки 12 соат ичида 45% беморларда рецидив қон оқишлар кузатилди. 47 та беморда ярадан қон кетиш асорати кузатилиб, улардан 23 таси умуман яра хасталиги билан аввал мурожаат қилмаганлиги аниқланди. Қолган 24 та бемордан 15 таси гастрит ташхиси билан вақти-вақтида амбулатор даволаниб юрган беморлардир, 9 та бемор эса ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра хасталиги билан диспансер назоратда турганлиги аниқланди. Ҳозирги эндоскопик гемостаз усулининг натижалари яхши самарадорлигини ҳисобга олган ҳолда, ярадан қон оқишларда эндоскопик даволаш тактикаларини қўлладик, яъни 47 та беморда, булардан 25 нафаридан яра коагуляция қилинди, эндоскопик гемостазга эришилди. Қолган 22 нафар беморда консерватив даво чораларидан сўнг самарали эффект олинди.

Операция қилишга кўрсатма бўлиб, эндоскопик усулда қонни тўхтатиш иложи бўлмаган, қон оқишнинг рецидиви ёки унинг юзага чиқиши хавфи юқори бўлганда, Нб микдорининг пасайишида, қон қўйиш ҳам яхши эффект бермаганлигидир. Беморлар умумий сонидан 58 та беморда яранинг тешилиши кузатилиб, ташхислашда клиник белгилар билан бир қаторда рентгенологик ва эндоскопик текшириш самарали бўлди. Барчасида шошилишч оператив даво қилинди, яра ўрни атрофи кесиб олиниб, дефектини 2 қаторли чоклар билан тикилиб эркин чарви билан перитонизация қилинди ва нозогастродуоденал интубация қилинди. Ҳамма беморлар шифоҳонадан қониқарли ҳолатда чиқарилди. 2 та беморда аниқланган ўн икки бармоқли ичак ярасидан сўнгги торайиш ҳолатида, консерватив даво чора-

лари ўтказилиб, ташрихга тайёрланди ва режали равишда операция қилиш учун режали жарроҳлик бўлимига ўтказилди. 1 нафар 13 ёшли бемор оғриқ синдроми билан ётқизилиб текширилганда ошқозон яраси малигнизацияга учраганлиги ЭГДФСда аниқланди ва бу бемор онкология шифохонасига ўтказилди. Ташрихдан сўнгги даврда беморлар амбулатор назоратга олиниб, асорат турига қараб фитотерапия зубтурум дамламасидан тавсия қилинди, қилинган ташрих ва фитотерапия натижалари назоратга олинди ва юқорида санаб ўтилган асоратларнинг кузатилмагани аниқланди.

Хулоса:

1. Болаларда ошқозон ўн икки бармоқли ичак яра касалликлари асоратининг олдини олиш учун эрта ташхислаш, профилактик эндоскопик текширувларни ташкил қилиш, диспансер назоратга олиш.

2. Хасталикнинг асоратсиз даврида консерватив даво муолажаларини ўтказиш орқали клиник-эндоскопик ремиссияга эришиб, бемор болалар яшовчанлигини оширишга эришиш мумкин.

3. Яра хасталиги асоратланган ҳолатларда тўғри хирургик тактика танлаш самарали натижалар беради.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Т.А. Мансуров, С.О. Муродуллаев, С.Ж. Камолов

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Улучшить результаты лечения тяжёлых форм острого панкреатита путём использования миниинвазивных технологий.

Материал и методы. В абдоминальной хирургии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи проведен анализ результатов хирургического лечения 29 больных с осложненными формами острого панкреатита в возрасте от 21 до 70 лет. Мужчин было 20 (69 %), женщин – 9 (31%). Диагноз установили на основании клинических, лабораторных данных, УЗИ и МСКТ органов брюшной полости. Ферментативная фаза заболевания диагностирована у 8 (27,5%), септическая секвестрация – у 21 (72,5%). В зависимости от способа оперативного лечения больные были разделены на две группы. В I группу вошли 19 (65,5%) больных, в лечении которых использовали миниинвазивные операции. II группа состояла из 10 (35,5%) больных, в лечебном комплексе которых использовали традиционные лапаротомии.

Миниинвазивные операции включали: пункцию и дренирование гнойников под контролем УЗИ, видеолапароскопические санационно-дренирующие

процедуры сальниковой сумки и брюшной полости – у 16 (55%), минилапаротомию. Эффективность лечения оценивали по регрессу клинических симптомов заболевания, частоте развития осложнений (кровотечение, сепсис) и летальности.

Профилактическая санация выполнена у 3 больных видеолaparоскопически, путем рассечения заднего листка брюшины над пораженной клетчаточной областью по верхнему и нижнему краям поджелудочной железы.

В качестве антисептика для промывания сальниковой сумки использовали 0,5% водный раствор хлоргексидина, фурацилина 1:5000, декасана (декометоксин 0,02%). Дренажи были удалены на 10–18 сутки после операции.

В послеоперационном периоде больные получали цефалоспорины, фторхинолоны в сочетании с метралоном, ингибиторы панкреатической секреции.

Проводили купирование болевого синдрома, блокаду секреторной активности желудка, трансназальную интубацию тонкой кишки, иммунокоррекцию, стимуляцию моторики кишечника и инфузионную терапию.

Сравнительное изучение показало, что в первой группе больных послеоперационные осложнения (аррозивные кровотечения – 2) наблюдались у 2 больных, летальных исходов не было. Во второй группе аррозивные кровотечения наблюдались у 3 больных, сепсис – у 1, летальный исход – у 1 больного.

Заключение. Исследование показывает, что миниинвазивные операции сопровождаются менее выраженным болевым синдромом, сокращением сроков госпитализации и позволят улучшить результаты лечения больных осложненными формами острого панкреатита.

ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦИТОКИНОВОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Т.Т. Мансуров, С.О. Муродуллаев

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Среди разнообразия механизмов повреждения поджелудочной железы наиболее значимым патогенетическим фактором острого панкреатита (ОП) является воспаление, которое замыкает порочный круг патогенеза. Для него характерны также избыточные количества провоспалительных цитокинов, которые приводят к запуску системной воспалительной реакции, развитию полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений.

Цель исследования. Изучить уровень провоспалительных цитокинов у больных острым панкре-

атитом неалкогольного происхождения с abortивным и прогрессирующим течениями.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 66 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет с установленным диагнозом «острый панкреатит неалкогольного происхождения с abortивным течением» (41 пациент) и «острый панкреатит неалкогольного происхождения с прогрессирующим течением» (25 пациентов). Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных и инструментальных исследований, в соответствии с международным консенсусом по диагностике и терапии острого панкреатита. Средний возраст обследованных пациентов составил $50,1 \pm 0,91$ года. Контрольную группу составили 27 практически здоровых людей того же возраста. Концентрацию провоспалительных цитокинов – интерлейкина-2 (ИЛ-2), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и трансформирующего фактора роста-бета (ТФРβ) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем АО «Вектор-бест» (Новосибирск, Россия) в соответствии с рекомендациями производителя. Статистическая обработка результатов исследований проводилась методами вариационной статистики. Результаты представлены как выборочное среднее (М) и стандартная ошибка (m); медиана (Me), характеризующая центральную тенденцию, верхний и нижний квартили, характеризующие разброс значений показателя у 50% респондентов (Q1–Q3), где Q1 – 25% перцентиль, Me – 50% перцентиль, Q3 – 75% перцентиль. Достоверность различий средних величин (Р) сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ цитокинового профиля выявил достоверные изменения изученных медиаторов иммунного ответа. Анализ сывороточного содержания ИЛ-2 у пациентов с ОП различным течением установил достоверно значимые изменения. Так, синтез ИЛ-2 в 1-й группе пациентов с ОП был повышен в 6,1 раза ($P < 0,001$), во 2-й группе пациентов с ОП в 7,7 раза ($P < 0,001$) по сравнению с контрольными значениями. Медиана (Me) сывороточного ИЛ-2 у обследованных пациентов 1-й группы с ОП abortивным течением составила 51,9 пг/мл, интерквартильным размахом (ИКР) 25–75% (Q1 – Q3) 45,9–86,5 пг/мл, тогда как во 2-й группе пациентов с ОП прогрессирующим течением Me составила 73,5 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 – 65,9–85,3 пг/мл, по сравнению с показателями контрольной группы Me 9,4 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 – 8,10–0,35 пг/мл. Анализ результатов по изучению уровня ИЛ-6 показал, что в группах пациентов с ОП наблюдалось достоверное превышение его по сравнению с данными контрольной группы. Так, содержание ИЛ-6 в 1-й группе больных с ОП было повышено в 7,7 раза, а

во 2-й группе – в 8 раз. Ме уровня сывороточного ИЛ-6 у пациентов 1-й группы с ОП абортным течением составила 63,1 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 – 52,7 – 71,7 пг/мл, а во 2-й группе пациентов с ОП прогрессирующим течением Ме составила 65,1 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 – 54,5–77,1 пг/мл, по сравнению с показателями контрольной группы Ме 7,8 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 – 6,4–9,4 пг/мл. Согласно результатам проведенных исследований, уровень ТФРβ во много раз превышал контрольные значения. Так, экспрессия ТФР-β в 1-й группе больных с ОП было повышено в 3,6 раза, а во 2-й группе – в 3,2. Ме сывороточного ТФР-β у пациентов 1-й группы с ОП абортным течением составила 202,4 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 197,2 – 216,3 пг/мл, а во 2-й группе пациентов с ОП прогрессирующим течением Ме составила 187,5 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 142,3–214,3 пг/мл, по сравнению с показателями контрольной группы Ме 56,8 пг/мл, ИКР Q1 – Q3 – 43,35 – 69,10 пг/мл.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о сложной и многогранной взаимосвязи между повышенным сывороточным уровнем изученных цитокинов и ОП неалкогольного происхождения с абортным и прогрессирующим течением. Высокие показатели ИЛ-2, ИЛ-6 и ТФРβ расценивали как участие противовоспалительных цитокинов в формировании генерализованной воспалительной реакции, когда аутолиз и некробиоз ПЖ, забрюшинной клетчатки и развитие ферментативного асцитперитонита носят абактериальный характер, а тяжесть состояния больных обусловлена выраженной панкреатогенной токсинемией. Последняя характеризовалась дисбалансом цитокиновой регуляции иммунокомпетентных клеток, опосредующих неспецифический, клеточный и гуморальный иммунный ответ, способствующий персистенции воспалительного процесса, развитию фиброза и экзокринной недостаточности.

**АБДОМИНАЛ ХИРУРГИК ЖАРОҲАТЛАРДА
СИНТЕТИК ПОЛИМЕР ИМПЛАНТАТЛАРНИНГ
ТЎҚИМА БИЛАН ЎЗАРО ТАЪСИРИДАГИ
ЎЗГАРИШЛАРГА ЛАЗЕРЛИ
НУРЛАНТИРИШЛАРНИНГ ТАЪСИРИ**

*Мардонов Ж.Н., Байбеков И.М.,
Жуманиёзов Ж.Б.*

**«Академик В. Воҳидов номидаги РИХИАТМ» ДМ,
РШТЎИМ Олмалиқ филиали**

Жарроҳликнинг ҳар хил бўлимида турли синтетик полимер имплантатлар (тикув материаллари)ни жорий этиш, жарроҳлик амалиётида даволаш имкониятини янада кенгайтди ва асоратлар сонининг камайишига олиб келди. Амалиётда деярли ҳар қандай тикув материали биотўқималарда

яллиғланишли жавоб реакциясини чақирувчи ёт жисм ҳисобланади. Жарроҳликда ишлатиладиган кўп хилма-хил жарроҳлик тикув материалларининг мавжудлиги бир томондан кенг танлаш имконини берса, ўз навбатида, бу уларнинг сифатидан тўла қоникмасликни юзага келтиради. Маълумки, паст интенсив лазер ва ёруғлик диодли нурлантиришлар (ПИЛН, LED) яллиғланиш реакциялари жаддигини камайтиради ва репаратив жараёнларни тезлаштириш хусусиятларига эгадир. Аммо, кенг қўлланиладиган капрон (моно- ва поли-(мульти-)филамент) тикув материали таъсирида жароҳат тўқималарида бўладиган ўзгаришларга ПИЛН ва LED таъсири ўрганилмаганлиги қуйидаги ишнинг мақсадини белгилади.

Ишнинг мақсади: биологик тўқималар жароҳатининг синтетик полимер имплантатларнинг капрон иплари мисолида ўзаро таъсирлашувида ҳамда жароҳат битишида ПИЛН ва LED нинг уларга кўрсатадиган таъсирини ўрганиш.

Материаллар ва методлар. Каламушлар елка терисида ҳосил қилинган ва капрон иплари билан тикилган чизиқли жароҳатларнинг битишига, инфрақизил лазерлар («Матрикс-ВЛОК», «Милта») ҳамда LED матрицалари («Барва-Флекс/ КИҚ» ва «Барва-Флекс / ЯИҚ») билан нурлантириш аҳамияти комплекс морфологик усуллар ёрдамида ўрганилди. Нурлатиш ҳар куни 3 дақиқадан, 10 кун мобайнида амалга оширилди. Назорат гуруҳи ҳайвонларида фототаъсир ўтказилмади. Тери жароҳатларининг микроциркуляцияси ЛАКК-01 ва АЛТ-Восток ЛДФ-01 қурилмалари ёрдамида баҳоланди. Экспериментал яралар, уларнинг ҳосил қилинишидан бошлаб 3, 7, 10, 15 ва 30 кун ўтган муддатларда ўрганилди.

Натижалар: сканерловчи электрон микроскоп ёрдамида капрон ипларини ўрганиш шуни кўрсатдики, уларнинг сиртида турли камчиликлар тез-тез учрайди. Капрон ипларининг тери тўқималари билан таъсири оқибатида юзага келадиган ўзгаришлар морфологиясини кузатиш шуни маълум қилдики, тўқималарда жиддий яллиғланиш реакцияси жуда эрта босқичларида пайдо бўлади. Бу ўзгаришлар айниқса нуқсонлар бор жойларда, толалар юзасида фибрин қопламаларининг пайдо бўлиши, шиш ва жароҳат атрофидаги тери ҳамда мушакда бўладиган полиморф ҳужайрали инфильтрация кўринишда намоён бўлади. Яллиғланишли ўзгаришлар кўпинча иплар атрофида, бириктирувчи тўқима ўсган зоналарида кальций йиғилмалари пайдо бўлиши билан кузатилади. ПИЛН ва LED нинг 2–3 сеансларидан сўнг яллиғланиш белгиларининг сезиларли камайишига олиб келади. Бу, шунингдек, микроциркуляция жаддаллашувидан дарак берувчи томирларнинг структур ўзгаришлари билан намоён бўлиб, буни лазер доплер флоуметрияси

ёрдамида бажариладиган функционал тадқиқотлар ҳам тасдиқлайди. Фототерапия курслари яралар битишининг сезиларли жадалланишига олиб келади. ПИЛН ва LED эффектларининг айниқса «Барва-Флекс / КИҚ» жиҳатлари қиёс қилинганида, улар ўзаро ўхшаш таъсирга эга эканлиги маълум бўлди.

Хулоса: Лазер ва LED нурлари, тўқималарда капрон иплари билан ўзаро таъсирлашувидан келиб чиқадиган тери жароҳатларидаги яллиғланиш реакциясини камайтириш, микроциркуляцияни жадаллаштириш ва охир-оқибатда яра битишини тезлаштиришга олиб келади.

ДИАФРАГМАНИНГ ҚИСИЛГАН ЧУРРАЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВО УСУЛЛАРИ

Махсудов М.Т., Гуламов О.М., Ахмедов Ф.К.

«Академик В.Воҳидов номидаги Республика итхтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент, Ўзбекистон

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон

Текшириш мақсади: Диафрагма турли чурраларида ташхислаш хусусиятларини ва турли хирургик даво усулларини асослаш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Илмий изланиш асосини «Акад. В. Воҳидов номидаги РИХИАТМ» ДМ онкохирургия бўлимларида 2019–2023 йилларда диафрагма турли чурралари қисилиши ва қисилиб тўғриланиши асоратлари билан даволанган 21 нафар беморларнинг диагностика ва турлича хирургик даво тактикалари ташкил қилади. Беморларнинг ёши 22 дан 64 гача бўлиб, ўртача 37,7 ёшни ташкил қилди.

Барча беморларга стандарт текширишлар ўтказилган бўлиб, шу жумладан, ЭГДФС, ҳазм тракти аъзолари рентгеноконтраст текширувига эътибор берилди. Текширишлар натижасида диафрагма чурраларининг қисилишига гумони билан беморларнинг 8 нафарида турли ҳамроҳ касалликлар (юррак-қон томир, нафас тизими, қандли диабет, семизлик ва б.) аниқланди. Диафрагмал чурраларни аниқлашда Б.В. Петровский ва Н.Н. Каншин (1967) классификациясидан фойдаландик.

Барча беморларни ўтказилган операциялар турига кўра 2 гуруҳга ажратдик. 1-гуруҳ беморларига (n = 12) лапароскопик крурорафия ва Ниссен бўйича фундопликация операцияси бажарилган беморлар киритилди. 2-гуруҳ беморларига (n=9) очиқ лапаротом усулда операциялар бажарилган.

Олинган натижалар. Беморларни эндоскопик текширишда OlympusCV-170 номли тор спектрда кўрувчи эндоскопларда (NBI-режимда) ҳам текширилди. Шулардан 5 нафари беморда қизилўнгач шиллиқ қаватида турли патологияларга гумон

қилинди ва биопсия учун макропрепаратлар олинди ҳамда улар гистологик текширишларга юборилди. Бунда 2 беморда 4 та соҳадан олинган қизилўнгач шиллиқ қавати эпителийсида цилиндрцит ва қадахсимон хужайралар аниқланди (Баррет қизилўнгачи).

Беморларда диафрагма чурралари ичида асосан 16 нафар (76,2%) беморда параэзофагеал чурралар аниқланиб, улардан фундал ва антрал турлари 5 та ҳолатда, 8 ҳолатда чарвили ва 3 ҳолатда аралаш турлари аниқланди. Сирпанувчи чурралар 3 ҳолатда (14,3%) учраб, улардан: кардиал – 2 та, кардиофундал – 1 та ҳолатда аниқланди. Шунингдек, 2 беморда кам учрайдиган диафрагманинг Ларрей ва Морганьи учбурчаклари чурралари аниқланди.

1-гуруҳ беморларга лапароскопик қисилган чурраларни бартараф қилиш, крурорафия ва Ниссен бўйича фундопликация бажарилган. Қолган 9 нафар беморга кўрсатмаларга кўра, юқоридаги операциялар лапаротомик усулда бажарилган.

Хулосалар: Диафрагма турли қисилган чурралари билан беморларга лапароскопик Ниссен ёки Тупе усулида фундопликация қилиш диафрагма турли чурраларида яхши натижа беради. Рецидив чурраларда ва пилоростеноз кузатилган беморларда кейинги асоратлар профилактикаси мақсадида лапаротомик усулда Ниссен-Черноусов бўйича фундопликация операцияси ўтказиш мақсадга мувофиқ.

РАССАСЫВАЮЩАЯСЯ КАВА-КЛИПСА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРОМБОЗАХ ИЛИОКАВАЛЬНОГО СЕГМЕНТА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА)

Ш.М. Муминов, Д.Л. Ким, Б.П. Хамидов, А.Б. Хакимов, Т.А. Вервекина, Д.Д. Алимухамедов, Ш.М. Абдуллаев, Ш.Ш. Комилжонов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время, по данным различных источников, тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) ежегодно регистрируется с частотой 1–1,5 случая на 1000 человек взрослого населения, а тромбоз эмболия легочной артерии (ТЭЛА) наблюдается в 60 случаях на 100 000, причем в пожилом и старческом возрасте этот показатель возрастает до 200 случаев на 100 000 населения в год. Тромбоз глубоких вен системы НПВ является основным источником эмболии легочных сосудов (84,5%). Учитывая величину возможных эмболов из системы НПВ, высока вероятность массивной тромбоз эмболии ствола легочной артерии или её ветвей с развитием острой дыхательной недостаточности с последующим летальным исходом.

Надо отметить, что на сегодняшний день, несмотря на постоянное совершенствование консервативной терапии, в клинической практике встречаются пациенты с эмболоопасными формами тромбозов, когда необходимо прибегнуть к методам хирургической профилактики ТЭЛА. В настоящее время известны эндо- и экстравенозные устройства для создания «дозированных» препятствий в НПВ и ловушек для тромбоэмболов.

Цель исследования. Создание биосовместимой рассасывающейся кава-клипсы для профилактики ТЭЛА у больных с тромбозами илиокавального сегмента, не только создающей препятствие для тромбоэмболов при сохраненном кровотоке, но и постепенно растворяющейся в заданные сроки после исчезновения риска ТЭЛА.

Материалы и методы. Изготовление разработанных «Рассасывающихся кава-клипс» проводилось путем предварительного 3D-моделирования, а затем – печати их на 3D-принтере. Экспериментальное исследование проводилось в условиях отделения «Экспериментальной хирургии» РНЦЭМП. Всего в исследование включены следующие лабораторные животные: 49 крыс (25 белых крыс породы «Vistar» и 24 беспородных крыс), 6 беспородных мышей и 3 морские свинки. Целью эксперимента явилось проведение морфологического исследования состояния каудальной вены и окружающих тканей после имплантации рассасывающейся клипсы, определение сроков ее рассасывания и оценка токсикологических показателей безопасности.

Выводы. По результатам исследования была изготовлена модель «Рассасывающейся кава-клипсы» из PGLA, которая соответствует требованиям токсикологической безопасности. Морфологические исследования показали, что на 30-е сутки эксперимента имелись признаки деградации клипсы, а уже на 60-е сутки отмечено полное ее рассасывание. При микроскопии отмечено, что воспалительный инфильтрат занимает 1–2 внешних слоя стенки сосуда, а в прилежащей ткани отмечается перифокальное воспаление. Замещение зоны воспаления соединительной тканью в стенке сосуда и прилежащей клетчатке достигает максимума к 60 суткам, изменений эндотелия и пристеночных тромбов не выявлено.

Практические рекомендации

Предлагаемый способ изготовления «Рассасывающейся кава-клипсы» значительно упрощает производство последней, тем самым может быть рекомендован для широкого внедрения в клиническую практику. Также данный рассасывающийся материал и метод изготовления позволят разработать и другие имплантаты для применения в различных сферах хирургии.

Полученные результаты исследования будут способствовать расширению арсенала хирурги-

ческой профилактики ТЭЛА при эмболоопасных тромбозах илиокавального сегмента, а рассасывание кава-клипсы позволит восстановиться просвету сосуда после исчезновения риска тромбоэмболических осложнений. При этом снизится риск рецидива тромбоза глубоких вен и уменьшится степень проявления хронической венозной недостаточности.

Непосредственно метод клипирования НПВ может выполняться через малотравматичный внебрюшинный доступ, что особенно важно у больных с тромбозами системы НПВ на фоне септического состояния. Также данный метод не требует дорогостоящего и высокотехнологического оборудования и может использоваться не только в специализированных Центрах, но и в общехирургических стационарах.

ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*У.Р. Мухитдинов, Б.Р. Исхаков, А.Э. Рузиматов,
Ф.О. Убайдуллаев, Э.Т. Жалилов,
А.А. Эргашев, Ж.Б. Робиддинов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Ведущей причиной в развитии острого билиарного панкреатита является холедохолитиаз, осложненный обструкцией общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС). Эндоскопическое вмешательство при ущемленном камне БДС направлено в первую очередь на раннюю диагностику и устранение билиарной и панкреатической гипертензии.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения острого билиарного панкреатита.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2022 г. в Наманганский филиал РНЦЭМП поступили 210 больных с ущемленным камнем большого дуоденального сосочка. Мужчин было 88, женщин – 122. Средний возраст больных составил 55 лет. Всем больным при поступлении в приемное отделение произведены клинико-биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы и эзофагодуоденоскопия.

Результаты исследования. Основным эндоскопическим признаком ущемленного камня БДС явилась обтурация желчным конкрементом с полным отсутствием поступления желчи и панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК). При этом БДС был резко увеличен в размерах и напряжен, поверхность его была гладкой и блестящей. При выраженном выбухании БДС занимал до 2/3 просвета ДПК, сосочек имел плотную кон-

систенцию и при давлении на него практически не смещался. Продольная складка, являющаяся контуром интрадуоденальной части холедоха, была утолщена и напряжена. При длительной фиксации камня появлялись признаки некроза слизистой оболочки в области устья БДС, возникала и нарастала имбибция слизистой парапапиллярной зоны панкреатическим соком.

После выявления обтурации БДС конкрементом проводили комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Вначале рассечение производилось с помощью игольчатого или торцевого электрода на 11–12 часах по крыше БДС по направлению продольной складки до вскрытия ампулярной полости. При этом в подавляющем большинстве случаев наблюдалось отхождение вколоченного в ампулу БДС конкремента. При ликвидации обтурации отмечалось поступление в просвет кишки мутной желчи и панкреатического сока. После устранения дистального блока БДС было проведение селективной эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРПХГ), во время которой выявлялось состояние желчевыводящей системы. У 128 больных после ЭПСТ наблюдалось отхождение конкрементов после папилотомии. У 82 больных конкремент был удален с помощью корзинки Дормия. После устранения блока всем больным проводилось консервативное лечение для профилактики развития билиарного панкреатита.

Несмотря на устранение блока терминального отдела холедоха, у 22 больных развился отечный панкреатит. После консервативной терапии эффект наблюдали у 20 больных.

У 1 пациента развился тотальный панкреонекроз с забрюшинной флегмоной и сепсисом.

Лапароскопическая ревизия сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости были выполнены у 20 пациентов. Однократная лапароскопическая санация была достаточной у 15 больных. 2-кратная лапароскопическая санация проводили у 2 пациентов. Лапаротомным способом были оперированы 2. Умер 1 больной от полиорганной недостаточности и панкреатогенного сепсиса. Осложнений, связанных с эндоскопическими вмешательствами, не наблюдали.

Заключение. Своевременное применение эндоскопических методов лечения при вколоченных камнях в БДС позволяет устранить причину билиарного панкреатита, купировать синдром механической желтухи, предупреждает развитие деструктивных форм острого панкреатита, его осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

У.Р. Мухитдинов, Б.Р. Исхаков, А.Э. Рузматов, И.Р. Хужамбердиев, Ш.Б. Исабаев, Н.Б. Исхаков, Ш.М. Саидметов, Б.Н. Курбанбаев, А.А. Якубов

Наманганский филиал РНЦЭМП

В последнее время большое внимание привлекает проблема лапароскопических операций у больных со спаечным процессом в брюшной полости. За последние 11 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 1379 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Пациентов женского пола было 785 (56,9%), мужчин – 594 (43,1%).

Диагностика основывалась на клинических данных, результатах ультразвукового и рентгенологического исследований, лапароскопии. Консервативная терапия оказалась эффективной у 568 (41,2%) больных, оперировано 811 (58,8%).

С клинико-рентгенологическими признаками острой спаечной кишечной непроходимости традиционная лапаротомия выполнена у 690 (85,1%) больных.

Лапароскопический способ применен у 121 (14,9%) больного. Возраст больных – от 10 до 72 лет. В анамнезе больные перенесли аппендэктомию разрезом по Волковичу – Дьяконову (52), доступом Ленандера (5), нижнесрединную лапаротомию по поводу гинекологической патологии (41). По две и три операции на верхних и нижних этажах брюшной полости перенесли 23 больных.

Наиболее ответственным этапом лапароскопии у этой категории больных являлось введение первого троакара и наложение карбоксиперитонеума. У больных, ранее оперированных средне-срединным лапаротомным доступом, с высокой вероятностью спаечного процесса введение первого троакара проводилось методом открытой лапароскопии (методика Хассана), при его использовании повреждений органов брюшной полости не отмечено.

Лапароскопический адгезиолизис успешно был выполнен 89 (73,5%) больным. На диагностическом этапе лапароскопии были выявлены: 1–2 висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных шнуровидных тяжа, ущемляющих кишечную петлю – у 44 пациентов, ущемление кишечной петли фиксированным сальником – у 21, заворот петли тонкого кишечника фиксированной спайкой – у 17, конгломерат, состоящий из спаянных между собой кишечных петель – у 7.

Лапароскопический адгезиолизис заключался в рассечении и иссечении спаек биполярным электродом или ножницами. После устранения причин кишечной непроходимости провели ревизию тонкого кишечника, перебирая каждую петлю двумя

мягкими зажимами. В большинстве случаев операцию завершали промыванием брюшной полости дистиллированной водой и оставлением контрольной трубки в малом тазу.

Причиной конверсии у 33 (28%) пациентов явилось: некроз петли кишечника (9), кровотечение из рассеченных спаек (1), сомнение в жизнеспособности ущемленной петли (7), подозрение на обтурационную толстокишечную непроходимость кишечника (2) и массивный спаечный конгломерат петли кишок (13), который лапароскопически расправить не представилось возможным.

Интраоперационное осложнение отмечено у одного пациента и своевременно выполнена конверсионная лапаротомия, ушивание дефекта тонкого кишечника.

Релапароскопия по поводу внутрибрюшных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде была проведена у 5 больных (вялотекущий послеоперационный перитонит – 3, воспалительный инфильтрат – 2). Этим больным выполнена видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Нагноение троакарной раны было отмечено у 4 больных, эмфизема предбрюшинной клетчатки – у 3. Из числа больных, подвергнутых конверсионной лапаротомии, резекцией некротизированной части тонкого кишечника, умерли 5 (0,66%) от тромбоэмболии легочных артерий (3), прогрессирующей полиорганной недостаточности на почве сахарного диабета, цирроза печени и ишемической болезни сердца. Средний койко-день составил 4,1 дня.

Таким образом, широкое применение видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, обеспечить раннее восстановление физической активности и трудоспособности и тем самым является эффективным методом профилактики рецидива спайкообразований в брюшной полости. Наиболее безопасным эндохирургическим доступом в этом случае остается открытая лапароскопия.

СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

У.Р.Мухитдинов¹, Ф.А.Хаджибаев^{1,2},
А.Г.Махаммадинов²

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Наманганский филиал РНЦЭМП

Целью настоящего исследования явилось улучшение диагностики ущемленных ПТДГ путем разработки достоверных и надежных предикторов выявления вероятности наличия данной патологии.

Материал и методы. Решение данной проблемы нами было осуществлено путем разработки у больных сомнительных, вероятных и абсолютных предикторов наличия ущемленных ПТДГ. Ретроспективный анализ по определению статистической достоверности эмпирически выбранных анамнестических, клинических и функциональных предикторов проводился отдельно в группах пациентов с ПТДГ без ущемления (32 больных) и 41 больных – с ущемлением внутренних органов.

Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных предикторов. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного предиктора ($P < 0,01$). В итоге во всех проведенных нами соответствующих расчетах статистически достоверными оказались такие предикторы, как анамнестические указания на ранее перенесенные травмы и ранения груди и живота, операции на диафрагме, наличие загридинных болей, болей в животе, чувства тяжести в грудной клетке, одышка, приступы удушья, тахикардия, гипотония, гипертермия, сухость во рту, слабость и разбитость, нарушения сознания, выслушивание перистальтических шумов на грудной клетке.

После установления статистической достоверности всех представленных предикторов в исследовательских группах нами определена их прогностическая значимость («вес») в выявлении наличия ущемленных ПТДГ путем расчета прогностических коэффициентов (ПК).

Результаты. Степень достоверности каждого конкретного предиктора в определении наличия ущемленных ПТДГ у обследованных больных нами устанавливалась в зависимости от величины ПК: 0,1–0,25 – сомнительные, 0,25–0,65 – вероятные, > 0,65 – абсолютные предикторы. В результате проведенного анализа нами было установлено, что такие предикторы, как перенесенные операции на диафрагме при травмах или ранениях груди и жи-

вота, загрудинные боли, боли в животе, чувство тяжести в грудной клетке, одышка, отсутствие дыхательных шумов и притупление перкуторного звука, относятся к абсолютным, и установление их наличия практически равняется установлению диагноза ущемленных ПТДГ.

В целях повышения достоверности и диагностической точности остальных предикторов нами проанализированы показатели ПК при их различных сочетаниях. При этом выявлено, что сочетанность вероятных и сомнительных предикторов достоверно повышает суммарное ПК, что служит хорошим подспорьем своевременной диагностики ущемленных ПТДГ на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи.

На разработку абсолютных, а также сочетанных вероятных+сомнительных предикторов для диагностики ущемленных ПТДГ на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи нами было получено удостоверение на рационализаторское предложение ЦРПКМР МЗ РУз № 00143 от 2023 года.

Для определения эффективности и достоверности разработанных абсолютных, а также сочетанных вероятных+сомнительных предикторов догоспитальной диагностики ущемленных ПТДГ, согласно принципам доказательной медицины, нами у обследованных 56 пациентов проведен расчет их «чувствительности» и «специфичности».

При этом установлено, что предложенные нами абсолютные, а также сочетанные сомнительные+вероятные предикторы догоспитальной диагностики ущемленных ПТДГ отличаются высокими показателями чувствительности (в среднем 87,6%), специфичности (в среднем 76,4%) и общей точности (в среднем 82,1%).

Выводы. Таким образом, на основании проведенных нами исследований можно заключить, что использование абсолютных, а также сочетания вероятных и сомнительных разработанных предикторов позволяет значительно улучшить выявление ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи.

Данное обстоятельство создает возможности для применения в хирургической коррекции этой патологии малоинвазивных методов, что достоверно улучшает результаты лечения в целом.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ф.Г. Назиров, У.Н. Туракулов, Р.Р. Саатов

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. акад. В. Вахидова

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Цель. Применение малоинвазивных методов при механической желтухе вследствие ятрогенных стриктур внепеченочных желчных путей (ЯРСВЖП).

Материал и методы. Материал составил 118 пациентов с ятрогенными стриктурами внепеченочных желчных протоков и механической желтухой, находящихся на лечении в отделениях Специализированного научно-производственного центра хирургии им. акад. В.В. Вахидова. Для лечебно-диагностических вмешательств использовался рентгено-ангиографический комплекс «Integris-3000-НМ» фирмы «Philips».

Результаты и обсуждение. Для устранения проявлений механической желтухи в результате ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков использовались рентгено-эндоваскулярные вмешательства как в качестве самостоятельного, так и в качестве вспомогательного метода для подготовки к радикальным операциям. В 47,8% случаев кроме механической желтухи наблюдались гнойный холангит, печеночная недостаточность. Во всех случаях выявлена частичная стриктура ГХ. Тяжелое состояние больных также усугублялось рядом сопутствующих заболеваний. Чрескожно-чреспеченочная холангиография выявила, что протяженность стриктуры в среднем составила $0,7 \pm 0,23$ см. Выраженность степени гнойного холангита находилась в прямой зависимости от протяженности стриктуры желчного протока. Мы считаем, что использование протезирования при наличии ангиохолита противопоказано, так как имеется опасность прогрессирования гнойно-воспалительного процесса при внедрении чужеродного материала. При ЯРСВЖП рентгено-эндоваскулярное вмешательство начиналось с чрескожной чреспеченочной холангиографии. Для этого использовались рентгеноконтрастные катетеры диаметром 7–9 Fr. После ЧЧХС дренаж оставлялся на 10–12 дней, проводился контроль повторным контрастированием желчного дерева. Затем при помощи проводника бужировался участок стеноза и проводился катетер диаметром 10–13 Fr. Тем самым формировался наружно-внутренний дренаж. Через два месяца, после предварительной баллонной дилатации, оставлялся билиостент диаметром до 15 Fr, обе-

спечаивающий естественный пассаж желчи. Из 81 пациента с билиостентированием у трех в течение года повторились проявления механической желтухи, связанные с инкрустацией стента. Эти пациенты подвергнуты повторным вмешательствам, заключавшимся в бужировании и редренировании желчных протоков. Остальные больные в течение полутора-двух лет особых жалоб не предъявляли. В 62 случаях, после баллонной дилатации, оставался наружно-внутренний дренаж в течение 8–12 месяцев, до полного купирования проявлений механической желтухи и холангита. Эти больные в последующем подвергнуты реконструктивным операциям. Летальности в этих группах не было.

Заключение. Рентгено-эндоваскулярные вмешательства при ЯРСВЖП являются эффективным малоинвазивным методом декомпрессии желчевыводящей системы и устранения механической желтухи при рубцовых стриктурах желчных протоков.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПУНКЦИОННО- ДРЕНИРУЮЩИМ МЕТОДОМ

*Ф.Г. Назыров, А.Х. Бабаджанов, У.М. Махмудов,
Ш.У. Маткаримов, Р.Р. Байбеков*

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

Цель исследования. Разработать способ миниинвазивного лечения ограниченных жидкостных скоплений (ОЖС) в брюшной полости, способствующий ускорению процессов ее заживления.

Материал и методы. Пункционно-дренирующий способ лечения ОЖС проводится путем введения антисептика через дренажную трубку, для чего сначала под контролем УЗИ проводится пункция жидкостного скопления (полученный пунктат направляется на бактериологическое исследование для определения вида патогена и его чувствительности к антибактериальным средствам), после чего по струне-проводнику в остаточную полость проводят двухканальный дренаж для последующей промывки остаточной полости с использованием антисептического средства ФарГАЛС в 50% концентрации, для чего 50 мл раствора ФарГАЛСа разводится с 50 мл стерильной воды для инъекций (соотношение 1:1), полученный раствор капельно вводится в остаточную полость через дренаж со скоростью 15–20 капель в минуту в течение 60 минут (общий объем – 100 мл за одно промывание). Подобное промывание проводится 3 раза в день в течение 2 дней, далее, через двое суток после начала промывания, на дренаж устанавливается вакуум-аспирация посредством применения вакуумного

устройства типа «Редон», емкость которого создает разрежение в остаточной полости в 70–100 Кпа, и с этого же периода проводится облучение остаточной полости лазерным излучением аппарата «Матрикс» с использованием лазерной излучающей головки КЛ-ВЛОК-365, обеспечивающей длину волны 365–400 нм, мощностью 3 мВт, в течение 2 минут на объеме в 1 см³ с использованием световода с излучением под углом 90–120° с периодичностью 1 раз через 2 суток с нужной периодичностью (в среднем 2–3 сеанса), после чего дренаж удаляется; при этом, если после снятия вакуума на УЗИ будет определяться рецидив жидкостного скопления, то данная процедура повторяется заново. По данной методике оперировано 50 пациентов, которые составили основную группу. В группу сравнения были включены 57 пациентов, которым выполнялось стандартное пункционно-дренирующее вмешательство. ОЖС в брюшной полости были следствием следующих операций: родственная трансплантация правой доли печени – 9; реконструкция билиарных протоков – 6; панкреатодуоденальная резекция – 2; эхинококкэктомия из печени – 36; вскрытие, санация и дренирование поддиафрагмальных абсцессов – 16; ушивание перфоративной язвы – 5; резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни – 11. Без первичного вмешательства с развившимся поддиафрагмальным абсцессом было 5 пациентов и с ОЖС на фоне состоявшегося панкреонекроза – 17 больных.

Результаты. Результаты исследования показали, что доля пациентов с однократной пункцией, обеспечившей выздоровление, составила только 61,4% (35 пациентов) в группе сравнения, при этом усовершенствованный способ позволил увеличить эти значения до 88,0% (у 44 из 50 больных в основной группе). Повторное скопление, не потребовавшее пункционного лечения, то есть с последующим самоизлечением, было отмечено у 4 (7,0%) пациентов в группе сравнения и 2 (4,0%) в основной группе. Повторное скопление, потребовавшее только вторичного пункционного лечения, было у 2 (3,5%) и 2 (4,0%) пациентов соответственно. Рецидив с необходимостью повторной пункции и дренирования развился у 9 (15,8%) группы сравнения и только у 1 (2,0%) в основной группе. Рецидив, обусловивший необходимость выполнения открытой операции с санацией и дренированием ОЖС, был отмечен у 7 (12,3%) и 1 (2,0%) пациентов.

Выводы. Применение предложенного способа миниинвазивного лечения ОЖС в брюшной полости позволило увеличить долю хороших результатов по сравнению с традиционной методикой с 68,4% до 92,0%, при этом частота неудовлетворительных результатов, потребовавших открытого оперативного лечения, сократилась с 12,3% до 2,0% ($\chi^2=7,771$; $df=2$; $p=0,021$). Проведение промыв-

вания остаточной полости раствором ФарГАЛС обеспечивает антибактериальный и антисептический эффект, а дополнение процедуры внутрипросветным лазерным облучением способствует как дополнительному антисептическому эффекту, так и приводит к фотодинамическому эффекту раствора ФарГАЛС, что в целом обеспечивает усиление локальных адгезивных свойств и репарации остаточной полости.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

И.Ф. Нейматов, Э.Г. Тагисой, З.Э. Исмаилова

Азербайджанский медицинский университет

Введение. Острый калькулезный холецистит (ОКХ) остается одним из самых часто встречающихся заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии. Несмотря на совершенствование хирургической техники, показатели летальности и послеоперационных осложнений у лиц пожилого и старческого возраста при развитии деструктивных форм заболевания сохраняются высокими (до 43%). Основные трудности в области профилактики и лечения послеоперационных осложнений инфекционного генеза заключаются в отсутствии объективных методов прогнозирования развития таких осложнений.

Целью настоящей работы явилось прогнозирование и разработка профилактических мер предупреждения развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде путем изучения состояния иммунного статуса, процессов ПОЛ и АОЗ.

Материал и методы. Нами было обследовано 102 больных с ОКХ в возрасте от 60 до 90 лет. 42 больных составили 1-ю, сравнительную группу, которым проводилась традиционная базисная терапия, и 60 больных – 2-ю, основную группу, с сочетанием иммунокорригирующей и антиоксидантной терапией.

Результаты и их обсуждение. У всех больных ОХ при поступлении в стационар отмечалось статистически достоверное повышение содержания МДА в гемолизатах крови по сравнению с контролем, что свидетельствует об интенсификации процессов перекисного окисления липидов у больных ОХ. Несмотря на проводимую консервативную терапию, у всех больных 1-й группы на 2–3 сутки пребывания в стационаре сохранялся повышенный уровень МДА (13,99 мкмоль/л), превышающий контрольный в 3,22 раза. Одновременно наблюдалось достоверное снижение а-ТФ на 32,0%. У больных 2-й группы на фоне проводимой в дооперационном периоде адекватной, целенаправленной иммунокорригирующей

и антиоксидантной терапии отмечалось более умеренное повышение ГПЛ, МДА и, наоборот, менее глубокое снижение концентрации а-ТФ, что позволило проводить оперативное вмешательство на более благоприятном метаболическом фоне.

Таким образом, достоверно в ходе исследования была выявлена и объективизирована роль свободнорадикальных процессов (СРП) в развитии и течении ОКХ с первых суток от начала заболевания. Уровень МДА и скорость его нарастания, глубина иммуносупрессии служат прогностическими критериями течения и исхода заболевания. При снижении уровня Т-л ниже 46,0% и повышении содержания МДА выше 10,10 мкмоль/л следует ожидать развития инфекционных осложнений и необходимо проводить дополнительные превентивные меры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигаи,
А.О. Цой, Х.Н. Бекчанов,
Р.Р. Омонов, К.Б. Бабажанов*

**ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан**

Актуальность. Вопросы целесообразности экстирпации пищевода в хирургическом лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии до сих пор нельзя считать полностью решенными. При этом не во всех клиниках приветствуется данный вариант операции, т.к. считается достаточно сложным и травматичным для лечения доброкачественного заболевания пищевода. Сторонники ЭП аргументируют свой выбор одним главным преимуществом – полностью удаляется патологически измененный орган (пищевод). Однако всё же большинство авторов остаются сторонниками эзофагокардиомиотомии, при этом с каждым годом предлагаются новые модификации. Считаем необходимым повторить, что все многочисленные модификации операции Геллера направлены только на устранение симптома – дисфагии и носят симптоматический характер. В связи с этим, на наш взгляд, необходимо дифференцированно подходить к двум принципиально различным вмешательствам: экстирпации и эзофагокардиомиотомии. Экстирпация пищевода остается одной из сложнейших операций в торакоабдоминальной хирургии. Однако мы считаем абсолютно показанным данный вариант операции у пациентов с IV стадией, когда ПД неэффективна или невозможна. Несмотря на травматичность ЭП, при хорошем исходе значительно улучшается качество жизни пациентов.

Материалы и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад.

В. Вахидова» располагает опытом лечения 813 больных с нейромышечными заболеваниями пищевода, находившихся на лечении в период с 2010 по 2022 г.

После проведенного комплексного обследования I стадия установлена у 39 (4,8%), II стадия – у 290 (35,6%), III стадия – у 378 (46,5%) и IV стадия – у 106 (13%) пациентов.

Всем 813 больным были проведены миниинвазивные методы лечения, однако у части больных они оказались невозможными или неэффективными. При этом у 32 больных – что составило 4% – выставлены показания к экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой.

Оперативному лечению подвергнуты пациенты с III, IVa и IVb стадиями заболевания. Из 32 оперированных больных с III стадией было 3 (9,4%) больных, с IVa стадией – 11 (34,4%) больных и с IVb стадией – 18 (56,2%) больных.

Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой выполнена у 28 (87,5%) больных, и в 4 (12,5%) случаях в качестве трансплантата использована толстая кишка, так как в анамнезе имели место операции на желудке, и использовать последний в качестве трансплантата не представлялось возможным.

Показания к операции были следующими: невозможность проведения миниинвазивных вмешательств у 15 больных, что составило 46,9% и неэффективность миниинвазивных вмешательств у 17 больных, что составило 53,1%.

В отделении хирургии пищевода и желудка в 2001 г. был разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования гастротрансплантата, на который получен патент на изобретение Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 03872 «Новый способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике».

Результаты и обсуждение. При анализе интраоперационных осложнений нами установлено, что у 14 больных операции проходили без технических сложностей, и интраоперационных осложнений не наблюдалось, что составило 43,7%. У 18 больных имели место различные интраоперационные осложнения, что составило 56,3%.

Повреждение селезенки имело место у 1 (3,1%) больного, кровотечение из средостения – у 2 (6,2%) больных, повреждение медиастинальной плевры – у 10 (31,2%) больных, повреждение трахеи и бронхов – у 1 (3,1%) больного, повреждение возвратного нерва – у 4 (12,5%) больных и интраоперационное вскрытие просвета пищевода – у 2 (6,2%) больных.

Несмотря на достаточную травматичность реконструктивных операций на пищеводе, у определенной категории больных удается избежать развития любых осложнений. Если у пациента по-

сле экстирпации пищевода развилось хоть одно осложнение, даже не приведшее к каким-либо грозным последствиям, мы такого больного относили к группе с осложнениями.

При анализе послеоперационных осложнений нами установлено, что из 32 больных, перенесших экстирпацию пищевода, у 23 больных послеоперационный период протекал без осложнений, что составило 72%. У 9 больных, что составило 28%, имели место различные осложнения. Среди послеоперационных осложнений были диагностированы следующие: специфические осложнения наблюдались у 3 (9,3%) больных, бронхо-легочные осложнения – у 4 (12,5%) больных, гнойно-воспалительные – у 1 (3,1%) больного и кровотечение – также у 1 (3,1%) больного. Летальных исходов не было.

Вывод. Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой, несмотря на свою длительную историю, объем, травматичность и высокий риск развития осложнений, есть и остается единственным радикальным методом лечения у больных с запущенными стадиями НМЗП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лугай, А.О. Цой, Х.Н. Бекчанов, Р.Р. Омонов, К.Б. Бабажанов

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Экстирпация пищевода остается одной из сложнейших операций в торако-абдоминальной хирургии. Однако мы считаем абсолютно показанным данный вариант операции у пациентов с IV стадией, когда ПД неэффективна или невозможна. Несмотря на травматичность ЭП, при хорошем исходе значительно улучшается качество жизни пациентов.

Материалы и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» располагает опытом лечения 813 больных с нейромышечными заболеваниями пищевода, находившихся на лечении в период с 2010 по 2022 г.

После проведенного комплексного обследования I стадия установлена у 39 (4,8%), II стадия – у 290 (35,6%), III стадия – у 378 (46,5%) и IV стадия – у 106 (13%) пациентов.

Всем 813 больным были проведены миниинвазивные методы лечения, однако у части больных они оказались невозможными или неэффективными. При этом у 32 больных, что составило 4%, выставлены показания к экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой.

Оперативному лечению подвергнуты пациенты с III, IVa и IVb стадиями заболевания. Из 32 опери-

рованных больных с III стадией было 3 (9,4%) больных, с IVa стадией – 11 (34,4%) больных и с IVb стадией – 18 (56,2%) больных.

Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой выполнена у 28 (87,5%) больных и в 4 (12,5%) случаях в качестве трансплантата использована толстая кишка, так как в анамнезе имели место операции на желудке, и использовать последний в качестве трансплантата не представлялось возможным.

Показания к операции были следующими: невозможность проведения миниинвазивных вмешательств у 15 больных, что составило 46,9%, и неэффективность миниинвазивных вмешательств у 17 больных, что составило 53,1%.

В отделении хирургии пищевода и желудка в 2001 г. был разработан и внедрен в клиническую практику новый способ формирования гастротрансплантата, на который получен патент на изобретение Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 03872 «Новый способ формирования гастротрансплантата при эзофагопластике».

Результаты и обсуждение. При анализе интраоперационных осложнений нами установлено, что у 14 больных операции проходили без технических сложностей и интраоперационных осложнений не наблюдалось, что составило 43,7%. У 18 больных имели место различные интраоперационные осложнения, что составило 56,3%. При анализе послеоперационных осложнений нами установлено, что из 32 больных, перенесших экстирпацию пищевода, у 23 больных послеоперационный период протекал без осложнений, что составило 72%. У 9 больных, что составило 28%, имели место различные осложнения.

Для оценки отдаленных результатов пациенты приглашались на контрольное обследование в сроки 3, 6 месяцев и 1 год после операции. Всем больным проводились эндоскопическое, рентгеноконтрастное исследования, при которых проводилась оценка проходимости анастомоза, устанавливалось наличие или отсутствие рубцового сужения, состояние гастро/колотрансплантата, его проходимость, перистальтическая активность, наличие или отсутствие патологической извитости, а также проводилась эвакуация из трансплантата. Также проводился опрос для оценки качества жизни после перенесенной операции.

После проведения обследования из 32 больных, перенесших экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой пищевода, у 29 больных никаких патологических изменений со стороны анастомозов и трансплантата не выявлено, что составило 90,6%. У 3 больных, что составило 9,4%, диагностировано рубцовое сужение пищеводного анастомоза. Во всех 3 случаях рубцовое сужение анастомоза на-

ступило у больных, перенесших гастропластику, у 2 больных – через 6 месяцев после операции и у 1 – через год. Причиной для повторного обращения послужил рецидив дисфагии. В качестве лечения во всех 3 случаях проведен курс бужирования по струне-проводнику. У всех больных достигнут хороший клинический результат, подтвержденный как субъективно – т. е. явления дисфагии полностью разрешились, – так и при объективном контроле (эндоскопически и при рентгеноконтрастном исследовании).

Вывод. Отдаленные результаты экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой следует рассматривать в ракурсе болезней искусственного пищевода. Одной из наиболее часто встречаемых является рубцовая стриктура пищеводного анастомоза.

НОВЫЙ СПОСОБ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, Х.Н. Бекчанов, К.Б. Бабажанов, О.А. Файзуллаев, А.Д. Абдукаримов, Ж.М. Авалбаев

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Особую сложность в лечении кардиоспазма и ахалазии кардии представляет хирургическое лечение. За многовековую историю заболевания было предложено несколько десятков операций, что только лишний раз подчеркивает неудовлетворенность хирургов результатами хирургических вмешательств. Причем за последние 5 лет разными авторами предложено более десятка «современных» модификаций, которые в большинстве случаев являются усовершенствованной операцией Геллера–Готтштейна.

Материалы и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» располагает опытом лечения 813 больных с нейромышечными заболеваниями пищевода, находившихся на лечении в период с 2010 по 2022 г.

После проведенного комплексного обследования I стадия установлена у 39 (4,8%), II стадия – у 290 (35,6%), III стадия – у 378 (46,5%) и IV стадия – у 106 (13%) пациентов.

Всем 813 больным были проведены миниинвазивные методы лечения, однако – у части больных они оказались либо невозможными, либо неэффективными. При этом у 70 больных, что составило 8,6%, выставлены показания к оперативному лечению.

Показания к операции были следующими: неэффективность миниинвазивных вмешательств – у 54 больных, что составило 77,1%, и сопутствующая хирургическая патология у 16 (22,9%) больных.

В 2017 г. разработана и внедрена в клиническую практику собственная методика выполнения кардиомиотомии у больных с III и IV стадиями заболевания. Следует отметить, что большинство этапов не отличаются от предложенных Геллером и состоят из следующих: мобилизация абдоминального отдела пищевода, проксимального отдела желудка и нижней трети грудного отдела пищевода, эзофагокардиомиотомия, селективная проксимальная ваготомия и формирование неполной фундопликации за счет передней стенки желудка по Дору. Ключевым отличительным этапом является то, что помимо абдоминального отдела пищевод мобилизуется по всей окружности до средней трети грудного. Учитывая, что патологическое колено расположено над диафрагмой, мобилизация нижней трети грудного отдела пищевода устраняет последнее, и за счет этого восстанавливается продольная ось пищевода.

Оперативному лечению по новой методике подвергнуты пациенты с III, IVa и IVb стадиями заболевания. Из 70 оперированных больных с III стадией было 14 (20%) больных, с IVa стадией – 33 (47,1%) больных и с IVb стадией – 23 (32,9%) больных. Операция выполнялась как лапаротомным доступом, так и лапароскопическим.

Результаты и обсуждение. При оценке результатов нами оценивались интра- и послеоперационные осложнения, а также отдаленные результаты нового способа операции.

При выполнении 70 кардиомиотомий в 68 случаях, что составило 97,1%, операции не сопровождалась какими-либо техническими сложностями и интраоперационными осложнениями. Только у 2 больных возникли интраоперационные осложнения. В двух случаях имело место вскрытие слизистой оболочки пищевода. Дефект вскрытой слизистой оболочки не превышал 2–3 мм в обоих случаях. Других интраоперационных осложнений в наших наблюдениях выявлено не было.

Послеоперационный период у 65 больных протекал без осложнений, что составило 92,9%. У 5 больных, что составило 7,1%, имели место общие осложнения, т. е. осложнения, которые могут возникнуть после любого оперативного вмешательства. Специфических осложнений, связанных с кардиомиотомией, не отмечено. Послеоперационные осложнения были следующими: бронхо-легочные осложнения возникли у 3 (4,3%) больных, гнойно-воспалительные осложнения – у 1 (1,4%) больного и послеоперационное кровотечение возникло также у 1 (1,4%) больного.

Для оценки отдаленных результатов пациенты приглашались на контрольное обследование в сроки 3, 6 месяцев и 1 год после операции. Всем больным также проводились эндоскопическое, рентгеноконтрастное исследования, при которых

проводилась оценка проходимости кардии, наличие или отсутствие рубцового сужения, диаметр пищевода, перистальтическую активность, а также эвакуацию из пищевода в желудок. Также проводился опрос для оценки качества жизни после перенесенной операции.

После проведенных исследований нами установлено, что в отдаленном периоде у 57 больных никаких осложнений после перенесенной кардиомиотомии по новой методике выявлено не было, что составило 81,4%. У 13 (18,6%) больных имели место осложнения. У 5 больных, что составило 7,1%, при эндоскопическом и рентгеноконтрастном исследовании диагностировано наличие рефлюкс-эзофагита. У 8 больных в отдаленном периоде развился рецидив заболевания, что составило 11,4%. Рецидив заболевания у 3 больных наступил в сроки до 3 месяцев после операции, у 4 больных – в сроки от 3 до 6 месяцев и у 1 больного рецидив заболевания был отмечен через год после операции.

Выводы. К хирургическому лечению НМЗП необходимо прибегать только при запущенных формах, коими являются III и IV стадии заболевания. Экстирпация пищевода есть и остается единственным радикальным методом хирургического лечения, позволяющим удалить пораженный орган, восстановить адекватное энтеральное питание и улучшить качество жизни больного, несмотря на всю сложность и травматичность при ее выполнении. Разработанная эзофагокардиомиотомия ни в коем случае не является равнозначной альтернативой экстирпации пищевода, а скорее носит паллиативный характер и направлена на разрешение основного симптома заболевания – дисфагии. Она применима у больных с IV стадией заболевания в случаях, когда проведение миниинвазивных вмешательств невозможно или неэффективно, а также когда имеются противопоказания к проведению радикальной операции.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигаи, А.О. Цой,
Х.Н. Бекчанов, А.С. Бабажанов, К.Б. Бабажанов,
А.Д. Абдукаримов, Ж.М. Авалбаев*

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Впервые пневматический кардиодилататор для лечения нейромышечных заболеваний пищевода был разработан в 50-е годы прошлого столетия, а в бывшем Союзе широко стал применяться лишь с 1964 г. модификацией, разработанной в том же году О.Д. Федоровой и Г.М. Мельник. Несмотря на то, что пневматический

кардиодилататор имеет более полувековую историю на постсоветском пространстве, методика остается актуальной и по сей день.

Материалы и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» располагает опытом лечения 813 больных с нейромышечными заболеваниями пищевода, находившихся на лечении в период с 2010 по 2022 г.

С 2020 г. в отделении хирургии пищевода и желудка при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии, при выполнении кардиодилатации последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». На данную методику лечения нейромышечных заболеваний пищевода получен патент АИС РУз на полезную модель FAP 82352 «Способ лечения кардиоспазма».

В 2015 г. в отделении хирургии пищевода и желудка разработана и внедрена в клиническую практику полезная модель пневматического кардиодилататора (FAP 01357), а также оригинальная методика проведения кардиодилатации у больных с III и IV стадиями заболевания (IAP 06163), на что получен патент АИС РУз. Клинический материал был разделен на две группы с учетом применения новых разработок при миниинвазивном лечении НМЗП. Группу сравнения составили 457 больных, получавших лечение в период с 2010 по 2016 г., которым в качестве лечения произведена только кардиодилатация.

Основную группу составили 356 больных, получавших лечение в период с 2017 по 2022 г., у которых кардиодилатация дополнялась комбинированным применением лазеротерапии, а при III и IV стадиях проводилась кардиодилатация усовершенствованной моделью пневматического кардиодилататора с применением новой оригинальной методики ее проведения.

В группе сравнения больных с I стадией было 24 (5,2%) больных, со II стадией – 179 (39,1%) больных, с III стадией – 204 (44,6%) больных и с IV стадией – 50 (10,9%) больных. В основной же группе – больных с I стадией – было 15 (4,2%) больных, со II стадией – 111 (31,1%) больных, с III стадией – 174 (48,8%) больных и с IV стадией – 56 больных, что составило 17,7%.

Результаты и обсуждение. После проведенных курсов дилатации у 685 (84,2%) осложнений не наблюдалось, а у 128 больных, что составило 15,7%, имели место различные осложнения. В группе сравнения число больных, у которых осложнений не наблюдалось, составило 365 (80%) больных, а различные осложнения наблюдались у 92 больных, что составило 20%. В основной группе, благодаря внедренным технологиям и собственным разработкам, количество больных, у которых осложнений

не наблюдалось, увеличилось до 90%, а количество осложнений достоверно сократилось до 10%.

При структурном анализе осложнений нами были диагностированы следующие виды: наиболее частым осложнением был рефлюкс эзофагит, который наблюдался у 95 (37%) больных, вторым по числу являлось кровотечение из зоны кардии, которое диагностировано у 66 (25,6%) больных, выраженный болевой синдром, не купирующийся ненаркотическими анальгетиками, отмечен у 64 (25%) больных, непроникающее повреждение пищевода диагностировано у 29 (11,2%) больных и ятрогенное повреждение пищевода наступило у 3 (1,1%) больных. Несоответствие фактического числа осложнений к количеству больных, у которых они развились, обусловлено тем, что у одного больного могло встречаться несколько видов осложнений.

Как показал структурный анализ осложнений в сравниваемых группах, в основной группе, благодаря внедренным технологиям и собственным разработкам, удалось достоверно снизить число практически всех осложнений в два и более раза. Так, в основной группе число кровотечений наблюдалось у 12 (3,3%) больных, в то время как в группе сравнения этот показатель составил 54 (11,8%) больных. Рефлюкс-эзофагит в группе сравнения наблюдался у 76 (16,8%) больных, а в основной группе снизился до 19 и составил 5,3%. Непроникающие повреждения пищевода в группе сравнения отмечены у 25 (5,4%) больных, в то время как в основной группе этот показатель сократился до 4 больных и составил 1,1%. Ятрогенное повреждение пищевода наблюдалось только у 3 больных основной группы и составило 0,8%. Выраженный болевой синдром, не купирующийся ненаркотическими анальгетиками, в группе сравнения имел место у 50 (11%) больных, в основной группе этот показатель сократился до 14 больных и составил 4%.

Выводы. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комбинации с новой моделью кардиодилататора позволило достоверно снизить общее число осложнений с 20% до 10%.

При структурном анализе осложнений, благодаря новым технологиям и собственным разработкам, также достигнуто достоверное снижение практически всех видов осложнений с 44,8% до 14,3%.

ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

*Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев,
М.Х. Абдулахатов, Б.Н. Даминов,
А.К. Алимов, А.Г. Пардаев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Введение. Физиологические изменения, которые обычно происходят во время беременности, могут изменить процесс, симптомы и признаки многих заболеваний. Это также влияет на точность и надежность многих диагностических тестов. Ранняя диагностика заболеваний становится более сложной, а результаты и прогноз могут ухудшиться. Кроме того, серьезные неотложные хирургические состояния, такие как острый панкреатит (ОП), трудно диагностировать во время беременности и в послеродовом периоде. Симптомы могут вводить в заблуждение и считаться нормальными при беременности.

Материалы и методы. В этом ретроспективном исследовании, проведенном в Джизакском филиале РНЦЭМП, были изучены медицинские карты пациентов, госпитализированных в отделение неотложной хирургии по поводу ОБПБ в период с 1 января 2017 года по 1 января 2024 года. Пациенты были разделены на три группы: (1) беременность; (2) послеродовой период; (3) первый год после родов. Из исследования исключались пациенты с небилиарным ОП и пациенты с острым холециститом, холедохолитиазом или острым холангитом.

Результаты. Всего в исследование было включено 55 пациентов с ОБПБ, из них 13 (24%) – в группе беременных, 28 (51%) – в группе беременных, в послеродовой группе (6 недель) и 14 (25%) – в группе 1 год (6 недель – 1 год). Основной жалобой у всех пациенток была боль в эпигастальной области, у 43 (78 %) пациенток наблюдались тошнота и рвота. У всех пациентов отмечалась высокая активность липазы и амилазы в сыворотке крови (как минимум в три раза превышающая верхнюю границу нормального диапазона) и патология желчевыводящих путей, выявленная при УЗИ брюшной полости. 7 из 13 беременных пациенток находились в третьем триместре и 5 – во втором. Только одна женщина находилась в первом триместре. Средний возраст пациенток составил $28,93 \pm 6,3$ года (диапазон 18–45 лет), без существенных различий между группами беременных, послеродовых и первородящих ($31,8 \pm 6,2$, $28,1 \pm 6,5$ и $27,9 \pm 5,6$ дня соответственно, $p > 0,05$).

Когда пациентов оценивали по системе Рансона, у них, как правило, был легкий панкреатит. У 31 (56 %) пациентки уровень оценки по Рансону (RSL) был равен 0, у 15 (27 %) – 1, у 8 (15%) – 2 и у 1 (2%) – 3.

Значимых различий между группами по возрасту, многоплодию, паритету и RSL выявлено не было. Однако беременные с ОБПБ были старше, имели большее число паритетов, но при этом средний RSL был ниже, чем у женщин с ОБПБ в послеродовой и 1-летней группах. Средний RSL составил $0,62 \pm 0,8$ (3-9) дня без значимых различий между тремя группами (беременность – $0,3 \pm 0,5$; послеродовой период – $0,6 \pm 0,9$ и первый год после родов – $0,9 \pm 0,9$, $p > 0,05$). Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $4,6 \pm 1,1$ (диапазон 3–9) дня без существенных различий между группами беременности, послеродового периода и первого года ($5,0 \pm 1,0$, $4,5 \pm 1,3$ и $4,5 \pm 0,9$ дня соответственно, $p > 0,05$). У шести (10%) пациенток (три в группе беременных и три в группе послеродовых) наблюдались рецидивы ОБПБ. ЛХЭК применялась у трех беременных во втором триместре. ЭПСТ через ЭРХП была применена у четырех женщин в третьем триместре. Только у 44-летней женщины из послеродовой группы был острый некротизирующий панкреатит. При МРХП были обнаружены камни в КБР. Пациентке было выполнено чрескожное дренирование, камни были удалены стандартными методами с помощью ЭРХПГ. 36-летней многогрожавшей пациентке (трое детей) с преэклампсией и синдромом HELLP II класса, у которой в послеродовом периоде возник ОБПБ, не проводилось консервативное лечение и ЭПСТ посредством ЭРХПГ с последующим ЛХЭК. ЛХЭК была выполнена у 21 (75%) из 28 пациенток в послеродовой группе и у 11 (78,5%) из 14 пациенток в группе 1 года. У трех пациенток с рецидивом ОБПБ в послеродовой группе были выполнены ЭПСТ через ЭРХПГ и ЛХЭК. Послеоперационных и пост-ЭРХП процедурных осложнений не было. Из 13 пациенток, которые были беременны, у 10 (77%) были нормальные вагинальные роды, а у трех (27%) – кесарево сечение. Смертности плода и матери не было. Семь (54%) пациенток с ОБПБ в группе беременных имели беременность высокого риска из-за преклонного возраста (> 35 лет, $n=4$), патологического ожирения ($n=1$), беременности двойней ($n=1$) и преэклампсии ($n=1$). У 11 пациенток роды были полноценными, а у двух – предродовыми. Одна из них – 45-летняя женщина с ожирением и многоплодием (шесть детей и один аборт), другая – 25-летняя многогрожавшая женщина (трое детей) с преэклампсией.

В заключение следует отметить, что ОБПБ остается сложной клинической проблемой, которую предстоит преодолеть, имея сравнительно ограниченную доказательную базу. ОБПБ встречается не только у беременных женщин, но частота таких случаев выше, чем ожидалось. ОБПБ можно успешно лечить консервативными методами, поскольку его клиническое течение обычно бывает легким или умеренным. Тем не менее, хирург должен рас-

смотреть возможность ранней холецистэктомии у пациенток, не находящихся в первом триместре беременности. При необходимости следует выполнить ЭПСТ через ЭРХПГ, кроме того, пациентки с высоким риском материнской и плодовой смертности и заболеваемости должны вестись мультидисциплинарной командой, состоящей из акушера-гинеколога, радиолога, гастроэнтеролога и опытных хирургов, работающих в центрах с большим объемом операций.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯИЧКА

*Б.М. Исмаев, Ф.Н. Норкузиев,
О.Ш. Низомов, Д.Т. Олимов, С.А. Абдусаматов*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Определить диагностические возможности ультразвукографии при выявлении и лечении повреждений ткани яичка, полученных в результате тупой травмы мошонки.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование результатов лечения 65 пациентов, обратившихся с тупой травмой мошонки за последние 12 лет. Всем больным выполнена ультразвукография органов мошонки в день обращения в клинику. Диагноз разрыва устанавливали на основании неоднородной эхокартины паренхимы яичка с потерей четкости контуров и наличия жидкости под вагинальной оболочкой. Не было попыток выявить изолированное повреждение белочной оболочки яичка, так как этот признак считается достоверным показателем разрыва.

Результаты. Из 65 пациентов с тупой травмой мошонки в 44 (68%) случаях выполнена ревизия мошонки, причем у 30 (46%) мужчин тупая травма сопровождалась разрывом белочной оболочки, которая была ушита. По данным ультразвукографии мошонки и при наличии клинических данных (таких как боли в яичке, отек и гиперемия кожи мошонки) в 32 случаях было подозрение на разрыв яичка. Таким образом, два ложноположительных результата привели к специфичности 93,5% у обследованных пациентов. При недиагностированных разрывах яичка отсроченная орхидэктомия была не выполнена, что составило 100% чувствительности. В большинстве случаев при разрыве яичка удалось его спасти (83%), и только у 5 больных из 30 (17%) случаев потребовалось выполнить орхидэктомию (четверо из этих пациентов обратились к врачу спустя более 48 часов после получения травмы).

Выводы. Ультрасонография мошонки с единственной гетерогенной эхокартиной паренхимы яичка с потерей четкости контуров является высо-

кочувствительной и специфичной при диагностике разрыва яичка, при сомнительных клинических данных. Данные ультрасонографии позволяют прогнозировать возможность сохранения яичка, а также избежать отсроченные осложнения в виде хронической боли и атрофии органа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

*Б.М. Исмаев, Ф.Н. Норкузиев,
У.А. Мамадиев, Н.А. Сайфуллаев,
О.Ш. Низомов, Ш.О. Туйчиев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Целью нашего исследования было оценить эффективность и безопасность ТУУЛТ на первых этапах освоения данного метода при лечении пациентов с камнями в мочеточнике.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 75 пациентов с камнями в мочеточнике, средний возраст которых был $36,8 \pm 11,4$ года, за период с декабря 2020 г. по апрель 2023 г. Мужчин было 59 (78,6%), тогда как женщин было 16 (21,4%). Все пациенты обратились в стационар с почечной коликой. Конкременты располагались в среднем отделе мочеточника у 32 (42,7%) пациентов, тогда как в дистальном отделе были у 43 (57,3%) пациентов, при этом в 12 (43%) случаях конкремент располагался в устье мочеточника. Средний размер камня составил $13,1 \pm 1,5$ мм (диапазон от 12 до 18 мм).

Уретроскопию выполняли с помощью ригидного уретероскопа 9,5 Ch (фирмы Karl Storz, Германия), обезболивание осуществляли с помощью спинномозговой анестезии. Для фрагментации камней использовали пневматический литотриптор (фирмы Karl Storz, Германия).

После удаления камня всем больным устанавливали внутренний мочеточниковый стент. После вмешательства спустя 8–10 дней выполняли нативную МСКТ мочевого тракта, в случае отсутствия фрагментов камней в проекции мочеточника стент извлекали.

Результаты. При первом вмешательстве с помощью ТУУЛТ удалось полностью избавиться от камней 65 (86,6%) пациентов. При выполнении уретероскопии в двух (2,6%) случаях камни, расположенные в среднем отделе мочеточника, переместились в чашечно-лоханочную систему. Этим больным выполнена перкутанная нефролитотомия, и больные были избавлены от камней. Безуспешная попытка выполнить уретероскопию наблюдали в 8 (10,6%) случаях из-за узости устья мочеточника, в связи с чем невозможно было ввести в него тубус эндоскопа. Этим больным был установлен вну-

тренний мочеточниковый стент 6 Ch, спустя 6 дней выполнено повторное вмешательство и удалены камни из мочеточника. Таким образом, показатель stone free при использовании ТУУЛТ после повторных вмешательств составил 87,3% (камни удалены у 73 пациентов).

В послеоперационном периоде гематурию наблюдали у 10 (13,3%) пациентов (категория I по классификации послеоперационных осложнений по Clavien), которая не была причиной гемодинамических нарушений, и для ее коррекции была проведена инфузионная терапия. Гипертермия (категория I по классификации Clavien) без признаков сепсиса была у 6 (8%), и больным была усилена антибактериальная терапия.

Выводы. Таким образом, ТУУЛТ, выполненная с использованием ригидного эндоскопа, является эффективным и безопасным методом при лечении пациентов с конкрементами, расположенными в мочеточнике. Наиболее эффективен этот метод, по нашему опыту, при камнях, расположенных в среднем и дистальном отделах мочеточника, однако с приобретением достаточного опыта применения уретероскопии удаление камней из верхних отделов также будет доступно. Следует также отметить, что применение малоинвазивного метода позволяет уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре и сократить период послеоперационной реабилитации.

БОЛАЛАРДА ЎПКА БАКТЕРИАЛ ДЕСТРУКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА АНТИСЕПТИК ЭРИТМАЛАРНИ ҚЎЛЛАШ

*Р.Ф. Қодиров, Ф.Н. Норкузиев, Б.К. Эргашев,
И. Чулибаев, Ш.С. Мингжигитов,
Э. Хайдаров, О. Жавлонов*

РШТЁИМ Жиззах филиали

Болаларда ўпка бактериал деструкцияси – бу пневмониянинг асоратли кечиши бўлиб, ўпканинг ўзида ва плевра бўшлиғидаги йирингли яллиғланишдир. Бу ўпканинг йирингли-яллиғланишли касалликлари ичидаги кўп учрайдиган ва ҳозирги пайтда торакал хирургиянинг олдида турган муҳим муаммоларидан биридир.

Охирги вақтларда замонавий кенг доирада таъсир қилувчи антибиотиклар самарадорлиги ҳам бироз сусайганлиги ва микроорганизмларнинг антибиотикларга сезувчанлигини ошириш учун қўшимча дори препаратлардан фойдаланиш кенг йўлга қўйилмоқда. Ушбу препаратлардан бири 0,02% ли декаметоксин (Декасан) эритмаси ҳисобланади. Тажрибалар шуни кўрсатадики, антисептик декасан эритмаси йирингли-яллиғланишли касалликларида маҳаллий қўллаш юқори самара берганлиги ўз исботини топди. Яъни бу антисептик

эритма декаметоксин бактерицид, фунгицид, вирусоцид ва спороцид хусусиятларига эга.

Мақсад: Болаларда ўпканинг бактериал деструктив касалликларида антисептик декасан эритмасини маҳаллий қўллашда самарадорлигини таҳлил қилиш.

Бу иш РШТЁИМ Жиззах филиали болалар хирургияси бўлимида ўпка бактериал деструкцияси билан 2018–2023 йиллар давомида 17 ёшгача бўлган 68 бемор болаларни комплекс текширувлари ва хирургик даво муолажалари натижаларига бағишланган.

Беморларни ёши бўйича ажратилганда 3 ёшгача – 44 (64,7%) тани, 4–7 ёшгача – 18 (26,5%) тани, 8–17 ёшгача – 6 (8,8%) тани ташкил қилди. Шулардан ўғил болалар – 42 (61,7%) тани, қиз болалар – 26 (38,3%) тани ташкил қилди.

Ҳамма беморларда клиник-лаборатор текширувлар, кўкрак қафаси тўғри ва ёндан рентгенография, УТТ ва зарур ҳолатларда компьютер томография текширувларидан ўтказилди.

Бизнинг клиникада ўпка бактериал деструкциясининг олдини олишда педиатрлар билан бирга иш олиб борилмоқда. Бунда керакли текширувлардан сўнг пневмониянинг ўпка бактериал деструкциясига ўтиш чегараларида бирга маслаҳат билан даво усуллари тўғри танлаб, пневмониянинг асоратлари олди олинмоқда. Беморларда ўпка бактериал деструкциясига ўтиш хавфи ҳолатларида бу беморларга албатта хирурглар назоратида бўлади. Агарда плевропневмонияларнинг асоратлари экссудатив плеврит бўлса плевра бўшлиғини пункция қилиш йўли билан экссудат олиб ташланиб, бўшлиққа кенг доирада таъсир этувчи антибиотиклар юборилади ва беморлар фаол назорат остида бўлади.

Пневмонияларнинг деструкцияга ўтиш ҳолатларида албатта бемор хирургия бўлимига ўтказилиб, хирургик давони кечиктирмасдан ўтказиш лозим.

Беморларнинг 38 (55,8%) таси пиоторакс, пиопневмоторакс 23 (33,8%) тани ва пневмоторакс 7 (10,4%) тани ташкил қилди.

Ўпка бактериал деструкцияси билан даволанаётган 61 (89,7%) та бемор плевра бўшлиғидан чиққин йиринг бактериологик сезувчанлиги текширилди. Беморларнинг 36 (59%) тасида грамманфий микрофлоралар, 18 (29,5%) тасида граммусбат микрофлоралар, 7 (11,5%) та ҳолатда микрофлоралар ўсмаганлиги аниқланди.

Микроорганизмлар сезувчанлиги антибиотикларнинг цефалоспорин гуруҳининг III–IV авлоди, аминоглюкозидларнинг III авлоди ва фторхинолонларнинг III авлодлари аниқланди.

Беморларнинг хирургик аралашув орқали даво муолажаларининг самарадорлиги бу ҳар бир беморда кечаётган касаллик жараёни ва унинг

босқичларига қараб ўзига хос бўлиб, бунда биз беморларда плевра бўшлиғини ювишда асосан антисептик эритма фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмасидан фойдаланган вақтимизда плевра бўшлиғининг йирингли яллиғланишларида плевра бўшлиғидаги йирингли ажралма чиқиши даволанишнинг 14–17-кунларигача давом этар эди. Плевра бўшлиғидан йирингли ажралма чиқиши камайса-да тана ҳарорати субфебрил ҳолатда бўлиб турган. Қайта рентгенографик текширувларда ўпка тўлиқ кенгайса-да ўпка тўқимасидаги кечаётган яллиғланиш – инфильтратнинг сўрилиши даволанишнинг кейинги кунларида юзага келар эди. Охириги пайтларда биз декасан (0,02% декаметоксин – «Юрия Фарм», Украина) эритмасидан фойдалангандан сўнг бемор плевра бўшлиғида кечаётган йирингли яллиғланиш даври қисқариб, плевра бўшлиғидан чиқаётган йирингли ажралманинг эрта, яъни даволанишнинг 6–8 кунларида камайиб, плевра бўшлиғидан чиқаётган ажралманинг тиникланишига эришдик. Тана ҳароратининг ҳам шу кунларда тушиши, интоксикациянинг тезда камайишига, рентген текширувларда ўпканинг эрта тўлиқ кенгайиши ва яллиғланиш – инфильтратнинг ҳам тезда сўрилишига эришдик.

Хулоса: 1. Хирургияда ўпка йирингли-яллиғланишли касалликларини комплекс даволашда антисептик 0,02% декасан эритмаси билан маҳаллий қўллаш катта аҳамиятга эга.

2. Маҳаллий декасан эритмасидан фойдаланилганда плевра бўшлиғи атроф тўқималари билан бир қаторда ўпка тўқимаси яллиғланишларининг эрта ва самарали даволанишига эришиш мумкин.

3. Ушбу олиб борилган даво муолажалари беморларнинг касалхонада ётиб даволаниш вақтини қисқартиришга эришилди.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТИТА

*Ф.Н. Норкузиев, Р.И. Субхонкулов,
М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, Х.Э. Ахмедов,
А.Н. Гофуров, Б.Ф. Холмурзаев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

За последние десятилетия во многих странах мира отмечается значительный рост числа заболеваний желчевыводящей системы, и в первую очередь – желчного пузыря.

Целью диагностических мероприятий является не только установление факта холецистолитиаза и признаков воспаления стенки желчного пузыря, но и определение формы воспаления желчного пузыря, что во многом обуславливает срочность опера-

тивного пособия, длительность предоперационной подготовки, возможность полномасштабного дооперационного обследования и выбора.

В период с 2018 по 2023 г. в хирургическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП пролечено 2046 больных с острым холециститом, из них консервативное лечение получили 229 (11,2%) больных. У 1817 (88,8%) больных проведено оперативное лечение, из них 86 больным (4,2%) проведены холецистэктомии с дренированием холедоха. Возраст больных составлял от 18 до 84 лет. Среди них женщин было 1384 (67,6%), мужчин – 662 (32,4%).

Всем поступившим в экстренном порядке проведено комплексное обследование: общий анализ крови, мочи, биохимические анализы, ЭКГ, R-графия, R-скопия грудной клетки и УЗИ органов брюшной и грудной полости, при необходимости – мультислайсная компьютерная томография.

Основным методом диагностики заболевания являлось ультразвуковое исследование. Данные УЗИ позволяли своевременно выявить показания к операции. У 1461 больных были эхографические признаки желчной гипертензии, которая проявлялась увеличением размеров желчного пузыря. Из них у 1215 больных наблюдалось утолщение стенок от 5 мм до 9 мм. У 356 больных эхографически наблюдалось расслоение стенок и наличие симптома «двойного контура». Из этих больных с деструктивным холециститом у 82 больных были признаки паравезикальных абсцессов, и у 58 больных выявлялось наличие свободной жидкости в подпечёночной области. Все эти больные были оперированы в экстренном порядке. Остальным больным было проведено динамическое УЗИ, которое позволило оценить течение воспалительного процесса и своевременно осуществить оперативное лечение. У 43 больных было проведено ЭРХПГ. Из них у 28 больных проведено ЭРХПГ+ ЭПСТ.

При лечении больных с острым холециститом наиболее оправданной является активная лечебная тактика. Её основной принцип заключается в выделении экстренных, срочных и отсроченных операции. У нас было проведено 362 (19,9%) экстренных (в течение 6 часов с момента поступления), 251 (13,8%) срочная (6–12 ч), и 1204 (66,8%) отсроченных операции (12–48 ч). У 229 больных, которые были выписаны для дальнейшего планового лечения, в динамике (по данным УЗИ) желчный пузырь сократился, и боли купированы.

Таким образом, УЗИ является наиболее информативным методом диагностики ЖКБ и её осложнений и позволяет наиболее точно установить наличие деструктивного холецистита и прогнозирования течения болезни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ С ПЕРИТОНИТОМ

*Ф.Н. Норкузиев, Р.Ф. Кодиров, Б.К. Эргашев,
И. Чулибаев, Ш.С. Мингжигитов,
Э. Хайдаров, О. Жавлонов.*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Введение. Вопросы лечения острого аппендицита и аппендикулярного перитонита в детском возрасте остаются актуальными. В медицинской литературе обсуждаются различные тактические подходы и к классификационной оценке распространенности процесса, и к хирургической тактике. Характер и число послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с острым аппендицитом и перитонитом варьирует в пределах 12–15%, что свидетельствует в ряде случаев о трудностях своевременной диагностики и лечения данного заболевания.

Цель исследования. Определение возможностей и ограничений лапароскопической аппендэктомии при различных формах аппендицита и перитонита.

Материалы и методы исследования. За период с 2023 по 2024 год в РНЦЭМП Джизакского филиала были выполнены лапароскопические операции у 210 больных с острым аппендицитом и перитонитом, что составило 73% всех оперированных больных за этот период. Возраст детей – от 4 до 18 лет. Наибольшую по численности группу составили пациенты с неосложненным аппендицитом (НА) и разлитым перитонитом (РП) I стадии – 210 (87%) человек, которым были выполнены лапароскопическая аппендэктомия и по показаниям – дренирование брюшной полости однопросветным дренажом.

Результаты исследования и их обсуждение. Миниинвазивные вмешательства широко применяются в клинике с 2023 года в круглосуточном режиме оказания хирургической помощи детям благодаря технической оснащенности, подготовленности специалистов, а также адаптации подходов лечения острого аппендицита и перитонита у детей к лапароскопии. В настоящее время объем лапароскопических аппендэктомий составляет 80%.

В группе 210 больных с неосложненным аппендицитом и перитонитом I стадии лапароскопия была эффективна в большинстве наблюдений. Число конверсий – 7 (1%) случаев в период освоения методики. В настоящее время все оперативные вмешательства в данной группе больных выполняют лапароскопически.

Частота и характер послеоперационных осложнений при лапароскопической аппендэктомии в различных группах больных: осложнения были от-

мечены у 3 (0,7%) больных, в виде формирования инфильтратов брюшной полости (2), абсцессов (2), разлитого перитонита (1), гематомы передней брюшной стенки (1) и гематомы брюшной полости (1), нагноений операционной раны и лигатурных свищей (3). Анализ причин развития инфильтратов брюшной полости указывает на прямую взаимосвязь между применением лапароскопии и формированием последних. Так, применение монополярной коагуляции при обработке брыжейки червеобразного отростка и резекции сальника в ряде случаев может приводить к выявлению при ультразвуковом исследовании в раннем послеоперационном периоде эхографических признаков тифлита в области купола слепой кишки или явлений оментита. Последние могут трактоваться специалистами ультразвуковой диагностики как эхографические признаки инфильтратов брюшной полости. Вместе с тем отсутствие клинико-лабораторных проявлений отграниченных перитонитов позволяет расценивать подобные эхографические находки как вариант проявления асептического воспаления без необходимости интенсификации лечебных мероприятий. Мы не получили достоверных различий встречаемости подобного рода ультразвуковых проявлений при применении би- и монополярной коагуляции, что не позволяет сделать выводов в пользу какой-либо методики. Вместе с тем удобство, простота и быстрота выполнения отдельных манипуляций на этапах аппендэктомии (в частности, при мобилизации брыжейки отростка и резекции сальника) делает монополярную коагуляцию методом выбора.

Лапароскопические методики существенно расширяют возможности аппендэктомии при атипичных локализациях червеобразного отростка, но при этом возрастает вероятность развития ряда осложнений при выраженных инфильтративных изменениях периаппендикулярных тканей, что требует разумной достаточности в технически сложных случаях, вплоть до отказа от аппендэктомии в пользу лапароскопического дренирования брюшной полости. Релапароскопия была выполнена у детей по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости в двух наблюдениях, в обоих случаях она была эффективна.

Выводы. Лапароскопические технологии эффективны у 99% больных с неосложненным аппендицитом и перитонитом I стадии, у 85% больных с отграниченным перитонитом и у 79% больных с разлитым перитонитом. Лапароскопия – объективный метод оценки распространенности воспалительного процесса и возможности аппендэктомии при сформированных периаппендикулярных абсцессах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров,
М.Х. Абдулахатов, Д.Э. Хошимов*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Для оценки информативности УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости (ОКН) было проведено исследование на 50 пациентах с клиникой илеуса. При использовании УЗИ диагностики ОКН было определено 5 основных критериев, которые описывают морфологическое и функциональное состояние кишки: расширение петель, нарушение перистальтики, утолщение стенки кишки, изменение складок слизистой оболочки и наличие свободной жидкости в брюшной полости. В зависимости от выраженности этих признаков изменения стенки кишки были разделены на три категории: неосложненная стенка, отек стенки и некроз стенки кишки.

УЗИ имеет высокую чувствительность (93,33%) и специфичность (95,0%) в выявлении признаков (ОКН). Это значит, что УЗИ-тест правильно идентифицирует присутствие или отсутствие ОКН в большинстве случаев. Положительное прогностическое значение (PPV) составляет 96,6%, что означает, что при положительном результате УЗИ-теста вероятность наличия ОКН у пациента составляет 96,6%. Отрицательное прогностическое значение (NPV) равно 90,5%, что означает, что при отрицательном результате УЗИ-теста вероятность отсутствия ОКН у пациента составляет 90,5%. Эти значения подтверждают, что УЗИ является эффективным методом диагностики кишечной непроходимости.

В группе 12 пациентов с сонографическими признаками неизменной стенки кишки операцию начали с применения лапароскопии. Из этих 12 пациентов 3 случая (25,0%) требовали конверсии – перехода к открытой хирургии. У остальных 9 пациентов (75,0%) удалось ликвидировать кишечную непроходимость эндовидеохирургическим способом.

У пациентов с УЗ-признаками обратимого отека стенки кишки лапароскопия была применена более осторожно. Всего было 14 пациентов в этой группе, и только 6 из них (42,9%) были подвергнуты лапароскопической операции. Однако в половине случаев, то есть у 3 пациентов, вмешательство удалось успешно завершить миниинвазивным способом.

Когда имеются УЗ-признаки некроза кишки, лапароскопия считается противопоказанной. В связи с этим в двух подобных случаях была выполнена первичная широкая лапаротомия. В ходе операции было подтверждено наличие некроза кишки и была

выполнена резекция некротизированных сегментов кишечника.

Изучены результаты хирургического лечения 640 больных со спаечной кишечной непроходимостью (СКН), из них 448 (70,0%) больным была выполнена первичная лапаротомия, 192 (30,0%) – видеолaparоскопия (ВЛС). Видеолaparоскопические операции старались выполнять у лиц, ранее перенесших не более 2 абдоминальных операций. Среднее число предыдущих абдоминальных операций в анамнезе в группе ВЛС составило $1,25 \pm 0,43$, а в группе лапаротомии – $1,47 \pm 0,84$ ($p < 0,001$).

Ввиду меньшей выраженности спаечного процесса у больных группы ВЛС средняя продолжительность хирургического вмешательства у них ($105,78 \pm 29,04$ мин) была достоверно короче по сравнению с аналогичным показателем группы открытых вмешательств ($117,54 \pm 27,70$ мин). Меньшая распространенность спаечного процесса в группе ВЛС также благотворно отразилась в частоте интраоперационного повреждения кишечной стенки (7,8% против 12,1% в группе первичной лапаротомии, $p = 0,113$). При одиночных спайках в брюшной полости результативность лапароскопического адгезиолизиса составляет 86,9%, тогда как при множественных спайках этот показатель снижается до 32,3%. В общей структуре показаний к конверсии ($n = 59$) доля некроза ущемленной кишки составляет 20,3%.

Показатель ранних послеоперационных осложнений был достоверно ниже после лапароскопического адгезиолизиса (5,3% против 30,5% в подгруппе конверсии, $p < 0,001$), что благотворно отразилось в частоте повторных операций (3,0% против 15,3% в подгруппе конверсии, $p = 0,002$). Все 5 случаев летального исхода в группе первичной ВЛС относились к больным, у которых пришлось выполнить конверсию ввиду тяжести ОКН или возникших технических сложностей. Средние сроки стационарного лечения у больных с видеолaparоскопическим адгезиолизисом было достоверно меньше аналогичного показателя пациентов, подвергнутых конверсии ($4,94 \pm 0,66$ койко-дня против $8,20 \pm 1,37$ дня, $p < 0,05$).

По сравнению с группой первичной широкой лапаротомии после ВЛС адгезиолизиса статистически значимо ($< 0,001$) меньше наблюдали развитие ранних послеоперационных осложнений (43,5 против 13,0%). В группе ВЛС частота реопераций составила 13 (6,8%) случаев, в том числе в 3 (23,1%) случаях выполнена релапароскопия. В группе первичной широкой лапаротомии частота реопераций/релапаротомий составила 65 (14,5%) случаев.

Общая летальность больных со спаечной кишечной непроходимостью составила 4,2% и 2,6% в группах первичной лапаротомии и ВЛС соответственно.

Таким образом, применение предлагаемой нами ультразвуковой градации тяжести поражения стенки кишки при ОКН (неосложненная, осложненная и некроз стенки кишки) и критериев их оценки позволяет конкретизировать показания к использованию лапароскопии и способствует увеличению доли успешных случаев лапароскопического разрешения илеуса до 75% у отобранных с помощью УЗИ больных с сонографическими признаками сохранной жизнеспособности кишечной стенки.

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*М.М. Пулатов, Б.И. Шукуров,
Р.А. Янгиев, А.М. Авезов*

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

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

У 160 больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ) изучена диагностическая эффективность сонографии в выявлении признаков повреждения органов брюшной полости, и на этой основе разработана шкала ультразвуковой оценки объема гемоперитонеума. Чувствительность (Se), специфичность (Sp) и точность (Ac) УЗИ в выявлении одного из основных признаков травмы – свободной жидкости (гемоперитонеума) в брюшной полости – составляет, соответственно, 88,3, 87,8 и 88,1%.

С целью разработки метода измерения объема гемоперитонеума у 67 пациентов с ЗТЖ проведена оценка соотношения объема гемоперитонеума, оцененного интраоперационно, и ширины и распространенности свободной жидкости в брюшной полости, оцененного с помощью УЗИ. Наличие тонкой (до 1 см) полоски свободной жидкости в пределах одной анатомической области указывает на объем гемоперитонеума до 200 мл. При скоплении в брюшной полости до 300 мл крови УЗИ-картина характеризуется наличием слоя свободной жидкости шириной до 2 см в пределах 1 анатомической области. Для гемоперитонеума объемом 300–500 мл характерна визуализация полоски свободной жидкости толщиной до 2 см, распространяющейся на 2 анатомические области живота, или же наличие жидкости в пределах одной области, но толщиной, превышающей 3 и более см. Выявление на УЗИ свободной жидкости в брюшной полости, распространяющейся на 3 и более областей указывает на наличие гемоперитонеума объемом свыше 500 мл. На такой же объем крови указывает также наличие свободной жидкости толщиной слоя на УЗИ более 2 см в 2-х областях или же любое по распространенности скопление свободной жидкости тол-

щиной более 3 см. На основе этих расчетов разработана «Шкала УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота».

При сопоставлении объема интраоперационно выявленной крови в брюшной полости (фактический объем) с характером и объемом выполненного хирургического вмешательства выявлено, что у 44 (28,4%) больных с объемом гемоперитонеума до 300 мл практически никогда не возникали ситуации, требующие обязательной широкой лапаротомии. Более того, при этом количестве свободной жидкости (<300 мл) в 20,5% случаев (n = 9) хирурги имеют дело с остановившимся внутрибрюшным кровотечением, в связи с чем объем хирургического вмешательства ограничивается только санацией и дренированием брюшной полости. Кроме того, при этом объеме гидроперитонеума у больных с ЗТЖ практически не встречаются случаи повреждения полых органов брюшной полости.

В тех случаях, когда объем внутрибрюшной кровопотери составлял 300–500 мл (n = 34) – у более чем половины пациентов (19; 55,9%) – интраоперационно выполненные хирургические манипуляции и процедуры, такие как санация и дренирование брюшной полости, электрокоагуляция кровоточащего сосуда, ушивание разрыва I ст. по Моорге паренхиматозного органа, ушивание десорированных участков кишки, разрывов брыжейки и большого сальника, без особых технических сложностей могут быть выполнены с помощью лапароскопической техники с использованием рутинно используемых инструментов без применения дорогостоящих расходных материалов. А с учетом вышеуказанных 44 больных, у которых объем гемоперитонеума не превышал 300 мл, доля больных, потенциально подлежащих устранению внутрибрюшных осложнений травмы лапароскопическим способом, без применения широкой лапаротомии, возрастает до 80,8% (63/78). При наличии более 500 мл крови в брюшной полости (n = 77) возможности для применения лапароскопической техники были крайне ограничены и имели место только у 5 (6,5%) пациентов.

Наличие на УЗИ объема крови в брюшной полости до 300 мл с высокой долей вероятности исключает (RR = 0,000) наличие серьезных внутрибрюшных повреждений, требующих широкой лапаротомии. При объеме свободной жидкости в пределах 300–500 мл показатель «абсолютный риск наличия значимых повреждений органов брюшной полости» составляет 44,1% (EER = 0,441), а величина относительного риска (RR) – 0,472 единицы (сомнительный признак). Наиболее высокий показатель относительного риска (RR) был характерен для объема свободной жидкости в брюшной полости более 500 мл, когда вероятность наличия серьезного внутрибрюшного повреждения (EER)

составляет 93,5%, а величина относительного риска представляется абсолютной и составляет 4,862 единицы с 95% ДИ в диапазоне от 3,074 до 7,692 единицы.

Вышеуказанные градации объема гемоперитонеума, прогнозирующие наличие или отсутствие серьезного внутрибрюшного повреждения нашли свое отражение в разработанном «Алгоритме выбора тактики хирургического лечения ЗТЖ на основе УЗИ-оценки объема свободной жидкости в брюшной полости». Предлагаемый подход к ультразвуковой оценке дискретных объемов свободной жидкости в брюшной полости, основанной на учете толщины слоя жидкости и ее распространенности в зонах брюшной полости, не усложняет и не удлинняет процедуру FAST-протокола, позволяет определить критические объемы гемоперитонеума, имеющие решающее значение в выборе тактики хирургического лечения ЗТЖ.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАМНЯМИ ПОЧЕК ОТ 2 ДО 3 СМ

У.У. Рахматов, Ш.Р. Саидов

Бухарский филиал РНЦМП

Введение. Методом выбора оперативного лечения камней почек больше 2 см является перкутанная нефролитотомия (ПНЛ). Гибкая уретероскопия (гибкая УРС) показала высокую эффективность и безопасность при камнях почек до 2 см.

В литературе встречаются единичные работы, посвященные ретроградной гибкой хирургии при камнях почек больше 2 см, но результаты этих работ весьма противоречивые.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность гибкой УРС по сравнению с ПНЛ при камнях почек от 2 до 3 см.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование эффективности и безопасности гибкой УРС (n=24) и ПНЛ (n=28) при камнях от 2 до 3 см. Гибкая УРС выполнялась с использованием одноразовых инструментов 7,5–9,5 СН. ПНЛ выполнялась из мини-доступа (мини-ПНЛ) 17,5 СН. Средний размер камня в группах составлял 23,4±1,3 мм и 25,7±1,5 мм соответственно, плотность – от 860 до 1620 НУ (средняя плотность – 1191±182 НУ и 1310±158 НУ соответственно). Оценивалась эффективность вмешательства, продолжительность пребывания в клинике и осложнения. Для оценки частоты избавления от конкрементов (SFR) на следующий день и через три месяца после оперативного вмешательства пациентам выполнялась низкодозная компьютерная томография.

Результаты. SFR в группе гибкой УРС составила 91%, в группе мини-ПНЛ – 93%, продолжительность пребывания в клинике больше в группе мини-ПНЛ (ПНЛ: 4±2 дня по сравнению с гибкой УРС: 2,0±1,0 дня). Частота осложнений была выше в группе мини-ПНЛ (5,4 и 11,6%).

Заключение. Таким образом, гибкая УРС обеспечивает сопоставимый с мини-ПНЛ процент успеха, уменьшает срок госпитализации, вызывает меньше осложнений и может быть использована в качестве альтернативы при лечении камней почек до 3 см.

ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

У.У. Рахматов, Ф.Ф. Рахимов, К.Ш. Ходжаев

Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. Хронический посткоитальный цистит рассматривается как разновидность хронического цистита. Для профилактики обострений посткоитального цистита прежде всего рекомендовано использовать комбинации веществ, обладающие иммунопротективным действием, улучшающие трофику слизистой мочевого пузыря и оказывающие противомикробное действие.

Цель исследования. Оценка свойств и безопасности биологической добавки Уронекст у женщин с риском развития посткоитального цистита.

Материалы и методы. В исследование включены 86 женщин, которые были рандомизированы на 2 группы: 1 (основная) группа – 43 человека и 2 (контрольная) группа – 43 человека. Пациентки 1 группы получали Уронекст 1 саше однократно после каждого полового акта. Пациентки 2 группы профилактического лечения не получали. Период наблюдения составил 180 дней.

Результаты. Полученные результаты позволили нам сделать ряд выводов. Уронекст способен снижать частоту рецидивов посткоитального цистита в три раза! Причем ни у одной из пациенток на фоне приема Уронекста за шесть месяцев наблюдения рецидива заболевания отмечено не было. Уронекст способен уменьшать выраженность клинической симптоматики за счет свойств компонентов, входящих в его состав: D-манноза препятствует прикреплению *Escherichia coli* к стенкам мочевого пузыря, в результате бактерии выводятся с током мочи, не оказывая негативного воздействия на мочевыводящую систему. Экстракт клюквы способен оказывать противовоспалительное, мочегонное и противомикробное действие, создает кислую среду в мочевом пузыре и мочевыводящих путях, в результате чего *Escherichia coli* не может размножаться и теряет способность к жизнедеятельности. Витамин D₃ помогает поддерживать нормальную

работу иммунной системы и способствует синтезу антимикробных пептидов, защищающих от уробактерий, что является дополнением для профилактики и лечения инфекций мочевыводящих путей. Данные эффекты подтверждаются полученными лабораторными и клиническими результатами. Отмечена прямая корреляционная связь между купированием лейкоцитурии и клиническими проявлениями заболевания ($r = 0,7$, $p < 0,001$). Это дало нам основание прийти к выводу, что профилактика с помощью Уронекста позволяет избежать применения антибактериальных препаратов, которые неизбежно несут негативные последствия для организма. Прием одного саше Уронекста в течение 6 часов после полового акта обладает достоверным защитным эффектом в отношении рецидивов посткоитального цистита. Уронекст хорошо переносится пациентками, не вызывает нежелательных явлений.

ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ И БЕЗОПАСНОСТИ

*Н.Х. Рахмонов, У.Р. Хамдамов,
Н.И. Саломов, Ф.Р. Фатуллаев*

Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. В хирургии травмы органов грудной клетки достаточно часто возникают условия для проведения малоинвазивных видеоэндохирургических вмешательств. Вместе с тем чрезмерное увлечение этой технологией сопряжено с опасностью недооценки тяжести ранения жизненно важных органов грудной клетки и запаздыванием с выполнением адекватной операции.

Цель. Выделение показаний и противопоказаний к проведению торакоскопии и других операций для улучшения результатов лечения пострадавших с травмой груди.

Материал и методы. Отражен 5-летний опыт оказания помощи 134 пострадавшим с закрытой травмой и ранениями грудной клетки. Преобладали пациенты с изолированной закрытой травмой груди (38,4%) и проникающими ранениями (27,2%). Оценка тяжести повреждений при закрытой травме проводилась по шкале ISS (Injury Severity Score). Средние значения составили 4–16 баллов при изолированной травме груди и 18–34 баллов у пациентов с сочетанной травмой и доминирующей травмой груди. Частота гемо- и пневмоторакса составила 54,2% и 49,8% при закрытой травме, при ранениях – 57,9% и 53,5% соответственно.

В основу выбора способа хирургического доступа были положены известные постулаты, определяющие показания к торакотомии. Показаниями к неотложной торакотомии являются ранения сердца

и крупных сосудов, выполнение реанимационных мероприятий. Показаниями к срочной торакотомии являются продолжающееся внутриплевральное кровотечение, некупируемый клапанный пневмоторакс, открытый пневмоторакс с массивным повреждением легкого, повреждения пищевода, подозрения на ранения сердца и крупных сосудов. Показаниями к отсроченной торакотомии являются свернувшийся инфицированный гемоторакс, рецидивирующий пневмоторакс с коллапсом легкого, крупные инородные тела в легких и плевре, рецидивирующая тампонада сердца, угроза профузного легочного кровотечения, эмпиема плевры. Понятия «срочные показания» и «отсроченные показания» подразумевают резерв времени от момента травмы до выполнения торакотомии. Значит, у хирурга есть возможность предпринять в этот период другие, малоинвазивные, лечебно-диагностические технологии, не создавая излишней опасности для больного. Именно поэтому показания к срочной и отсроченной торакотомии были трансформированы нами в показания для торакоскопии.

Результаты и их обсуждение. Торакоскопия проведена у 57: в экстренном порядке – у 20 (35,5%), в срочном – у 15 (25,2%), в отсроченном – у 22 пациентов (39,3%). Частота торакотомии – 12,9%. Основным необходимым условием для выполнения торакоскопии была гемодинамическая стабильность пациентов и отсутствие признаков повреждения сердца и крупных сосудов. Все остальные состояния, в том числе дыхательная недостаточность, напряженный пневмоторакс, ранения легкого, диафрагмы не являлись противопоказаниями для торакоскопии. Чаще всего (73 из 57 пациентов) торакоскопия выполнялась у пострадавших с закрытой травмой груди. В половине наблюдений она носила отсроченный характер. В то же время при проникающих колото-резаных и огнестрельных ранениях торакоскопия выполнялась преимущественно в экстренном порядке, тем самым обеспечивая профилактику возможных дальнейших осложнений и минимизируя необходимость в отсроченных операциях.

Диагностическая ценность торакоскопии определяется, в первую очередь, возможностью объективизации интраплевральных повреждений при внешне малых ранениях и невыраженном гемо- или пневмотораксе. В представленном опыте, с одной стороны, наиболее часто торакоскопия выполнялась при большом объеме гемоторакса, но с другой стороны, достаточно очевидным представляется тот факт, что выполнение торакоскопии при любом проникающем ранении несет в себе быстроту и точность диагностики. Неоспоримыми преимуществами торакоскопии являются точное установление характера и тяжести повреждений, малая травматичность, возможность прицельного дренирования

плевральной полости. Летальность после дренирования плевральной полости составила 3,8%, после торакотомии – 11,2%, после торакоскопии – 0,7%. Самый низкий показатель летальности после торакоскопии подтверждает правильность выбора этой операции у прогностически благоприятной группы пострадавших.

Вывод. Современная торакоскопия позволяет перевести хирургическую тактику при травме груди на качественно новый уровень. За счет «агрессивной», казалось бы, инструментальной лечебно-диагностической технологии удастся снизить травматичность вмешательств и повысить эффективность оказания помощи этим больным в целом.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СТЕНТА В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ

*М.М. Рашидов, А.Х. Калимбетов,
Б.Ё. Хайдаров, Ш.М. Тоштемуров*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность и целесообразность применения внутреннего стента у пациентов с экстренной урологической патологией.

С 2018 г. по настоящее время на базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи произведена установка внутренних стентов 79 пациентам, из них было 39 мужчин и 40 женщин, возраст пациентов – от 18 до 80 лет, средний возраст – 42,4. У пациентов причинами обструкции мочевых путей были: мочекаменная болезнь – 58, инфекция мочевыводящих путей (осложнённая форма) – 15, травма мочевыводящих путей – 2, беременность – 2 и у 2 пациентов – обструкция трансплантированной почки. Всем пациентам в экстренном порядке было произведено стентирование верхних мочевыводящих путей. Были установлены полиуретановые внутренние мочеточниковые стенты фирмы «Indovasive» длиной 22–28 см, размерами 5–6 Ch. Длительность стояния стента не превышала 6 недель. У пациентов с беременностью и после трансплантации почек была произведена замена мочеточникового стента через 4 недели. Основными инструментальными методами диагностики служили УЗИ почек и рентген-исследование, при выявлении деструкции паренхимы почек применяли МРТ почек.

Результаты. Всем пациентам проводилась противовоспалительная, уроантисептическая и инфузионная терапия, также в динамике на 1 и 3 сутки после стентирования произведено УЗИ-исследование почек и мочевыводящих путей. При этом из всех пациентов у 4 с инфекцией мочевыводящих путей расширение верхних мочевых путей сохранялась с

продолжением септического состояния, что послужило причиной установки перкутанной нефростомы у 2 пациентов. У 2 пациентов с неадекватным стентированием на МРТ-исследовании выявлены очаги деструкции паренхимы почек, что стало причиной проведения открытой органосохраняющей операции. У одного пациента отмечалась дислокация мочеточникового стента в мочевой пузырь, в результате произведено рестентирование. Среднее время операции составило 6,5 мин (от 5 до 15 мин). У 6 пациентов произведено стентирование верхних мочевых путей из-за неудачной попытки перкутанной нефростомии, при наличии умеренного расширения полостей почек.

Выводы. Трансуретральное стентирование верхних мочевыводящих путей является эффективной, малоинвазивной, легко воспроизводимой хирургической техникой и альтернативой перкутанной нефростомии. При тщательном отборе пациентов, а также подборе индивидуально подходящих размеров мочеточникового стента для каждого пациента можно получить положительные функциональные результаты.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХОЛАНГИОЦИТОВ В БЕССИМПТОМНОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

В.И. Решетняк, И.В. Маев

ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Определить патофизиологию механизма повреждения мелких холангиоцитов при первичном билиарном холангите (ПБХ).

Материалы и методы. Анализ собственных данных и научных публикаций.

Основные положения. Первичный билиарный холангит (ПБХ) это хроническое холестатическое прогрессирующее заболевание печени, относящееся к холангиопатиям, протекающее с деструкцией, некрозом и/или апоптозом эпителия мелких внутри-, междольковых и септальных желчных протоков. ПБХ предшествует длительный бессимптомный период, который клинически может проявляться слабостью и недомоганием. Обнаружение в этот период антитоксодриальных аутоантител (АМА) в сыворотке крови в титре 1:40 и выше служит патогномичным маркером развития ПБХ. Показано, что АМА не являются фактором, запускающим деструкцию мелких билиарных эпителиальных клеток (БЭК, холангиоцитов). Остаются непонятными механизмы повреждения БЭК мелких желчных протоков и образования АМА. Желчь является агрессивной средой для БЭК. Но холангиоциты желчных путей человека подвергаются воздей-

ствию высоких (миллимолярных) концентраций гидрофобных желчных кислот в физиологических условиях без признаков цитотоксичности. К известным факторам защиты, которые поступают в желчь в процессе её прохождения по жёлчным протокам, относят выработку и секрецию муцина и бикарбоната (HCO_3^-). Для крупных внутри- и внепечёночных протоков уникальным является наличие в их стенке перибиллиарных желез (ПБЖ), которые располагаются в стенке этих протоков, непосредственно связаны с их просветом и синтезируют муцин. Вырабатываемый ПБЖ муцин защищает холангиоциты только крупных желчных протоков!!! Синтез и секреция HCO_3^- осуществляется холангиоцитами как крупных, так и мелких желчных протоков. Так как внутри- и междольковые жёлчные протоки не содержат ПБЖ, то на этом уровне факторами защиты БЭК от цитотоксического действия жёлчных кислот служит только HCO_3^- . Последний, за счёт своих буферных свойств, создает слабощелочное pH печеночной желчи в просвете жёлчного протока. Это поддерживает жёлчные кислоты в депротонированном состоянии, что защищает БЭК от неконтролируемого трансмембранного проникновения желчных кислот внутрь холангиоцитов, что получило название «билиарный бикарбонатный зонтик». Холангиоциты крупных внутри- и внепечёночных жёлчных протоков имеют двойную защиту: муциновый гликокаликс, вырабатываемый ПБЖ и бикарбонат, в то время как факторы защиты БЭК мелких желчных протоков представлены лишь выработкой бикарбоната. Появилась теория «дырявого билиарного бикарбонатного зонтика», которая основана на ряде клинических и экспериментальных работ, показывающих недостаточное поступление HCO_3^- в жёлчные протоки при ПБХ, что приводит к смещению pH внутрипротоковой (печеночной) жёлчи в слабокислую область и увеличение pH внутри холангиоцита в слабощелочную область. Механизм развития этих изменений связывают с повышенной активностью X-сцепленной микроРНК 506 (miR-506) в холангиоцитах пациентов с ПБХ, которая приводит к снижению экспрессии и активности инозитол-1,4,5-трисфосфатного рецептора 3 типа (InsP_3R_3) и хлор/бикарбонатного анионообменника 2 (AE2), что сопровождается нарушением секреции HCO_3^- , изменением pH внутри БЭК и pH желчи в протоках, а также потенциально объясняет преобладание этого заболевания у женщин. Изменение pH внутри холангиоцитов и в желчных протоках при ПБХ способствует поступлению и накоплению жёлчных кислот в холангиоцитах. Внутриклеточное накопление гидрофобных желчных кислот приводит к солюбилизации фосфолипидов и холестерина из мембранных структур и запускает ускоренное старение и апоп-

тоз БЭК, с постепенным развитием пролиферации, дуктулопии мелких желчных протоков и развитие первых лабораторных признаков холестаза (повышение активности щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы).

Разрушение желчными кислотами мембран митохондрий приводит к высвобождению и деградации пируватдегидрогеназного комплекса (ПДГ). Наличие липоевой кислоты в E2 субъединице ПДГ в 95% случаев приводит к её модификации жёлчными кислотами с потерей иммунной толерантности и появлением серологической реактивности этого комплекса. Презентация иммуномодифицированного E2 ПДГ комплекса лимфоцитам сопровождается стимулированием субпопуляции Т-клеток, что приводит к специфическому продуцированию антимитохондриальных антител (АМА). ПДГ функционирует в каждой клетке и необходима для превращения пирувата в ацетил-КоА, который включается в цикл Кребса и крайне важен для получения энергии АТФ. Аутоантитела при этом способны реагировать с E2 ПДГ в митохондриях практически любых клеток, что ведет к развитию энергетической недостаточности питания и появлению первого клинического признака ПБХ – слабости.

Заключение. Молекулярные механизмы развития повреждений БЭК жёлчными кислотами у пациентов с ПБХ позволяют объяснить механизм повреждения мелких холангиоцитов, возникновения дуктулопии, образования АМА, развития слабости, недомогания и быстрой утомляемости уже в бессимптомной стадии ПБХ.

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ

К.С. Ризаев¹, Д.Б. Туляганов², А.К. Содиков²

¹Ташкентский фармацевтический институт,
Ташкент, Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Аннотация. Перитонит как осложнение ограниченного (органного) очага инфекции или абдоминального вмешательства относится к тяжелым инфекциям с высоким уровнем летальности, в связи с чем высокая резистентность патологических микроорганизмов к антибиотикам значительно увеличивает продолжительность и ухудшает прогноз лечения. В рамках концепции бактериофаги оказались одним из перспективных методов решения данной проблемы.

Цель. Обоснование выбора антибактериального препарата в качестве стартовой терапии при перитонитах с учетом резистентности микроорганизмов в Узбекистане.

Материалы и методы. На базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в качестве биоматериала для бактериологических исследований интраоперационно были взяты пробы из выпота брюшной полости у больных с гнойным перитонитом различной этиологии. Определение чувствительности к антибактериальным препаратам выделенных возбудителей проводилось с помощью метода двойных серийных разведений в агаре в соответствии с рекомендациями EUCAST и оценкой эффективности применения поливалентного пиобактериофага «Секстафаг» Микроген НПО (Россия).

Результаты: У 93,6% (n=88) больных были выделены этиологически значимые микроорганизмы, где преобладали *Escherichia coli* (n=45; 47,87%). Высеянная микрофлора (*E.Coli*) была наиболее чувствительной к амикацину (62,22%), меропенему (51,11%) и полимиксину (37,77%). Эффективность цефтриаксона и цефазолина составила 6,66% и 2,22% соответственно. Также высокая эффективность была выявлена у бактериофагов – в 77,76% случаев.

Выводы. Наилучшими препаратами для стартовой терапии в лечении перитонита в условиях нашего региона являются пиобактериофаг «Секстафаг», амикацин и меропенем. Применение цефтриаксона и цефазолина является нецелесообразным ввиду их низкой эффективности.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА

П.Н. Рузиев, Г.К. Элмуратов, Ф.П. Набиев

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Целью исследования явилось сравнить анализ результатов применения видеолaparоскопии и лапаротомии у гемодинамически стабильных больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ).

В исследование были включены 320 больных со стабильной гемодинамикой (систолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт. ст.), оперированных в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2013 по 2023 г. по поводу ЗТЖ. 218 пациентам выполнены открытые вмешательства, у 102 применена лапароскопическая техника. Больные указанных групп были сопоставимы по полу, возрасту, показателям гемодинамики, характеру и тяжести сочетанной травмы ($p > 0,05$). Больные, которым была показана первичная широкая лапаротомия, в среднем имели более тяжелую степень травмы по шкале ISS (23,3 против 18,9, $p < 0,001$) и более высокую частоту сочетанной черепно-мозговой травмы (25,2% против 14,3%, $p = 0,039$). Кроме того, больные, под-

вергнутые первичной лапаротомии, характеризовались более низкими показателями гемоглобина (104,9 против 110,1 г/л, $p = 0,022$) и более высокой тяжестью травмы живота по шкале AIS (3,7 против 3,3, $p < 0,001$) по сравнению с пострадавшими, которым была выполнена лапароскопия.

Результаты. У больных обеих групп были отмечены примерно идентичные непосредственные результаты хирургических вмешательств в таких показателях, как продолжительность операции, объем кровопотери, необходимость в гемотрансфузии, частоты осложнений и послеоперационной летальности ($p > 0,05$). Однако в группе пациентов, подвергнутых лапароскопии, мы не наблюдали случаев выполнения напрасной широкой лапаротомии. Чувствительность и специфичность диагностической лапароскопии составили 99,1 и 100,0% соответственно, что указывает на высокую эффективность лапароскопии в плане предотвращения эксплоративных лапаротомий у больных с ЗТЖ. Кроме того, применение лапароскопической техники и инструментария позволило у 79,4% больных устранить внутрибрюшные осложнения травмы миниинвазивным способом без выполнения конверсии на широкую лапаротомию. В группе лапаротомии средние сроки стационарного лечения и продолжительность нахождения в отделении ОРиТ были достоверно длительнее (15,4 против 8,1 дня и 4,6 против 3,3 соответственно, $p < 0,001$).

Выводы. Применение лапароскопии в специализированных отделениях экстренной хирургии опытными хирургами является эффективным и безопасным методом диагностики и лечения ЗТЖ у гемодинамически стабильных пациентов.

ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

У.У. Рузиев, К.Ш. Ходжаев, А.Н. Хасанов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Имеющиеся сегодня показатели послеоперационной летальности при остром холецистите (ОХ) во многом зависят от результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционного риска, доля которых неуклонно увеличивается, достигая 60–70%. В хирургическом плане достаточно четко определилась значимость малоинвазивных методов топической диагностики, санации и дренирования очагов инфекционно-воспалительной деструкции. Эффективным методом купирования приступа ОХ является превентивная санационная декомпрессия желчного пузыря мето-

дом чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХЦС) под контролем УЗИ.

Цель. Оценить эффективность ЧЧХЦС под контролем УЗИ в лечении ОХ у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Анализировано лечение 212 больных ОХ в возрасте от 60 до 89 лет, составивших 64,5% от общего числа поступивших. Мужчин было 28 (13,2%), женщин – 183 (86,8%). Позже 24 часов на стационарное лечение поступило 292 (72,6%) больных по причине поздней обращаемости. Катаральный холецистит был выявлен в 25 (6,2%) случаях, флегмонозный – 304 (75,4%), гангренозный – 74 (18,4%). Тяжесть основного заболевания усугублялась наличием от 2 до 7 сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистой системы – в 83%, легких – в 25%, сахарный диабет – в 14% и др.). Диагностику ОХ и оценку функционального состояния организма при поступлении и в процессе лечения проводили на основании комплексных клиничко-лабораторных данных (лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ, индекс резистентности организма – ИРО, индекс сдвига лейкоцитов крови – ИСЛК) и результатов исследований на ультразвуковой диагностической системе Lodgig 500 (GE USA) конвексным датчиком 3,5 МГц. ЧЧХЦС накладывали под местной анестезией в условиях операционной по стандартной методике датчиком с пункционной насадкой иглой 14G с мандреном и катетером диаметром 3 мм. После наложения ЧЧХЦС проводили комплексную терапию острого холецистита в сочетании с местным лечением. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа (контрольная) – 106 больных, которым проводилось традиционное хирургическое лечение с предварительной консервативной терапией. Вторая группа – 106 больных с превентивно наложенной декомпрессивной ЧЧХЦС и последующим комплексным лечением.

Результаты. Анализ клиники, первичных и контрольных изображений в каждом конкретном случае позволил проследить состояние больного и динамику воспалительных изменений в желчном пузыре и окружающих тканях и органах. Среди больных (контрольной) группы в срочном порядке оперировано 27 больных (25,5%), умер 1 больной. В первые сутки операцию проводили лишь по поводу разлитого перитонита или прогрессирующего холангита. У 33 (31%) больных не удалось добиться стихания острого воспаления консервативными мероприятиями, они были оперированы на 2–3 сутки после поступления в стационар, 4 из них умерли. У 46 (43,5%) больных операцию проводили на 4–10 сутки после стихания приступа и предоперационной подготовки. Летальных исходов в этой группе не было. Послеоперационная летальность у лиц пожилого и старческого возраста составила 4,8%.

60 пациентам из второй группы в связи с тяжелым состоянием, обусловленным основным и сопутствующими заболеваниями, ЧЧХЦС для декомпрессии желчного пузыря были наложены в первые сутки, т. к. выполнение радикальной холецистэктомии представляло большую опасность для жизни. У 46 пациентов в связи с сохраняющейся опасностью проведения радикальной операции и отсутствием эффекта от консервативной терапии ЧЧХЦС наложена на 2–3 сутки. В этой группе умер один больной от прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности. Летальность составила 0,94%. Большинство больных уже в первые часы после холецистостомии отмечали улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома и защитного напряжения мышц живота, улучшение дыхательной экскурсии диафрагмы и легких, уменьшение явлений интоксикации. У 4% больных ЧЧХЦС, несмотря на застывшую УЗ-картину в течение 3–4 дней, дала возможность подготовить их к операции. Осложнение в виде желчного перитонита было одно: подтекание желчи между дренажом и пункционным каналом печени в результате закупорки дренажа мелким конкрементом и песком. Произведена срочная операция. Анализируя динамику клиничко-лабораторных показателей у больных после пункции желчного пузыря, можно отметить, что на следующий день после ЧЧХЦС показатели оставались без изменений или улучшались.

Выводы. Широкие лечебные и диагностические возможности ЧЧХЦС под контролем УЗИ, относительная ее безопасность позволяют эффективно применять этот метод у больных ОХ пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Возможность быстрой ликвидации воспалительного очага, объективной оценки состояния желчевыводящих путей, прогнозирование течения патологического процесса позволяет определить оптимальные сроки последующего оперативного вмешательства, снизить его опасность, а в ряде наблюдений – отказаться от операции.

LAPAROSKOPIK YONDASHUVNING QORIN BO'SHLIG'I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASHDAGI O'RNI

*Saydaliyev S.S., Sapopxonov X.S.,
Xaydarov N.S.*

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Dolzarbliigi: Bolalarda qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligini davolash va profilaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlaniishi tufayli dolzarb bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot maqsadi: Qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligining oldini olish va ularning asoratlari xavfini boshorat qilishda an'anaviy va laparoskopik operatsiyalarni tahlillash.

Materiallar va usullar: 2019-yildan 2023-yilgacha RSHTTYOIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limida 1500 dan ortiq qorin bo'shlig'i kasalligi bilan kasallangan bolalar operatsiya qilindi. Shulardan laparoskopik operatsiya 95 nafar bolada o'tkazilgan. Laparoskopik operatsiyalardan 42 nafar bemorda (44,7%) – o'tkir appenditsitning har xil shakllari; 38 nafar bemorda (40,4%) – qiz bolalarda turli ginekologik kasalliklar (tuxumdon kistasi yorilishi, appoleksiyasi, bachadon bo'ynining buralishi kabilar); 15 nafar bemorda (15,9%) – diagnostik laparoskopiya muolajalari o'tkazilgan.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligi, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko'ra ikki guruhga bo'lib olingan natijalar tahlil qilindi. An'anaviy usulda operatsiya qilingan bemorlarning operatsiyadan keyin turli vaqtlarda 300 nafarida turli shikoyatlar bilan murojaat qilishgan. Shu bemorlarning bitishmali ichak tutilishi bilan 68 nafar bemor qaytadan murojaat qilib, ular kasalxonaga yotqizilgan. Ularning 35 (51,5%) tasida birishmalarni ajratish operatsiyasi bajarilgan. Bu bemorlarni shifoxonada o'rtacha davolanish muddati 7–10 kunni tashkil etgan. Laparoskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda bizga qayta murojaat qilganlar bo'lmadi va laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarni o'rtacha davolash kuni 3–5 kunni tashkil qilgan.

O'tkazilgan tadqiqotlar qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligining kelib chiqishida operatsiyalardan so'ng bemorlarning qon biokimyoviy tahlilida Na⁺ va K⁺ ionlari balansining o'zgarishlari aniqlandi. Bundan tashqari, bemorlarda oshqozon-ichak faoliyatining funksional buzilishlari (ovqatlanish tartibining buzilishlari) kuzatildi. Bu o'zgarishlarni nazorat qilish bitishmalar hosil bo'lish xavfini oldindan taxmin qilish, xavf omillarini tahlil qilish, ulardagi asoratlarning rivojlanishi va davolashni optimallashtirish imkonini berdi.

Xulosa: Bitishmalar asoratlari bo'lgan bemorlarda profilaktik chora-tadbirlar olib borish kerakligini ko'rsatmoqda.

Quyidagilarga asosiy e'tibor qaratish kerak:

1. Operatsiyadan oldingi profilaktika – jarrohlik soni va hajmini kamaytirish, turli patologiyalarda qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvlar kamaytirish, ya'ni diagnostikani to'liq amalga oshirish.

2. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar, ya'ni operatsiyalarni laparoskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar an'anaviy usullardan kamroq foydalanish.

3. Uzoq muddatli profilaktika – takomillashtirish orqali bilvosita ta'sir: ratsional ovqatlanish, fizioterapi-

ya, massaj, terapevtik vositalar orqali ovqat hazm qilish traktining ishlashi, jismoniy tarbiya va boshqalar.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ

*Р.И. Субхонкулов, Ф.Н. Норкузиев,
М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, М.Х. Юлдошев,
А.К. Алимов, А.Г. Пардаев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Введение. В последние несколько десятилетий число пострадавших с повреждениями грудной клетки неуклонно увеличивается, и вопрос ранней диагностики и выбор оптимальной хирургической помощи остаётся актуальной задачей современной хирургии и травматологии. Повреждение грудной клетки занимает третье место, после травм конечностей и черепно-мозговых травм, составляя 10–12% госпитализации.

Цель. Изучить характер и объем гемоторакса при осложненных травмах груди.

Материал и методы. В Джизакском филиале РНЦЭМП с 2017 по 2023 г. на лечении находились 213 пострадавших с травмой грудной клетки, с осложнениями у 121 (56,8%) больного. Лица трудоспособного возраста (17–60 лет) составили 87,2% от общего числа поступивших, мужчин было 171 (80,3%), женщин – 42 (19,7%). Среди осложненных травм грудной клетки гемопневмоторакс наблюдался у 72 (33,8%) больных, гемоторакс – у 30 (12,4%) и пневмоторакс – у 19 (8,9%); односторонние – у 99 (81,9%), двусторонние – у 22 (18,2%). Малый гемоторакс встречался у 54 (25,4%), средний – у 43 (20,1%), большой – у 24 (11,35%) больных. Значительный пневмоторакс был у 12 (5,6%), средний – 24 (11,3%), большой – т.е. тотальный пневмоторакс – с коллапсом легкого (одного) встречался у 8 (3,8%) больных. Продолжающийся гемоторакс был у 13 (10,7%), состоявшийся – у 108 (89,3%) больных. Шок легкой степени у – 98 (46%), средней тяжести – у 89 (41,8%), тяжелой степени – у 26 (12,2%) больных. Из 213 пострадавших 161 (75,6%) больной был госпитализирован в течение первого часа с момента травмы, 32 (15%) – в течение 2 часов, 16 (7,5%) – в течение 3 часов и позже 3 часов – 4 (1,9%) человека. 108 (50,7%) больных были доставлены бригадами скорой медицинской помощи. Всем больным при поступлении проводили клинико-лабораторные, УЗИ-, ЭКГ- и рентгенологические исследования и по показаниям – МСКТ. Клинические признаки и лабораторные исследования давали возможность оценить ориентировочное количество потерянной крови и тяжесть шокового состояния, проведение инфузионно-трансфузионной, медикаментозной и комплексной противошоковой терапии.

Результаты и обсуждение. Тактика оказания помощи пострадавшим состояла из адекватной анальгезии, катетеризации магистральных сосудов, ведения комплексной противошоковой, инфузионно-трансфузионной терапии, устранения непроходимости дыхательных путей, мер, направленных к раннему расправлению легкого и дренированию плевральной полости. Исходя из вышеуказанных преимуществ, в нашей практике особое место занимает своевременное и адекватное дренирование плевральной полости. Торакосцентез с дренированием плевральной полости был сделан всем 121 больным с осложненными травмами.

Из всех 121 пострадавшего с осложнениями у 24 больных обнаружен большой гемоторакс, среди них у 6 был определен продолжающийся гемоторакс и были произведены торакотомии в течение 3 часов с момента поступления. Интраоперационная находка показала, что источником кровотечения у 4 больных было повреждение межреберных артерий и вен с отсутствием пневмоторакса, у 2 больных отмечался ушиб легкого с кровоизлиянием и образованием гематомы под висцеральной плеврой. У остальных 18 больных продолжали консервативную терапию с активными наблюдениями дренажа, гемодинамики, рентгенологических исследований. Однако у 4 (3,3%) больных гемоторакс и коллапс легкого сохранялся в течение 3–5 дней, в связи с чем эти больные были прооперированы, и у 3 из них явился большой свернувшийся гемоторакс, а у одного – ушиб легкого. Из 7 пострадавших с продолжающимся кровотечением у 2 был малый и у 5 – средний гемоторакс при поступлении и во время дренирования плевральной полости с различными степенями пневмоторакса. Этим больным произведена экстренная торакоскопия, и у 6 больных операция заключалась в диатермокоагуляции с плевродезом, у одного больного произведена миниторакотомия с транскостальными ушиваниями межреберных сосудов.

У 3 больных коллабирование легкого со стороны повреждения сохранялось в течение более 5 дней, с нарастанием подкожной эмфиземы, без признаков гемоторакса, несмотря на проведение активной аспирации, на 6 и 7 сутки были произведены торакоскопии и были обнаружены разрывы легкого с бронхоплевральными сообщениями, которые ликвидированы с помощью диатермокоагуляции.

Вывод. У большинства больных при продолжающихся гемотораксах источниками кровотечения служили повреждения межреберных артерий и вен. При малых и средних гемотораксах своевременная экстренная торакоскопия позволяет адекватное санирование плевральной полости и ликвидацию источника кровотечения с помощью диатермокоагуляции. При больших гемотораксах с коллабированием легкого необходимо выполнять торакотомию.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Э.Г. Тагисой, И.Ф. Нейматов, М.О. Юсубов

Азербайджанский медицинский университет

Введение. Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита и его осложнений у больных пожилого и старческого возраста продолжает оставаться одной из актуальных, сложных и во многом до конца не решенных проблем билиарной хирургии. В последние годы в патогенезе развития ряда заболеваний и критических состояний большое значение придается нарушению перекисного окисления липидов (ПОЛ) и иммунного статуса больных. Многие исследователи именно с этими механизмами связывают одну из причин неудовлетворительных исходов и методам их коррекции придают большое значение в плане улучшения результатов лечения.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей процессов ПОЛ и антиоксидантной защиты (АОЗ) у больных с острым калькулезным холециститом в пожилом и старческом возрасте и коррекция выявленных нарушений.

Материал и методы. Нами было обследовано 102 больных с ОКХ в возрасте от 60 до 90 лет. В первую сравнительную группу вошли 42 больных, у которых комплексная пред- и послеоперационная лечебные программы строились на основе традиционной базисной терапии, а вторую основную группу составили 60 больных с ОКХ, у которых до- и послеоперационная терапия, помимо общепринятых лечебных мероприятий, сочеталась с иммунокорректирующей и антиоксидантной терапией. У всех больных проводилось динамическое измерение в сыворотке крови содержания гидроперекиси липидов (ГПЛ), малонового диальдегида (МДА), концентрации α -токоферол-ацетата, а также показателей клеточного и гуморального иммунитета до операции и на 1–3, 5–7, 10–14 сутки в послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение. При изучении показателей ПОЛ и АОЗ у больных первой группы выявлено достоверное повышение в сыворотке крови содержания ГПЛ, МДА и наоборот – снижение концентрации токоферол-ацетата по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Прослеживается прямо пропорциональная зависимость выраженности изменений ПОЛ и АОЗ в сыворотке крови от морфологических изменений желчного пузыря и тяжести состояния больных. При усилении некробиотических процессов в стен-

ке желчного пузыря и ухудшении общего состояния больных наблюдался более достоверный рост ГПЛ, МДА и наоборот – значительное уменьшение концентрации токоферол-ацетата. У больных второй группы, которым проводилась коррекция нарушений антиокислительного гомеостаза с момента поступления в стационар, была выявлена иная картина, более умеренное повышение дериватов ПОЛ с тенденцией к нормализации к концу срока наблюдения.

Таким образом, в ходе исследования установлено, что параметры иммунного статуса и показатели ПОЛ-АОЗ взаимосвязаны между собой, глубина иммуносупрессии и интенсивность липопериокисления адекватно отражают тяжесть состояния больных и выраженность деструктивных процессов в билиарной системе. При этом уровень содержания показателей клеточного иммунитета и концентрации малонового диальдегида является наиболее информативным прогностическим тестом тяжести течения послеоперационного периода.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН – ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Ш.А. Таджибаев, Б.Р. Исхаков, Э.К. Собиров, Ф.Ш. Абдурашидов, О.И. Нематуллаев

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность: В последнее время происходят крупномасштабные реорганизации в системе здравоохранения Республики Узбекистан, и назрела необходимость оценить роль и место эндовидеохирургии в структуре оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита непосредственно в практическом здравоохранении на примере отдельного административного региона и в целом по Республике.

Цель исследования. Определить место эндовизуальной хирургии в структуре оперативных вмешательств при остром аппендиците на примере Андижанского, Ферганского и Наманганского вилоятов Ферганской долины, выявить пути и меры их улучшения.

Материалы и методы исследования. В основу данного исследования легли данные ретроспективного одномоментного исследования показателей острого аппендицита в Андижанской, Наманганской и Ферганской областях, где под контролем главных управлений здравоохранения четко налажена система регистрации всех случаев острого аппендицита. Получены, обработаны и проанализи-

рованы данные ежегодных статистических отчетов трех областей Ферганской долины за 2020–2022 годы, и по их результатам дана обобщенная оценка ситуации в отношении острого аппендицита с учетом использования эндовидеолапароскопической техники. На 01.01.2023 г. индекс плотности населения составил 587,9, то есть по плотности населения Ферганская долина занимает одно из ведущих мест Республики Узбекистан. Территория Ферганской долины составляет 18,5 тыс. км², население – 10296,5 млн, эти показатели, естественно, влияют на планирование совершенствования системы здравоохранения, трансформации хирургической службы, повышения качества и расширения масштаба хирургических операций в регионах, повышения качества медицинской помощи, оказываемой населению в данном регионе.

Результаты и обсуждение. В целом по Ферганской долине проблема хирургического лечения острого аппендицита с учетом динамики роста населения: всего за период с 2020 по 2022 г. общее число urgentных больных составило 58236 пациентов, из них с диагнозом «острый аппендицит» – 14077, или 24,1%. Таким образом, за трехлетний период наблюдения отмечается параллель динамики роста населения и числа пациентов с диагнозом «острый аппендицит». Традиционным способом оперировано 13486, или 96%. Лапароскопическую аппендэктомию перенесли всего 591, или 4%. В 126 случаях, или 21,3%, имела место конверсия. Всего летальных исходов 8, или 0,05%. Таким образом, имеет место высокий процент аппендэктомий традиционным способом, или 96%, и только 4% пациентов оперированы с использованием эндовидеооскопической аппаратуры.

Распределение по патоморфологическому диагнозу: острый аппендицит – простая форма – выявлен у 811, или 5,7% больных, флегмонозная форма отмечена у 7855, или 55,8%, гангренозная форма – у 5410, или 38,5% пациентов, то есть преобладают деструктивные формы – 94,3%.

Выводы. В целом по Ферганской долине за трехлетний период наблюдения отмечается динамический рост населения и числа пациентов с диагнозом «острый аппендицит» – 24,1% от общего числа urgentных больных. Распределение пациентов по патоморфологическому диагнозу выявило, что острый аппендицит, простая форма, отмечен у 811, или 5,7% больных, флегмонозная форма отмечена у 7855, или 55,8%, и гангренозная форма – у 5410, или 38,5% пациентов, то есть в исследуемом контингенте больных преобладали деструктивные формы – 94,3%.

Аппендэктомию с использованием эндовидеолапароскопической техники в общей структуре операций по поводу острого аппендицита по Ферганской долине Республики Узбекистан за период

исследования остаётся на довольно низком уровне. Если традиционным способом оперировано 13486 или 96%, то лапароскопическую аппендэктомию перенесли всего 591 пациент, или 4%.

Данная тенденция, на наш взгляд, обусловлена рядом причин как тактического, так и организационного характера. К тактическим причинам в первую очередь необходимо отнести отсутствие единой, разработанной тактики использования эндовизуальной техники, а также центра по координации практической деятельности и подготовки специалистов для эндовидеохирургии. К организационным причинам относится отсутствие административного ресурса, то есть нет должного внимания руководителей лечебных учреждений к внедрению новой лечебно-диагностической технологии при остром аппендиците.

Низкий уровень применения малоинвазивных технологий в хирургическом лечении острого аппендицита и его осложнений требует внесения проблемы эндовидеохирургии острого аппендицита в повестку дня на съездах хирургов республиканского уровня, конференциях для принятия конкретных решений и рекомендаций.

**ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ
РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
В ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО
ПЕРИТОНИТОМ**

**Ш.А. Таджибаев, Э.К. Собиров,
Ф.Ш. Абдурашидов**

**Андижанский государственный медицинский
институт, Узбекистан**

**Медицинский госпиталь ALMOZN,
Ливийская Арабская Республика**

Актуальность. Аппендикулярный перитонит является самым распространённым осложнением острого аппендицита. Локальные формы выявляются у 27–62% больных, диффузный и разлитой – у 11–30%. Частота послеоперационных осложнений прямо пропорциональна развитию перитонита и составляет от 21% до 62,1%. Разлитой аппендикулярный перитонит часто является противопоказанием к применению лапароскопического доступа и основанием не только для конверсии, но и для применения исходно лапаротомий, частота последних доходит до 68,5%. Вместе с тем роль лапароскопической аппендэктомии при аппендикулярном перитоните, особенно в случаях его распространённых форм, в современных международных руководствах практически не освещена ввиду отсутствия доказательных данных.

Цель исследования. Оценка эффективности санации брюшной полости эндовидеолапароскопическим доступом в эндовидеохирургии острого деструктивного аппендицита, осложнённым перитонитом.

Материалы и методы. На базе отделения хирургии Медицинского госпиталя ALMOZN с 2019 по 2024 год 182 пациента перенесли оперативное вмешательство по поводу острого аппендицита с использованием эндовидеолапароскопической техники. Настоящая работа основана на анализе наблюдений 128 больных с острым аппендицитом и его осложнениями, перенесших аппендэктомию с использованием эндовидеолапароскопической техники, 54 (29,7%) больных из 182, техника исполнения операций имела свои особенности, которые являются объектом наших дальнейших исследований. Возраст – от 16 до 64 лет. Мужчин было 71 (55,5%), женщин – 57 (44,5%). УЗИ: сканер SonoScape – P20, Германия, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – компьютерный томограф производства США, Генерал Электрик, модель 2022 года. Диагностическую лапароскопию и оперативные вмешательства производили эндовидеолапароскопическим комплексом фирмы COMEG, производства Япония, и набором инструментов фирмы Karl Storz производства Германия. Из 128 пациентов у 22 (17,2%) диагностирована катаральная, у 89 больных, что составило 69,5%, оказалась флегмонозная, и у 17 (13,3%) – гангренозная форма. В группе больных с деструктивным аппендицитом (106 пациентов) у 62 (58,5%) больных имели место признаки локального перитонита, а у 27 (25,5%) пациентов – явления диффузного перитонита. У 17 (16,0%) пациентов был распространённый перитонит.

Результаты и обсуждение. В 7 случаях морфологические изменения купола слепой кишки и основания червеобразного отростка вынудили выполнить аппендэктомию экстракорпоральным путем с минимальной степенью травмы открытого доступа, что составило 6,6%, но необходимо отметить, что санацию и дренирование выполняли лапародоступом. У 44 (41,5%) больных с распространённым и локальным перитонитом санацию и дренирование брюшной полости выполняли лапародоступом. Данное обстоятельство потребовало установки дополнительных 5-миллиметровых портов для выполнения качественной и надежной санации зоны интереса и установки дополнительных дренажей, что позволило избежать широкой лапаротомии. Техника санации: (Акт внедрения № 208 от 09.10.2023). При наличии гнойного или серозно-фибринозного выпота производилась первичная санация. После окончания этапов операции аппендэктомии с помощью аквапургатора под давлением промывалась брюшная полость после поднятия

головного конца операционного стола до чистых вод. Это способствовало стеканию промывных вод в нижний этаж брюшной полости, где эвакуация патологической жидкости значительно легче, особенно при использовании манипулятора. Для санации использовали теплый 0,5% раствор диоксида, как правило, для промывания брюшной полости использовали от 4 до 6 литров раствора в зависимости от степени распространенности и поражения. В зависимости от ситуации устанавливали дополнительно 5-миллиметровые порты для выполнения качественной и надежной санации зоны интереса и адресной установки дополнительных дренажей отдаленно от зоны оперативного вмешательства.

В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, антибиотикотерапию. Ранняя активация, выписывались на 4–5–6 сутки, в зависимости от общего состояния. В раннем послеоперационном периоде имело место нагноение точки введения умбиликарного порта у 6 (4,7%) пациентов.

Вывод. Санация брюшной полости лапародоступом является эффективным методом лечения перитонитов аппендикулярной этиологии, позволяющей снизить процент ранних послеоперационных осложнений. Использование санации брюшной полости лапароскопическим доступом позволило избежать широкой лапаротомии у 44 (41,5%) больных.

СИГМАСИМОН ИЧАК БУРАЛИШНИ РШТЁИМНИНГ ЯНГИ УСУЛИ БЎЙИЧА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

*Д.Б. Туляганов, М.Х. Абдулахатов, Д.Т. Пўлатов,
Д.Э. Хошимов., М.А. Хомидов.*

**Республика шошилинич тиббий ёрдам
илмий маркази, Тошкент**

Мавзунинг долзарблиги: Сигмасимон ичакнинг буралиши нисбатан кам учрайдиган касаллик бўлиб, барча турдаги ичак тутилишининг умумий сонининг 3% дан 8% гача қисмини ташкил қилади. Сўнгги йилларда хирургия ютуқларига қарамасдан, ушбу касалликдаги ўлим 14 дан 16% гача, асоратлар сони 32–47% га етиши мумкин. Сигмасимон ичак буралишини даволашнинг асосий тури хирургик ҳисобланади, аммо замонавий адабиётларда хирургик аралашувларнинг кўлами ва усуллари тўғрисидаги фикрлар бир-бирига зиддир. Сигмасимон ичак буралишларида хирургик амалиёт тактикасини ва ҳажмини белгилашда ичак резекциясини бажариш зарурлиги ёки йўқлигини асосий аҳамият касб этади ва бунда беморнинг умумий аҳволи ҳамда йўғон ичакнинг ҳаётга мойиллиги биринчи навбатда инобатга олинади. Резекция қилинмайдиган усуллар ичида сиг-

масимон ичакнинг пликацияси кўпроқ тарқалган бўлиб, бунда йўғон ичакни алоҳида тайёрлаш талаб қилинмайди, аммо бу амалиётдан кейин буралиб қолиш рецидиви 22% ни, ўлим кўрсаткичи эса 3% ни ташкил қилади. Баъзи тадқиқотчилар фақат паллиатив аралашувлар амалга оширилишини таклиф қилишади, шошилинич ҳолатда бу ёндашувни камроқ шикаст деб тушунтиради, бошқалари эса хирургик аралашувлар ҳар доим радикал бўлиши керак деб ҳисоблашади. Сигмасимон ичакнинг буралишини даволашда диагностика ва хирургик тактикасини такомиллаштириш, консерватив ва хирургик даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш, хирургик аралашувнинг янги усуллари ишлаб чиқиш, шубҳасиз, замонавий хирургияда долзарбдир.

Тадқиқотнинг мақсади. РШТЁИМда ишлаб чиқилган сигмасимон ичакнинг буралиши билан оғриган беморларни даволаш алгоритми асосида ташхислаш ва даволаш натижаларини баҳолаш ҳамда касаллик қайталанишининг олдини олувчи усулни ишлаб чиқиш эди.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Сигмасимон ичакнинг буралиши билан оғриган ва 2001 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда РШТЁИМда комплекс даволанган 233 нафар беморни кенг қамровли текшируви ва даволаш натижалари таҳлилига асосланган.

Натижалар: Беморларнинг ёши 20 ёшдан 91 ёшгача бўлган (беморларнинг ўртача ёши 56 ёш) 146 таси эркаклар ва 87 аёллар эди. Ўлим даражаси касалликнинг бошланишидан бошлаб касалхонага беморларни ётқизиш вақтига, ёшига ва бирга келадиган патологиялар мавжудлигига боғлиқ. 233 нафар беморларнинг 21 нафарида шифохонага келган вақтда перитонит аниқланган. Қолган 212 беморда перитонит йўқ эди. Анамнездан – 6–7 мартагача касалликнинг такрорланиши кузатилган. Касалликнинг бирламчи эпизодига чалинган беморлар сони 101 нафарни ташкил этди. Консерватив даво 81 та ҳолатда ижобий таъсир кўрсатди. 152 нафар беморга лапаротомия қилинган: улардан 131 тасида некроз белгилари аниқланмаган, 21 та ҳолатда сигмасимон ичакнинг некрози аниқланган ва бу беморларга Хартман амалиёти қўлланган ва сигмастома шакллантирилган. 131 та бемордан 83 нафарига Гаген Торен усулида сикмопексия амалиёти ўтказилган. 12 нафар беморга буралган сигмасимон ичакни деторсия қилиш билан амалиёт якунланган бўлса, 16 нафар беморда сигмасимон ичак резекция қилиниб, бирламчи анастомоз шакллантирилган. Бирламчи анастомоз қўйилган беморларнинг 8 нафари, яъни 50 % да чоклар етишмовчилиги кузатилиб релапаротомия қилинган ва сигмастома чиқарилган. РШТЁИМ томонидан ишлаб чиқилган янги усул орқали 21нафар беморда амалиёт ўтказилган. Амалиётдан сўнг асоратлар

кузатилмаган. Ушбу тоифадаги беморларни даволаш учун РШТЎЙМда ишлаб чиқилган ва жорий этилган янги усул – «ёнма-ён» десцендо-сигмаанастомоз қўйишдир. Ушбу услуб камроқ шикастлидир ва айни пайтда ичак ёки тошнинг бир қисмини резекция қилиш талаб қилинмайди, касалликнинг қайталаниши ривожланиш хавфи камайди.

Хулоса: Сигмасимон ичакнинг бурилиши ўткир ичак тутилишининг кам тарқалган тури бўлиб, ушбу касаллик ҳар қандай ёшдаги беморларда пайдо бўлиши мумкин ва такрорланиш хавфи юқори бўлган касалликдир. Бурилиш ҳолатларини камайтириш учун баъзи консерватив чоралар қўлланилишига қарамай, ҳозирги вақтда сигмасимон ичак бурилиши бор беморларни даволашнинг асосий усули сигмопликация бўлиб қолмоқда. Бироқ, бундай жарроҳлик аралашув кўпинча бемор аҳволининг янада ёмонлашиши билан касалликнинг қайталанишига олиб келади. Олинган натижаларга асосланиб, марказимизда илк бор ушбу тоифадаги беморларда қўлланилган янги усул ушбу операцияни шошилиш равишида амалга ошириш имконини яратиб, касалликнинг қайталаниш хавфининг олдини олади.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

*Р.П. Тулаков, М.Н. Наврузов, Э. Арслонов,
Б.Ж. Гелдиев, С.Э. Ачилов*

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание пищеварительного тракта, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением. Патологический процесс может локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта, от ротовой полости до анального отверстия (Фёдоров В.Д., 1989; Киселев Ю.И. и др., 1992; Шифрин О.А., 2005).

Заболевание часто сопровождается различного рода осложнениями как местного, так и системного характера (Лоранская И.Д. и др., 1999). Основными причинами тяжелых осложнений и высокой летальности являются поздняя диагностика и запоздалое начало лечения (Фёдоров В.Д., Аллер Г., 2001; Ивашкин В.Т., Шифрин О.С., 2002; Levy С., Tremaine W., 2002). БК нередко обнаруживаются во время экстренных операций по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в виде сегментарного поражения тонкой и толстой кишки. Значительно реже удается диагностировать это заболевание до операции (Кулибаба Д.М., 1992).

В литературе нет единого мнения о лечебной тактике при БК (Логачев В.К., 1984; Аллер Г., 2001). Вопрос о радикальности операции при БК также решается неоднозначно (Байриев Ч.Б., 1987; Белоусова Е.А., 2000; Гришук И.Ф. и др., Levy С., 2002; Cattani P. et al., 2002).

Цель. Улучшить результаты лечения больных болезнью Крона тонкой и толстой кишки в ургентной хирургии.

Материал и методы. За период с 2012 по 2023 г. в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП находились на лечении 18 больных с болезнью Крона. Из них 9 (50,0%) больных детского и подросткового возраста, 9 (50%) взрослых больных. Мужчин было 12 (66,7%), женщин – 6 (33,3%). Все больные поступили в клинику с другими различными первичными диагнозами. В первичных диагнозах фигурировало: у 4 (22,3%) больных – острый аппендицит, у 9 (50,0%) – перитонит, у 3 (16,7%) – острая кишечная непроходимость, у 1 (5,5%) – абсцесс правой подвздошной области и у 1 (5,5%) – СПО аппендэктомия. Ни в одном из случаев первично не был установлен основной диагноз «БК».

Всем больным до операции по показаниям проведены стандартные диагностические методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, УЗИ и рентгенография и рентгеноскопия органов брюшной полости).

Результаты. Все больные оперированы в экстренном порядке. Интраоперационно обнаружено, что у 10 (55,6%) больных БК локализован в различных отделах тонкой кишки, у 8 (44,4%) – в толстом кишечнике. Радикальная хирургическая тактика проводилась у 7 (38,8%) больных. Из них 2 (11,1%) больным произведена резекция тонкой кишки с наложением одноствольной илеостомы, у 3 (16,6%) – резекция тонкой кишки, с наложением энтероэнтероанастомоза, у 1 (5,5%) – резекция илеоцекального угла с наложением илеоколоанастомоза «конец в бок», у 1 (5,5%) – правосторонняя гемиколэктомия, с наложением илеотрансверзоанастомоза. У 10 (55,6%) больных интраоперационно выявлены неосложненные формы БК. Из них у 4 (22,2%) больных имелся вторичный катаральный аппендицит, которым произведена аппендэктомия. У 6 (33,3%) больных ограничили дренированием брюшной полости. Все больные в послеоперационном периоде получали антибиотикотерапию и препараты производных аминосалициловой кислоты – салофальк (Per os: взрослым по 500 мг × 3 раза в сутки, детям 30–50 мг/кг/сут в 3 приёма). Осложнение в послеоперационном периоде при осложненных формах БК наблюдались у 2 (11,1%) больных; у 1 (5,5%) – продолжающийся перитонит, у 1 (5,5%) – нагноение послеоперационной раны. Летальность среди оперированных пациентов – 1 случай (5,5%).

Выводы:

1) При осложненных формах БК оптимальным методом лечения является радикальное хирургическое лечение. Объем операции зависит от локализации процесса и вида осложнения.

2) При неосложненных формах БК и в послеоперационном периоде по поводу осложненных форм БК с целью профилактики рецидивов хороший результат достигается использованием производным аминсалициловой кислоты – салофалька.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МЕТОДА
ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНЫХ
АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

*Д.Э. Хошимов, Д.Б. Туляганов, Д.Т. Пулатов,
М.Х. Абдулахатов, М.А. Хомидов*

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

Актуальность. Острая кишечная непроходимость (ОКН) является одной из наиболее сложных и актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии. В особенности частота несостоятельности межкишечного анастомоза после операции колеблется от 1,2% до 19,2%. Несмотря на большие достижения современной медицины, в лечении больных с осложненной ОКН проблема хирургической тактики до конца не решена.

Цель. Выбор оптимальных способов формирования кишечного анастомоза, улучшения непосредственных результатов лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью различной этиологии.

Материалы и методы. Проанализирована и оценена эффективность традиционных и усовершенствованных способов формирования межкишечных анастомозов у 126 больных с ОКН различной этиологии, находившихся в экстренном хирургическом отделении Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2021 по 2023 г. Оперированные больные (n = 126) были разделены на 2 группы: в контрольной группе – 80 (63,5%) больных, у которых кишечные анастомозы были сформированы традиционным способом, в основной группе – 46 (36,5%) больных, у которых формировали кишечный анастомоз усовершенствованным способом (УС), сохраняя кровеносные сосуды кишечной стенки «mural trunks».

Результаты. В контрольной группе оперировано 80 больных, развитие несостоятельности межкишечных швов анастомоза отмечено в 7 (8,8%) случаях, что потребовало повторных оперативных вмешательств. У 5 (71%) из них наблюдалась не-

достаточность кишечных швов с перитонитом, у 2 (29%) – ранняя спаечная непроходимость кишечника в послеоперационном периоде. В основной группе с использованием предложенного УС оперировано 46 больных с ОКН различной этиологии и достигнуты положительные результаты, развития несостоятельности и летальных исходов швов не наблюдалось. Повторная операция выполнена у 1 (2,1%) пациента по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости.

Сущность способа межкишечного анастомоза заключалась в следующем: а) сохранение сосудов боковой стенки кишки, т.е. «mural trunks»; б) линию кишечного анастомоза формируют со стороны, противоположной брыжейке кишки, то есть где мало кишечных кровеносных сосудов; в) первый и второй ряды швов формируют в «шахматном» порядке, находящемся под ним, и достигается прочная герметичность.

Обсуждение. По результатам научного анализа, зарегистрированная частота несостоятельности анастомоза колеблется от 1,2% до 19,2%, а летальность от послеоперационных осложнений, в том числе от негерметичности анастомоза, достигает 30–32%. Технический результат, который может быть приобретен благодаря данному способу, сводится к выполнению межкишечного анастомоза, который обладает хорошей механической прочностью межкишечного шва, отсутствием инфицирования вдоль линии шва, тем самым снижая риск послеоперационных осложнений. Анализируя результаты использования нового способа формирования межкишечных анастомозов в хирургической практике, следует подметить их высокую эффективность, так как ни в одном случае развития несостоятельности швов анастомозов не зафиксировано.

Усовершенствованный способ формирования межкишечного анастомоза подан на патентование как полезная модель (Министерство юстиции Республики Узбекистан, № 00082416 от 2023 года).

Заключение. Таким образом, использование предложенного нами способа формирования межкишечного анастомоза способствует благоприятному течению послеоперационного периода и ускорению восстановительного процесса в зоне кишечного анастомоза, тем самым уменьшая частоту послеоперационных осложнений. Полученные результаты позволяют рекомендовать способ формирования межкишечного анастомоза при выполнении реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств на кишечнике, особенно в ургентной хирургии. В нашем исследовании осложнений или летальных исходов не наблюдалось. По этим показателям известно, что в таких случаях сохранение сосудов боковой стенки кишки, т.е. «mural trunks», при формировании анастомоза по-

сле резекции кишки значительно снижает частоту несостоятельности сформированного анастомоза и самое главное – смертности больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Б.А. Алиев, Д.Б. Туляганов, Ш.К. Атаджанов

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

В современной концепции при желчнокаменной болезни камень перекрывает общий желчный проток с последующим развитием механической желтухи, холестаза с нарастающей протоковой гипертензией и ахолией. Так как желчные кислоты обладают детергентным влиянием, ахолия способствует колонизации микрофлорой кишечника, транслокации бактерий и эндотоксинов в кровь воротной вены, что должно инициировать системную воспалительную реакцию. Распространение инфекции до мелких холангиол, холангиовенозный рефлюкс из-за гипертензии билиарного тракта с массивным поступлением в кровоток эндотоксинов и других биологически активных веществ приводят к генерализации инфекции с развитием осложнений. Хотя показатель летальности ЖКБ относительно низок и составляет в среднем 0,6%, высокая ее частота приводит к тревожным цифрам смертности в абсолютном значении.

Эффективность эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ) при лечении холедохолитиаза при наличии современной аппаратуры и инструментария является высокой, составляя 95,6%. При ЭТПВ имеется вероятность развития осложнений, частота которых варьирует от 2,6 до 11,2%, летальность составляет 0,3–2,3%. Восходящий гнойный холангит и деструктивный холецистит являются потенциальными осложнениями эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) с папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

При всей отработанной системе подходов к лечению сроки выполнения холецистэктомии после ЭРПХГ и снятия блока в билиарном тракте остаются дискуссионными. Несвоевременно проведенная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) может привести к серьезным осложнениям в виде воспаления или повреждения соседних органов – двенадцатиперстной кишки или желчевыводящей системы. Наоборот, проведенная в оптимальные сроки ЛХЭ позволит снизить частоту повреждения билиарной системы.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 150 пациентов, перенесших ЛХЭ после ЭРПХГ с ЭПСТ в РНЦЭМП за 2022–2023 гг. В зависимости от сроков проведения холецистэктомии пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – 89 пациентов, которым ЛХЭ выполнена в течение первых 48 часов после произведенной ЭРПХГ; 2-я группа – 61 пациент, которым ЛХЭ выполнена после 48 часов после произведенной ЭРПХГ.

Ретроспективный анализ показал, что в группе больных, которым ЛХЭ была произведена в первые 48 часов после ЭРПХГ с ЭПСТ, средний срок пребывания в стационаре составил $4,7 \pm 0,38$ суток. Во 2-й группе пациентов, которым ЛХЭ была произведена через более 48 часов, этот срок равнялся $7,3 \pm 0,84$ суток. Также в группе пациентов, которым ЛХЭ была произведена в первые 48 часов после произведенной ЭРПХГ, осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось на 35% меньше относительно показателей 2-й группы пациентов.

Таким образом, исследование по изучению влияния сроков проведения ЛХЭ после ЭТПВ показывает, что при более раннем выполнении этого вмешательства отмечается значительное сокращение сроков пребывания больных в стационаре и снижение частоты послеоперационных осложнений. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности проведения ЛХЭ в возможно ранние сроки после ЭТПВ.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

**А.А. Улугмуратов, Б.А. Янгиев,
Д.К. Нормуродов**

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Печень представляет собой один из наиболее крупных органов человеческого тела, который играет важную роль в функции пищеварения и обмене веществ (А.М. Хаджибаев с соавт., 2012). По консистенции печень – достаточно плотный орган, однако легко поддается травматизации даже при незначительном воздействии на него. Брюшной покров печени оказывает небольшую защиту при внешних воздействиях, поэтому после повреждения серозного покрова легко разрушается рыхлая ткань печени в любом направлении, чем объясняются сравнительно частые разрывы печени (от 13,2 до 24,3%) при закрытой травме живота (Ш.И. Каримов с соавт., 2010).

Цель работы. Улучшить результаты диагностики и лечения при закрытых повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей путем использования видеолапароскопии.

Материалы и методы. В отделении экстренной детской хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 4 года видеолапароскопия произведена у 25 ребенка при закрытой травме живота. Возраст детей варьировал от 3 до 18 лет. Преобладали мальчики – 17 (68%). Причинами травмы были: дорожно-транспортные происшествия у 12 (48%), удар в живот тупым предметом – у 4 (8%), падение с высоты (кататравма) – у 9 (36%). Из 25 пострадавших детей 21 (84%) поступили до 3-х часов с момента травмы, от 4 до 10 часов – 4 (16%) пострадавших.

Для диагностики повреждений органов брюшной полости использовались: анамнестические данные, клинико-лабораторные исследования, УЗИ, рентген, компьютерная томография (КТ) и экстренная диагностическая видеолапароскопия. Для определения степени тяжести повреждений печени использована классификация Мооре.

Результаты. Прилапароскопические вмешательства повреждения печени в области II, III, IV, V (у 18 детей) и VII, VIII сегментов (у 3) по Moore I, II и III степени, а селезенки – I и II (у 8). Повреждения печени имели место у 19 (76%) пострадавших I, II и III степени по Мооре, в том числе изолированные – у 13 (52%) детей. Разрыв селезенки – у 8 (32%) больных, из них I степени у 3 и II степени – у 5. У 5 детей с разрывом селезенки травма была сочетанной. У всех пациентов выполнялась экстренная диагностическая лапароскопия, при этом в 2 случаях (6,5%) были выставлены показания к лапаротомии. У 19 пациентов удалось произвести гемостаз и разрешить гемоперитонеум, избежав ненужной лапаротомии. Кроме того, используя минилапаротомный доступ, мы в двух случаях произвели ушивание ран левой доли печени и желудка, а в одном – ушивание обширного разрыва правой доли печени. Каких-либо осложнений у подвергшихся такому лечению больных мы не наблюдали.

Виды видеолапароскопических вмешательств у наших пациентов были следующие:

- лапароскопическая электрокоагуляция ран печени и селезенки, санация и дренирование брюшной полости – у 16 (64%);
- электрокоагуляция раны печени и селезенки и фиксация к ней сальника – у 3 (12%);
- конверсия – у 6 (24%).

Основными факторами, предопределяющими успех органосохраняющих операций, являются: стабильная гемодинамика, объем гемоперитонеума до 150–200 мл, отсутствие тяжелых повреждений других органов брюшной полости. Производили тщательную её электрокоагуляцию, до образования сплошного струпа на раневой поверхности. К ранам печени и селезенки подводили 1–2 дренажа. В одном случае производили релапароскопию нагноившейся гематомы печени (7 сегмента), после чего на 6-е сутки наступило выздоровление.

Заключение. Из 25 пациентов с травмой печени и селезенки лечебно-диагностическая лапароскопия позволила у 19 (76%) отказаться от традиционной, в таких случаях, широкой лапаротомии, при этом осложнений и летальных исходов мы не наблюдали.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Ш.Т. Ураков, Л.Р. Кенжаев,
Ш.М. Абдурахманов, И.К. Саидов*

**Бухарский медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Сопоставляя величину корреляции многих факторов прогноза с исходами операций на желчных путях у больных циррозом печени, ряд исследователей пришли к выводу о значительной достоверности прогноза на основе градаций Чайльда. Автор отмечает, что при циррозе печени любые операции по поводу основного или сопутствующего заболевания сопровождаются высоким риском осложнений и смерти.

Цель работы. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения при циррозе печени и остром желчнокаменном холецистите.

Материалы и методы. В основу работы легло изучение результатов лечения 58 больных ЖКБ, сочетанной с циррозом печени (ДЗП), находившихся в 2020–2023 гг. в Бухарском филиале РНЦЭМП. Большинство больных были в возрасте от 45 до 65 лет. Женщин было 46, мужчин – 12. Клиническая картина сочетанного поражения желчевыводящих путей и паренхимы печени носила разнообразный характер.

Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение проведено всем 58 больным ЖКБ, сочетанной с различными вариантами поражений печени. В контрольной группе больным ЖКБ с ЦП выполнена холецистэктомия (58 случаев), которую дополняли по показаниям холедохолитотомией (29 случаев). В основной группе больным, кроме холецистэктомии и необходимого объема вмешательств на желчевыводящих протоках, выполняли коррекцию диффузного заболевания печени в различном объеме в зависимости от степени поражения печеночной паренхимы. Большая часть больных (22 случая – 37,9%) – ЖКБ, сочетанная с хроническим активным гепатитом (ХАГ).

Острый воспалительный процесс в желчном пузыре ухудшает функциональное состояние печени; вызывает снижение метаболических функций и усиление активности патологического процесса в печени. У больных ЦП с простыми формами ОКХ без

холедохолитиаза или после эндоскопической санации холедоха наиболее оптимальным оперативным вмешательством является ЛХЭК. Оперативное лечение КХ у больных ЦП с функциональным классом «С» представляет крайне высокий риск. У этих больных перспективны малоинвазивные вмешательства (ЛХЭК).

В основной группе в течение 2–3 дней после операции проводилась внутривенная инфузия лекарственных препаратов: раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой для улучшения метаболических процессов в печени, трентал (или пентоксифиллин) для улучшения микроциркуляции в печени и уменьшения гипоксии гепатоцитов, гептрал – гепатопротектор, оказывающий свое действие даже на фоне внутрипеченочного холестаза.

Выводы. Таким образом, комплекс интра- и послеоперационных мер, направленный на коррекцию сочетанной с ЖКБ диффузной патологии печени, способствует более легкому течению раннего послеоперационного периода, а в поздние сроки после операции уменьшает прогрессирование патологического процесса в печени переход в тяжелые формы циррозов.

IMPROVED EFFECTIVENESS IN TREATING PATIENTS WITH ASCITS PERITONITIS CAN BE ACHIEVED THROUGH THE CREATION OF AN ERGONOMIC ANTIBIOTIC THERAPY PROGRAM.

Urokov Sh.T.¹, D.J. Komilov² L.R. Kenjayev², F.X. Ganjiev²

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Bukhara, Republic of Uzbekistan

²Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care

RELEVANCE: A small intestine motility abnormality brought on by cirrhosis increases the risk of intestinal bacterial overgrowth and translocation. Furthermore, the fact that these patients use proton pump inhibitors often may make this problem worse by decreasing stomach acidity and increasing intestinal permeability, which encourages bacterial translocation and colonization of mesenteric lymph nodes. The deterioration of the body's defensive mechanisms also contributes to the subsequent infection of the fluid in the peritoneal cavity. Spontaneous bacterial peritonitis occurs in up to 10% of patients with ascites due to bacterial overgrowth with translocation through increased permeability of the small intestinal wall and disruption of protective mechanisms. Against the background of AP, liver failure with nephrotic syndrome increases in 30% of patients.

OBJECTIVE OF THE STUDY — The effectiveness of treatment of patients with AP can be improved by

substantiating the optimal antibiotic therapy program in combination with complex treatment of patients with cirrhosis.

MATERIALS AND METHODS The results of treatment of 23 patients with cirrhosis complicated by AP were analyzed. There were 10 men (43.5%), 13 women (56.5%). The average age was 57.5 ± 11.4 years. According to the degree of hepatic decompensation in accordance with the Child – Turcotte – Pugh criteria, patients were distributed as follows: class B - 3 patients, class C - 20 patients. According to the nature of ascites, 8 patients had transient ascites, and 15 patients had resistant ascites. Primary ascites-peritonitis was diagnosed in 16 patients. Secondary bacterial peritonitis was detected in 7 patients: in 2 patients - as a consequence of gangrenous calculous cholecystitis, in 1 - phlegmonous appendicitis. Four patients diagnosed with secondary bacterial peritonitis had a history of invasive manipulations accompanied by a violation of the integrity of the peritoneum: laparocentesis in 2 patients, mesentericocaval-H anastomosis in one case, and herneoplasty for an umbilical hernia in one case.

All patients underwent puncture of the peritoneal cavity under ultrasound guidance. In 11 (52.3%) patients, ultrasound of the abdominal cavity revealed acoustic heterogeneity of the AF: floating fibrin threads, suspended protein particles, and fibrinous deposits were visualized. However, their presence was not strictly pathognomonic for AP. The diagnosis of ascites-peritonitis was established when the total cytosis in the AF increased over 800 cells in 1 μ l and the number of neutrophil leukocytes increased over 250 cells in 1 μ l. To exclude infection of the AF, in each case, its bacteriological control was carried out by inoculating it on enrichment media.

RESULTS OF THE STUDY showed that the maximum concentration of cefoperazone and sulbactam when administered intravenously is detected 1 hour after intravenous administration of the drug and decreases by 37% by 12 hours. The dynamics of drug concentrations in the AF were of a different nature: Cmax in the AF reached values of 24.097 ± 3.375 μ g/ml 1 hour after the start of intravenous administration and decreased by half by 12 hours from the initial level. When comparing the concentrations of the antibacterial drug in the AF, it was revealed that the concentration of cefoperazone and sulbactam in the second group after 1 hour was significantly lower, but by 6 and 12 hours it increased significantly and exceeded by 64% the concentration in the AF of the first group. When comparing the concentrations of the antibacterial drug in the AF, it was revealed that the concentration of cefoperazone and sulbactam in the second group after 1 hour was significantly lower, but by 6 and 12 hours it increased significantly and exceeded by 64% the concentration in the AF of the first group.

With endolymphatic administration of the antibiotic, its bioavailability in ascitic fluid is significantly higher than with intravenous administration. However, the effective concentration is achieved only 6 hours after administration. When administered intravenously, within an hour the concentration of cefoperazone is significantly higher ($24.097 \pm 3.375 \mu\text{g/ml}$). Taking into account the obtained data on the bioavailability of cefbactam in the AF, 3 patients of the third group received combination antibacterial therapy. After the diagnosis of AP was made, antibacterial therapy was started with intravenous administration. Then, after inserting a catheter into the inguinal lymph node, cefbactam at a dose of 1 gram was administered endolymphatically. A study of the concentration of cefoperazone and sulbactam in AF was carried out.

With combined antibacterial treatment, the effect of the antibiotic began from the first hours of the start of therapy and persisted for 12 hours. On the 2nd day after the start of antibacterial therapy, all patients underwent repeated cytological and microbiological examination of the AF.

CONCLUSIONS When diagnosing AP, it is necessary to begin timely combination antibacterial therapy. It should include joint, simultaneous intravenous and endolymphatic administration of cefbactam.

ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА НА МОДЕЛИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

К.С. Усманов, Р.А. Садилов

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Наиболее грозным осложнением ущемленных грыж является некроз кишечника, который при несвоевременном хирургическом вмешательстве приводит к фатальному результату, а после выполнения резекционных вмешательств сопровождается рядом осложнений со стороны анастомозированных органов, а также риском развития инфекции при пластике грыжевого дефекта. За многие годы было выполнено множество работ по поиску простого и информативного метода оценки жизнеспособности кишечника при ущемленных грыжах, начиная от простой пигментной и трансиллюминационной вазоскопии, заканчивая такими перспективными направлениями, как лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), электрогастроэнтерография и люминесцентный анализ флуорофорами.

Применение флуорофоров в хирургии с целью ангиографии или лимфографии обладает высокой информативностью, что не раз доказано в зарубеж-

ных исследованиях. Флуоресцеин натрия (ФН) достаточно давно и широко применяется в клинике как доступный флюорант в таких областях медицины, как офтальмология и нейрохирургия.

Целью работы является усовершенствование объективных методов оценки жизнеспособности тонкого кишечника на модели ущемленной грыжи передней брюшной стенки у крыс.

Материалы и методы. Исследования выполнены в отделении экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» в 2023–2024 гг. Для экспериментов использованы 62 белые беспородные крысы обоего пола весом 220–310 г. Исследования проводились согласно международным стандартам по гуманному обращению с лабораторными животными (Страсбург, 1986 г.).

Методика операции: под общей анестезией в асептических условиях выполнялась срединная лапаротомия. Была выделена петля тонкого кишечника. Брыжеечные сосуды петли были клипированы микро-клипсами с ущемлением в дефекте апоневроза петли тонкой кишки. После этого в хвостовую вену был введен 1 мл 10% раствора ФН для контроля полного блока кровоснабжения тонкого кишечника. Под специальной LED лампой с длиной волны 480 нм наблюдалась флуоресценция всех тканей с неизменной перфузией и отсутствие в ишемизированной. Флуоресценция проверялась после пережатия сосудов и после разущемления. Убедившись в полном прекращении кровоснабжения, ущемленную петлю помещали между апоневрозом и кожей животного, кожа непрерывно ушивалась.

Опытным путём у крыс была выбрана длительность ущемления в течение 2 часов. Через 2 часа, после снятия сдавливающего узла, восстановление цвета кишки визуально сравнивалось с интенсивностью флуоресценции при проникновении в ткани достаточного количества флуорофора. Кроме того, восстановление пульсации брыжеечных сосудов после снятия сдавливающего узла наблюдалось с помощью операционного микроскопа под увеличением в 50 раз, а функциональное восстановление кишечника мониторировалось с помощью запатентованных универсальных игольчатых электродов. Также были испробованы методы пульсоксиметрии и ЛДФ на исследуемом участке тонкого кишечника. На 3, 7 и 14 сутки выполнена релапаротомия, ревизия кишечника и взятия биопсии с участка ишемизированного кишечника и части тонкого кишечника дистальнее и проксимальнее этого участка.

Результаты. На модели ущемленной грыжи были воссозданы все ключевые факторы нарушения кишечного кровоснабжения. Выпячивание кожи над ишемизированной петлей тонкой кишки визуально увеличивалось, просматривалась потемневшая и растянутая петля тонкой кишки. Визуально кишка через несколько минут меняла цвет, становясь тем-

нее. Введение ФН внутривенно давало возможность убедиться в полном прекращении кровотока, наглядно показывая четкие границы между нормальной кишкой и ишемизированной. Через 2 часа после ущемления под общим наркозом сдавливающая петля снималась, наблюдаемый цвет кишечника варьировался от темно-бордового до буро-черного. Восстановление пульсации брыжеечных сосудов наблюдалось под операционным микроскопом через 20 минут после разущемления, появлялась флуоресценция ишемизированной зоны. Под микроскопом убедились, что в большинстве случаев возникает венозный блок при ущемлении кишечника, при сохраненном артериальном кровотоке. При измерении электрической активности кишечника наблюдалось восстановление медленных волн через 30 минут после разущемления, что подтверждает значимость данного метода в функциональной оценке восстановления кишечника.

При исследовании в сроки 3, 7 и 14 суток после разущемления кишки наблюдалось полное восстановление цвета и перистальтики тонкого кишечника.

Таким образом, изменение цвета кишечника, отсутствие пульсации и перистальтики не всегда свидетельствует о некрозе кишки; для объективной оценки жизнеспособности кишечника целесообразно использовать объективные методы исследования.

КЛИНИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССОВ И ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ

Ш.М. Усмонов, Ч.М. Абдувалиева, Ш.К. Халилов, К.З. Кадиров, А.А. Абдужаббаров, З.Т. Сотволдиев

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. По литературным данным, ультразвуковые исследования органов брюшной полости у детей являются одним из ранних диагностических мероприятий при острых процессах и травматических повреждениях.

Проведение ультразвукового исследования при острых процессах брюшной полости и травмах живота особенно необходимо у детей раннего возраста. Это актуально для диагностики острой хирургической патологии органов брюшной полости в угрожающих состояниях больного ребенка, когда клинические проявления заболевания или травмы весьма разнообразны, возможности сбора анамнеза ограничены, а осмотр затруднен вследствие объективных причин: нахождение ребенка в коматозном состоянии, на ИВЛ.

Цель. Повысить эффективность УЗИ-диагностики травматических повреждений органов брюшной полости у детей.

Материалы и методы. В отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП с 2018 по 2023 г. обследовано 320 детей в возрасте от 0 до 18 лет, поступивших в стационар с подозрением на травму органов брюшной полости. Мальчиков было 192 (60%), девочек – 128 (40%). Ультразвуковая диагностика органов брюшной полости была проведена в комплексе с общеклиническими обследованиями.

Результаты. Диагноз «травма органов» был установлен достоверно путем ультразвуковой диагностики у 300 детей в возрасте от 0 до 18 лет из общего числа обследованных, это составило 38% от общего числа детей, которым ультрасонография органов брюшной полости была произведена в связи с подозрением на повреждение внутренних органов. Подтверждение диагноза «разрыв внутренних органов», установленного ультразвуковым исследованием, осуществлялось интраоперационно.

Из травм общего числа больных были травмы паренхиматозных органов: разрыв паренхиматозных органов – 130 (40,6%), субкапсулярная гематома – 80 (25%), ушиб органов – 110 (34,4%). Ультразвуковая диагностика применялась с целью конкретизации характера заболевания брюшной полости (воспаление, непроходимость, травма). Анализ результатов применения ультразвука в комплексной диагностике неотложной хирургической патологии у детей показал возможности использования ультрасонографии в постановке раннего диагноза уже в условиях приемного покоя у детей с угрожающими состояниями (шок, кровопотеря, кома), локализации очага воспаления или травматического повреждения органов брюшной полости, оценке состояния внутренних органов и брюшной полости в целом, исключении или подтверждении наличия в ней свободной жидкости, крови, кишечного содержимого.

В послеоперационном периоде УЗД позволяла дифференцировать возникающие в брюшной полости осложнения: абсцессы, инфильтраты, парез кишечника и пр.

Заключение. Таким образом, комплексная диагностика с использованием ультразвукового исследования органов брюшной полости у детей обеспечила высокую степень информативности, которая позволила выполнять рациональную дифференцированную тактику ведения больных, избегать ошибок в диагностике.

Применение метода ультразвуковой диагностики органов брюшной полости у детей с подозрением на острый процесс или травму позволяет установить правильный достоверный клинический диагноз уже при первичной ультрасонографии

более чем у 90% обследуемых. Таким образом, мы считаем, что этот метод исследования по праву можно поставить на первое место среди других неинвазивных методов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Ф.А. Хаджибаев, М.А. Хомидов, Д.Э. Хошимов,
М.Х. Абдулахатов*

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

Актуальность. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является одной из наиболее распространенных хирургических патологий желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Частота встречаемости ГПОД составляет от 3% до 30% всех заболеваний ЖКТ. Результаты хирургического лечения больных с ГПОД и её осложнения остаются неудовлетворительными.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, а также уточнение показаний к различным вариантам операций – лапароскопическим и традиционным методам.

Материалы и методы. Работа основана на проведении проспективного и сравнительного анализа случаев традиционного и лапароскопического метода 57 пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, находившихся в отделениях экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) с 2017 по 2024 г. Оценена эффективность различных методов диагностики хирургического лечения больных с различными формами ГПОД.

Результаты. Из пролеченных пациентов (n=57) 7 (12,3%) были в возрасте 30–60 лет, 29 (50,8%) – в возрасте 61–75 лет, 18 (31,6%) – в возрасте 76–85 лет и 3 (5,2%) – старше 85 лет. Мужчин было 19 (33,3%), женщин – 38 (66,7%). Из общего количества больных 52 (91,2%) пациента подверглись оперативному лечению в течение первых 12 часов, в связи с наличием признаков осложнения ГПОД (ущемление, кровотечение, выраженный болевой синдром). Остальные 5 (8,8%) пациентов были оперированы позже, после соответствующей подготовки. 31 (54,4%) больной оперирован лапароскопически, 29 (45,6%) – традиционным способом. Следует отметить, что за последующие 10 лет в РНЦЭМП применение лапароскопического метода при ГПОД возросло почти в 3 раза, а послеоперационные осложнения снизились вдвое.

Суть лапароскопической операции заключалась в следующем: а) низведение желудка; б) сужение ГПОД крурорафии; в) укрепление ГОП аллопластическим материалом (сеткой).

В послеоперационном периоде у больных, подвергнутых лапароскопическим вмешательствам, неспецифических осложнений не наблюдалось, 2 (3,5%) пациентов подверглись повторной операции, показаниями к которой стали кровотечение и стойкая дисфагия после традиционного способа. Летальных исходов не было.

Средняя длительность нахождения больных на больничной койке составила 9,4 дня после традиционного хирургического лечения и 6,1 дня после лапароскопического лечения. Следует отметить, что по мере накопления опыта и раннего выявления показаний к лапароскопическим операциям число и удельный вес лапароскопических вмешательств с каждым годом увеличивается.

Выводы. В условиях быстрого развития технологий в хирургии, повсеместного внедрения и совершенствования лапароскопических методик лечения отбор пациентов для операции при ГПОД должен вестись по строгим показаниям, основанным на данных инструментального обследования. Лапароскопические операции при лечении пациентов с ГПОД являются операциями выбора, способствуют уменьшению числа осложнений, улучшению результатов лечения и обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА

*А.М. Хаджибаев, М.М. Пулатов,
А.А. Байрамтаганов, Б.И. Шукуров, Р.А. Янгиев*

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

Изучены результаты хирургического лечения 242 больных с закрытой сочетанной травмой груди и живота (ЗСТГЖ). Средний возраст больных составил $38,5 \pm 13,3$ года с диапазоном от 18 до 69 лет.

Для ЗСТГЖ характерной является высокая частота (88,0%) перелома ребер, при этом у большинства из этой категории больных (64,0%) наблюдаются переломы 2 и более ребер. Подкожная эмфизема при осмотре и на рентгенограммах была выявлена у 175 (72,3%) пациентов. У всех 242 больных с СТГЖ, включенных в данное исследование, мы констатировали наличие рентгенологических признаков плевральных осложнений, гемоторакса (36,4%), пневмоторакса (18,2%) и гемопневмоторакса (45,4%). Частота повреждения легкого

различной степени при СТГЖ составляет 77,7%. В 54 (22,3%) случаях причиной гемоторакса было кровотечение из межреберных сосудов. В 6 (2,5%) случаях источником посттравматического пневмоторакса был разрыв поверхностных булл легкого. Частота повреждения диафрагмы у больных СТГЖ составляет 29,3% (71 случаев). При этом в два раза чаще повреждается левый купол диафрагмы (48), чем правый (23).

В структуре травм органов живота при ЗСТГЖ ведущее место занимают повреждения печени, которые имели место у 75 (31,0%) пострадавших. Далее по частоте идут травмы селезенки (27,3%), почек (24,4%), поджелудочной железы (16,9%) и полых органов (14,5%). Повреждения мочевыводящих путей имели место у 29 (12,0%) больных. В том числе у 16 (6,6%) – разрыв уретры, у 13 (5,4%) – мочевого пузыря.

Главными критериями определения очередности вмешательства на грудной клетке или в брюшной полости служили показатели тяжести травмы и осложнений этих двух смежных анатомических областей: наличие напряженного пневмоторакса со смещением средостения, объем гемоторакса и гемоперитонеума. Если по данным УЗИ и рентгенографии преобладали признаки кровотечения из органов грудной клетки или напряженного пневмоторакса, то операцию начинали с торакоскопии (92) или торакотомии (8). Если превалировал гемоперитонеум, первым этапом прибегали к видеолапароскопии (29) или лапаротомии (91). При идентичных объемах крови в этих смежных полостях предпочтение отдавали торакальному этапу вмешательства. У 22 (9,1%) больных с малым гемотораксом и/или пристеночным пневмотораксом без продолжающегося внутриплеврального кровотечения предоперационное дренирование плевральной полости стало окончательным вмешательством на грудной клетке.

Широкая торакотомия (без первичной видеоторакоскопии) первым этапом (8) и после абдоминального этапа (2) выполнена всего у 10 (4,1%) пациентов, тогда как показания к первичной широкой лапаротомии были у 162 (66,9%) пострадавших с ЗСТГЖ, в том числе у 91 (37,6%) больного лапаротомия выполнена первым этапом, у 71 (29,3%) – после торакального этапа. Указанные цифры отражают не только более частое доминирование внутрибрюшных повреждений, но и более ограниченные лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники при травмах живота, в связи с чем у этой категории пострадавших видеолапароскопия применена только в 80 (33,1%) случаях. В то же время видеоторакоскопия явилась основным хирургическим доступом торакального этапа вмешательства и была использована в 210 (86,8%) случаях со средним показателем конверсии 17,1% (36/210).

Из общего числа 242 больных СТГЖ открытые вмешательства на обеих смежных полостях выполнены всего в 8 случаях (3,3%), а у всех остальных пострадавших лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники позволили избежать травматичного широкого хирургического доступа в обеих (41) или в одной (193) из смежных полостей.

Частота послеоперационных осложнений и летальности у больных СТГЖ составляет 28,1 и 8,7%, при этом эндовидеохирургическая стратегия ведения больных с СТГЖ, примененная с учетом требований предлагаемого алгоритма, характеризуется значительно более низкими показателями осложнений (9,8%) и летальности (4,9%).

Таким образом, соблюдение предлагаемых принципов выбора тактики и очередности хирургического лечения СТГЖ позволяет снизить частоту открытых вмешательств на обеих смежных полостях до 3,3% и увеличить долю гибридных и видеоэндохирургических операций до 79,8 и 16,9% соответственно, тем самым значительно снизить травматичность хирургического пособия у этой тяжелой категории пострадавших.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

*А.М. Хаджибаев, А.Т. Хакимов,
Б.И. Шукуров, М.А. Хомидов*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

У 160 больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ) изучена целесообразность и безопасность расширения показаний к видеолапароскопическим вмешательствам. Для конкретизации показаний к лапароскопии и повышения безопасности ее применения нами были разработаны ультразвуковые критерии повреждения органов брюшной полости, и на этой основе разработана шкала ультразвуковой оценки объема гемоперитонеума. По нашим оценкам, чувствительность (Se), специфичность (Sp) и точность (Ac) УЗИ в выявлении одного из основных признаков травмы – свободной жидкости (гемоперитонеума) в брюшной полости – составляет, соответственно, 88,3, 87,8 и 88,1%.

Анализ структуры характера и объема выполненных хирургических вмешательств при лапароскопии (основная группа, n = 51) и первичной лапаротомии (контрольная группа, n = 109) у больных с

закрытой травмой живота (ЗТЖ) со стабильными показателями гемодинамики ($n = 160$) показывает, что частота выявления значимых по тяжести внутрибрюшных осложнений, однозначно требующих открытой хирургии с выполнением таких объемных вмешательств, как ушивание глубоких и обширных разрывов паренхиматозных органов, стенки полого органа, резекция или удаление органа, составляла 43,8% (имела место у 70 пострадавших). В контрольной группе больных, существенная часть которых была подвергнута широкой лапаротомии ввиду наличия у них сонографических признаков свободной жидкости в брюшной полости объемом более 500 мл (противопоказание к лапароскопии), составляла 62,4%. Таким образом, как минимум у 37,6% пациентов с ЗТЖ со стабильными показателями гемодинамики абдоминальные хирургические вмешательства ограничиваются максимум электрокоагуляцией кровоточащего сосуда, санацией и дренированием брюшной полости или же только ревизией органов брюшной полости. Как известно, все эти манипуляции легко выполняются с помощью стандартного набора лапароскопических инструментов, без необходимости применения широкой лапаротомии, которая сама по себе представляет для травмированного организма значимую дополнительную травму.

Частота ситуаций, когда при первичной операции обнаруживаются повреждения, которые по своему характеру и тяжести потенциально могут быть без особых технических сложностей устранены лапароскопическим способом (44,4%), оказалась еще выше в основной группе, куда был отобран 51 пациент с объемом свободной жидкости в брюшной полости, по данным УЗИ, не более 500 мл, и составила 58,8% (30 случаев). В этой группе пациентов частота конверсии составила 37,3% (19 больных), причиной которой служили необходимость выполнения спленэктомии – в 14 случаях, ушивание стенки полого органа – в 3 и разрыв печени $\geq$ II ст. по Moore – в 2.

В наших наблюдениях в группе первичной широкой лапаротомии ($n = 109$) в 2 (1,8%) случаях интраоперационно не было обнаружено наличия повреждения органов брюшной полости, требовавших хирургических процедур, что мы расценили как «напрасную лапаротомию». Это определение мы не употребляем в отношении диагностической лапароскопии, так как после 3 (5,9%) случаев применения эксплоративной эндовидеохирургии у больных с ЗТЖ ни в одном случае мы не отметили развития послеоперационных специфических осложнений, связанных с этой хирургической процедурой. Т.е. применение лапароскопии в этих случаях позволило надежно исключить внутрибрюшное повреждение без особых отрицательных последствий для пациентов.

Расширение показаний к лапароскопии при ЗТЖ хоть и увеличило частоту конверсий до 37,3%, но тем не менее не сопровождалось ятрогенными интраоперационными осложнениями, практически не увеличивало среднее общее время вмешательства ($108,1 \pm 28,6$ мин при лапароскопии с последующей конверсией против $103,0 \pm 48,7$ мин в группе первичной широкой лапаротомии, $p = 0,657$). В тех случаях, когда удавалось выполнить все лечебно-диагностические манипуляции лапароскопическим способом, не прибегая к конверсии, средняя продолжительность вмешательства составляла $57,0 \pm 40,8$ мин ($p < 0,001$).

Миниинвазивность и малотравматичность лапароскопических вмешательств в совокупности с меньшей выраженностью тяжести интраоперационно выявленных внутрибрюшных повреждений в основной группе пациентов способствовали достоверному сокращению сроков нахождения в ОРИТ с $2,8 \pm 1,1$ до $1,8 \pm 1,0$ дня ($p < 0,001$), стационарного лечения – с $8,7 \pm 3,4$ до $5,3 \pm 2,9$ суток ($p < 0,05$), заметному снижению частоты послеоперационных осложнений с 11,9 до 3,1% ($p = 0,144$).

ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

*С.О. Тилемисов, Ф.А. Хаджибаев,
Б.И. Шукуров, М.Б. Бозорбоев*

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

Изучены результаты 111 чрескожных чреспеченочных холангиостомических (ЧЧХС) вмешательств, выполненных по поводу механической желтухи опухолевого генеза. Интраоперационные и ранние постпроцедурные осложнения констатированы у 10 (9,0%) больных, среди которых преобладала гемобилия – имела место в 5 (4,5%) случаях. На фоне гемостатической терапии гемобилия оставалась самостоятельно у 4 больных, у 1 больного это осложнение было устранено после замены холангиостомической трубки на более широкий диаметр (12 Fr).

Кровотечение из пункционного канала во время операции возникло в 2 (1,8%) случаях: в 1 случае произведена лапаротомия, ушивание пункционной раны печени, наложение обходного холецисто-энтероанастомоза и энтеро-энтероанастомоза по Брауну; во втором случае кровотечение не было диагностировано прижизненно, больной умер. Для профилактики кровотечения всем больным перед операцией проводится анализ на свертываемость и соответствующая коррекция выявленных нарушений.

Желчеистечение в брюшную полость возникло у 3 (2,7%) больных. В 1 случае это осложнение возникло в связи с повреждением желчного пузыря – выполнена лапаротомия, холецистэктомия, наложение холедоходуоденоанастомоза. В другом случае было повреждение общего печеночного протока (ОПП) – выполнена лапаротомия, ушивание дефекта ОПП, наложение холецистоэнтероанастомоза и ЭЭА по Брауну. В третьем случае отмечено желчеистечение вокруг холангиостомической трубки в брюшную полость, вследствие чего возникли перитонит и сепсис с летальным исходом.

Поздние осложнения наблюдались у 19 (17,1%) больных, в том числе инкрустация холангиостомы с рецидивом механической желтухи и развитием гнойного холангита имела место в 10 (9,0%) случаях, дислокация холангиостомы с развитием механической желтухи и гнойного холангита – в 8 (7,2%), из них в 1 случае с развитием холангиогенных абсцессов и подпеченочной биломы. Еще в 1 (0,9%) случае развилась поздняя гемобилия с холангитом. При развитии дислокации, выпадении, инкрустации холангиостомической трубки выполняли повторную ЧЧХС. Было замечено, что инкрустация холангиостомы билиарным сладжем в большинстве случаев возникала после наружно-внутреннего дренирования у больных, которые поступали в клинику с исходным холангитом. С учетом этого фактора у больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, мы стали отдавать предпочтение чрескожной чреспеченочной наружной холангиостомии, которая обеспечивала более быструю и эффективную санацию желчных протоков. В 1 случае холангиогенный абсцесс дренирован чрескожным пункционным способом.

1 больная поступила с признаками желчеистечения в брюшную полость с развитием перитонита, развившегося вследствие выпадения холангиостомической трубки, установленной в другой клинике. Больная была экстренно оперирована, произведена лапаротомия, ушивание желчного свища печени, наложение обходного холецистоэнтероанастомоза и энтеро-энтероанастомоза по Брауну. В послеоперационном периоде прогрессировали сепсис и полиорганная недостаточность, что завершилось летальным исходом.

Умерли 4 (3,6%) больных, еще 7 (6,3%) больных были выписаны с неудовлетворительными результатами ЧЧХС, все эти больные умерли вследствие прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и сепсиса.

Таким образом, частота ранних постманипуляционных осложнений при ЧЧХС у больных с механической желтухой опухолевого генеза составляет 9,0%, поздних – 17,1%. Среди ранних осложнений преобладают кровотечения, в связи с чем в протоколы лечения этой категории больных необходимо

включать меры по контролю свертываемости крови. К числу наиболее частых поздних осложнений относится инкрустация холангиостомы с рецидивом механической желтухи и гнойного холангита, которая в большинстве случаев возникает после наружно-внутреннего дренирования у лиц с исходным холангитом. Поэтому у больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, предпочтение следует отдавать чрескожной чреспеченочной наружной холангиостомии без проведения катетера в двенадцатиперстную кишку.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОЧКИ И ХАРАКТЕР СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

А.Т. Эрметов², Ф.А. Хаджибаев¹, О.Ж. Ашуров^{1,2}

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский областной филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Введение. Повреждения почек и мочеполовой системы составляют примерно 10–20% всех абдоминальных травм. Наиболее распространенным механизмом повреждения почек является тупая травма (преимущественно в результате дорожно-транспортных происшествий и падений), тогда как остальную часть составляет проникающая травма (в основном вызванная огнестрельным оружием и ножевыми ранениями). При сочетанной травме мочевыводящих путей использование компьютерной томографии значительно повышает качество диагностики, обеспечивает получение объективной, детальной информации о локализации, характере повреждения почек, а также оценку состояния костей, органов брюшной полости и таза.

Материал и методы. Проведен анамнез 287 больных с сочетанными повреждениями, поступивших в РНЦЭМП и Ташкентский областной филиал за период 2015–2024 г. По линии скорой помощи поступило 113 (39,3%) больных, самотеком – 174 (60,6%). Причинами травматических повреждений явились дорожно-транспортные происшествия – 178 (62%) больных, кататравмы – 78 (27,2%), избиения – 31 (10,8%)

Результаты. Все поступившие больные находились в шоковом зале взрослого приемно-диагностического отделения. Сразу оценивалось состояние больных, осматривались смежными специалистами (абдоминальный хирург, травматолог, нейрохирург, уролог). Проводились диагностические мероприятия (УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря), при необходимости проводился тотальный МСКТ. У 287 больных, по данным обследования, выявлены: ушиб почки – у 166 (57,8%) субкапсулярная гематома почки – у 89 (31%), раз-

рыв почек – у 32 (11,1%), сотрясение головного мозга – у 13 (4,5%), перелом ребер – у 21 (7,3%), разрыв селезенки – у 38 (13,2%), разрыв печени – у 17 (5,9%), перелом верхних конечностей – у 8 (2,7%).

Из 287 пострадавших с сочетанными травмами почек 57 (19,8%) были госпитализированы в состоянии травматического шока: 37 (64,9%) из них – в I–II степени, 16 (28%) больных – во II–III степени, 4 (7%) больных находились в III степени травматического шока.

Всем больным, поступившим с травматическим шоком, проводились противошоковые мероприятия. Больным с повреждениями внутренних органов и разрывом почек при наличии травматического шока проводились экстренные хирургические вмешательства в операционном зале взрослого приемно-диагностического отделения. Наряду с хирургическим вмешательством параллельно проводились противошоковые мероприятия. Объем и алгоритм необходимого обследования больных зависел от локализации, характера и особенностей полученных травм, а также допустимостью применения тех или иных методов исследования, что в значительной мере определялось тяжестью травматического шока.

Выводы. Наличие шокowego зала с операционной во взрослом приемно-диагностическом отделении, оборудованного всеми необходимыми аппаратами и участие смежных специалистов имеют большое значение для результатов хирургического лечения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*У.Р. Мухитдинов¹, Ф.А. Хаджибаев^{1,2},
А.Г. Махмадаминов²*

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Наманганский филиала РНЦЭМП

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж (ПТДГ) путем внедрения современных малоинвазивных методов.

Материал и методы. Нами проведено мультицентровое исследование, основанное на анализе результатов лечения 86 пациентов с ущемленными ПТДГ. В зависимости от тактики лечебных процедур все больные с ущемленными ПТДГ были разделены на 2 группы: контрольную и основную. При этом принципиальное различие между группами заключалась в том, что коррекция ущемленных ПТДГ у больных контрольной группы (41) нами в основном осуществлялась традиционными опера-

тивными способами (торакотомией и/или лапаротомией). Миниинвазивная оперативная технология в контрольной группе применялась в единичных случаях. В отличие от этого у больных основной группы (45) нами широко использовались возможности миниинвазивных способов (видеоторакоскопии – ВТС и/или видеолапароскопии – ВЛС), а также при проведении резекционного характера операций были применены наружные металлические каркасы по методике клиники.

Результаты. Варианты оперативных вмешательств, выполненных в основной группе, зависели от степени тяжести состояния больных, характера и объема патологических изменений ущемленных внутренних органов, технико-тактических возможностей ликвидации выявляемой патологии путем применения миниинвазивных способов.

Наряду с этим надо подчеркнуть, что при нестабильности центральной гемодинамики и тяжелом состоянии больных оперативные вмешательства у 17 больных обеих групп по жизненным показаниям выполнялись в экстренном порядке в виде традиционной торакотомии (ТТ) или лапаротомии (ЛТ). У 9 из них нами были выполнены сочетанные традиционные операции (ТТ+ЛТ). Причем данный контингент больных нуждался в предварительной предоперационной подготовке: в восполнении ОЦК, восстановлении кислотно-щелочного равновесия, водно-электролитного баланса, дезинтоксикационной терапии, которая проводилась в сжатые сроки – до 2–4 часов.

При стабильной гемодинамике или после ее стабилизации в ходе противошоковой терапии у 36 больных основной группы с ущемленными ПТДГ ее коррекция осуществлялась либо с помощью ВТС (19), либо ВЛС (8). У 9 больных нами выполнялись либо сочетанные малоинвазивные (ВТС+ВЛС), либо гибридные вмешательства в виде (ВТС+ЛТ). Надо отметить, что у 12 больных основной группы с ущемленными ПТДГ при резекционных операциях в ходе наложения межкишечного анастомоза нами были использованы возможности наружного металлического каркаса по методике клиники. При определенных интраоперационных технических сложностях у 8 больных контрольной и основной группы ВТС и ВЛС нами конверсировались в традиционные ТТ или ЛТ.

Сравнение результатов лечения больных с ущемленными ПТДГ контрольной и основной групп свидетельствовало о том, что применяемые традиционные вмешательства у больных с ущемленными ПТДГ контрольной группы в виде традиционной торакотомии, лапаротомии или их сочетания при всей своей обоснованности являются травматичными и обуславливают большое количество послеоперационных осложнений (до 46,3%) и высокие показатели летальности (до 17,1%), что

удлиняет сроки пребывания пациентов в стационаре (до $24,3 \pm 5,2$ дня).

В отличие от этого применение современных малоинвазивных технологий в виде ВТС и ВЛС, а также использование наружных металлических каркасов по методике клиники у больных основной группы, несомненно, оптимизирует лечебный процесс, значительно уменьшает травматичность и агрессивность вмешательств у больных с ущемленными ПТДГ, что существенно улучшает результаты лечения этого тяжелого контингента ургентных больных. Это выражается в уменьшении количества послеоперационных осложнений (до 20,0%), снижении летальности (до 6,7%) и уменьшении дней пребывания больных в стационаре (до $12,6 \pm 1,8$ дня).

Выводы. Применяемые традиционные вмешательства в виде ЛТ ввиду травматичности обуславливают большое количество послеоперационных осложнений и высокие показатели летальности.

В отличие от этого современные малоинвазивные технологии в виде эндоскопических вмешательств ВТС и ВЛС, а также наружных металлических каркасов по методике клиники в силу своей одновременной адекватности и малоинвазивности значительно уменьшают травматичность и агрессивность вмешательств у больных с ПТДГ. Следовательно, эти методы более эффективны, чем традиционное лечение.

Широкое внедрение в лечебно-диагностический протокол ПТДГ эндоскопических вмешательств ВТС и ВЛС, а также наружных металлических каркасов по методике клиники, несомненно, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и существенно улучшает результаты лечения этого тяжелого контингента ургентных больных. Это выражается в уменьшении количества послеоперационных осложнений, снижении летальности и уменьшении дней пребывания больных в стационаре.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Ф.А. Хаджибаев^{1,2}, Ф.Б. Алиджанов²,
А.Б. Курбонов¹, А.Х. Темиров¹**

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Неуклонный рост частоты желчнокаменной болезни в мире приводит к увеличению таких осложнений, как холедохолитиаз, билиодигестивные свищи и острая обтурационная кишеч-

ная непроходимость, вызванная желчными камнями. Желчнокаменная кишечная непроходимость (ЖККН) является одной из самых редких и наиболее сложных причин острой обтурационной кишечной непроходимости.

Целью исследования явилось изучение результатов диагностики и лечения больных с желчнокаменной кишечной непроходимостью (ЖККН).

Материал и методы. В хирургических отделениях РНЦЭМП за последние 20 лет наблюдались 58 больных с ЖККН. Мужчин было 16 (27,6%), женщин – 42 (72,4%). Средний возраст больных – $70,4 \pm 6,8$ года. Преобладание пациентов пожилого и старческого возраста также обуславливало преобладание среди них сопутствующих патологий, повышающих риск анестезии и операции. Так, среди пациентов сопутствующие патологии отсутствовали всего лишь у 4 (6,9%). Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлены у 48 (82,8%) больных. Диагностический процесс у больных с желчнокаменной кишечной непроходимостью (ЖККН) включал в себя традиционные методы исследования, а также современные способы лучевой и эндовизуальной диагностики.

Результаты. Диагноз «билиарный илеус» до операции установлен у 26 (44,8%) больных. Объем оперативного вмешательства в большинстве наблюдений был минимальным, направленным на ликвидацию ОКН и спасение жизни больного. В двух случаях, при расположении конкремента у баугиниевой заслонки, нам удалось сместить конкремент в слепую кишку без вскрытия просвета. У 32 пациентов операция ограничивалась энтеролитотомией с ушиванием энтеротомной раны двухрядным швом и дренированием брюшной полости. У 5 пациентов, поступивших в последние годы исследования, энтеролитотомия выполнена под видеолапароскопическим ассистированием через минилапаротомию в правой подвздошной области с хорошим результатом. У 12 пациентов, как правило, в связи с поздним поступлением, а также запоздалой диагностикой, во время операции выявлены некроз и перфорация стенки кишки вследствие пролежня конкрементом. Перфорация кишки в 9 случаях осложнялась перитонитом (местный – 3, диффузный – 6). Объем операции у данных пациентов состоял в резекции пораженной петли с наложением энтероэнтероанастомоза по типу «бок в бок» (11 больных) или (при диффузном гнойном перитоните) илеостомии (1). У 31 (53,4%) пациента послеоперационный период протекал без осложнений. У остальных 27 (46,6%) больных отмечены различные осложнения, которые в 6 случаях привели к летальному исходу. Послеоперационный койко-день составил $12,4 \pm 1,2$ дня. Всего в послеоперационном периоде умерли 6 (10,3%) больных.

Заключение. Таким образом, наши исследования показали, что операции по поводу ЖККН сопровождаются большим числом осложнений и летальности. Причиной этого являются пожилой и старческий возраст пациентов с большим числом сопутствующей патологии, поздняя обращаемость, трудность диагностики и травматичность самого вмешательства. Основным путем улучшения результатов лечения данной категории являются совершенствование диагностики и минимизация операционной травмы.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

У.Р. Мухитдинов¹, Ф.А. Хаджибаев^{1,2}

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Клиническая картина ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж (ПТДГ) зависела от степени нарушения функции органов, являющихся содержимым грыжевого мешка, от дыхательных и сердечно-сосудистых расстройств, а также от компенсаторных реакций организма. Многообразие симптомов, наблюдаемых при данной патологии, обуславливалось величиной и локализацией дефекта в диафрагме, быстротой перемещения внутренних органов, степенью наполнения желудка и кишечника, наличием спаек между перемещаемыми органами и нарушением кровообращения в них, а также состоянием внутрибрюшного давления.

Целью данного исследования явилось установление особенностей клинической картины и анализ результатов догоспитальной диагностики ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж.

Материал и методы. Изучение особенностей клинических симптомов ущемленных ПТДГ проведено у 81 пациента, находившегося на лечении в РНЦЭМП и его областных филиалах. Догоспитальная диагностика нами анализирована на основании данных 36 пациентов с ПТДГ, доставленных в клинику машинами скорой помощи.

Необходимо отметить, что клинические признаки, наблюдающиеся при ущемленных ПТДГ, отличались выраженной пестротой, которая, несомненно, усложняла распознавание наличия данной патологии на их основании. Все клинические признаки, наблюдавшиеся у обследованных больных, нами для удобства были разделены на классические, кардиореспираторные и гастроинтестинальные формы.

Результаты. При этом классические признаки ущемленных ПТДГ в наших исследованиях наблюдались у 31 обследованного больного. В частности, наиболее характерный классический признак – приступ боли, вызванной ущемлением внутреннего органа, у 12 (38,7%) больных располагался в верхних отделах живота, а у 15 пациентов (48,4%) – в правой или левой половине груди. Наряду с этим у 6 больных (19,3%) наблюдались боли типа френникус-симптома. Болевой приступ у 21 пациента (67,7%) сопровождался мучительной полной дисфагией. У 22 больных (71,0%) наблюдались такие признаки, как сухость во рту и гипертермия.

В клинической симптоматике у 22 обследованных больных ведущее место занимали гастроинтестинальные признаки в виде тошноты и рвоты (45,4%), изжоги и отрыжки (72,7%), чувства задержки пищи в загрудинной области (40,9%), а у 50,0% пациентов наблюдались кишечные расстройства, проявляющиеся поносом или запором. У 68,2% больных наблюдался болевой синдром, однако в отличие от классических форм он был не приступообразным и располагался по ходу пищевода.

Наибольшие трудности в диагностике наличия ущемленных ПТДГ представляли 28 больных с кардиореспираторными признаками, ведущими из которых являлись сердцебиение (60,7%) сопровождающееся загрудинными болями (46,4%) и синюшностью кожи лица (42,8%). Наряду с этим у 11 больных (39,2) наблюдался приступообразный кашель, сопровождавшийся в 35,7% случаях одышкой, а в 31,2% случаях – стридорозным дыханием с акроцианозом.

У 5 пациентов наблюдалось латентное течение ущемленных ПТДГ. Последнее характеризовалось практически отсутствием проявления болевого синдрома ущемления внутренних органов, а на первый план клинической картины выходили маловыраженные признаки общей интоксикации в виде общей слабости, разбитости, адинамии.

Необходимо отметить, что описанная выше пестрота клинического проявления ущемленных ПТДГ значительно затрудняла в первую очередь диагностику данной патологии на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи, когда практически врачам приходилось ориентироваться в основном на клинические признаки и симптомы данной патологии. Причины подобных результатов на догоспитальном этапе связаны, во-первых, с полиморфизмом клинической картины, наблюдаемым при ущемленных ПТДГ, во-вторых, дефицитом времени для проведения обследования больных и в-третьих – отсутствием у врачей скорой медицинской помощи настороженности в отношении данной патологии.

Анализ результатов проведенной догоспитальной диагностики у 35 больных, доставленных в

клинику службой скорой помощи, наглядно продемонстрировал, что на этом этапе экстренной медицинской помощи наблюдается до 72,4% диагностических ошибок. При этом врачами скорой помощи на основании клинических признаков в 25,7% случаев ошибочно устанавливается диагноз экстренной гастродуоденальной, в 25,7% – экстренной кардиологической, а в 20,0% – экстренной респираторной патологии. Только лишь у 10 (28,6%) обследованных больных было установлено наличие ущемленной ПТДГ.

Выводы. Имеющийся полиморфизм клинического проявления ущемленных ПТДГ затрудняет диагностику данной патологии на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи.

Полученные данные убедительно доказывают необходимость проведения исследований, направленных на совершенствование догоспитальной диагностики ущемленных ПТДГ.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМОМА МИРИЗЗИ

**Ф.А. Хаджибаев¹, Ф.Б. Алиджанов²,
Ф.К. Гуломов¹, Ж.Н. Жураев¹**

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников при
МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Синдром Мириizzi (СМ) является относительно редким осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ), который, по данным разных авторов, встречается в широких пределах – от 0,2 до 5%. На сегодняшний день хирургическое лечение СМ остается сложной задачей.

Цель. Определить возможности малоинвазивных вмешательств в хирургической коррекции синдрома Мириizzi различного типа.

Материалы и методы. Работа основана на проведении проспективного анализа случаев лапароскопического лечения 34 пациентов СМ, находившихся в отделениях экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) с 2018 по 2023 г. 1 тип синдрома Мириizzi был у 9 (26,5%) больных, 2 тип – у 25 (73,5%). Из них женщин было 19 (55,9%), мужчин – 15 (44,1%). Возраст больных варьировал от 25 до 82 лет и в среднем составил 53,7 года. Следует отметить, что с накоплением опыта и уточнением показаний к лапароскопическому методу из года в год число и удельный вес лапароскопических вмешательств прогрессивно увеличивались.

Результаты. У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механиче-

ской желтухи, а у 8 (23,5%) она сочеталась с клиникой гнойного холангита. В связи с этим процесс лечения больных начинали с выполнения эндобилиарных вмешательств на холедохе. При этом у 6 больных (17,6%) лапароскопические вмешательства были выполнены после ЭПСТ, у 10 пациентов (29,4%) – после ЧЧХС, а у 4 (11,8%) – после ЭПСТ и ЧЧХС. 14 больных (41,2%) оперированы без эндобилиарных вмешательств, после проведения МРТ-холангиографии. Во всех случаях 1 типа СМ произведена лапароскопическая холецистэктомия.

Всем больным с СМ 2 типа выполнялась лапароскопическая субтотальная холецистэктомия с сохранением верхней стенки шейки желчного пузыря, прилегающей к свищу и формированием из нее лоскута для закрытия имеющегося пузырно-холедохеального свища.

В 16 (64%) случаях холедохолитоэкстракция была произведена через имеющийся свищ, далее выполнено дренирование холедоха по Керу через свищ с окутыванием дренажа в виде муфты, прилегающей к свищу оставшейся стенкой желчного пузыря.

В 9 (36%) случаях в связи с большими размерами конкремента холедоха холедохолитоэкстракцию через образовавшийся дефект пузырно-холедохеального свища не представлялось возможным. В связи с этим у этих пациентов была выполнена холедохотомия над конкрементом в поперечном направлении с удалением конкремента и дренированием холедоха по Керу через холедохотомный разрез, а пластику свища осуществляли лоскутом стенки желчного пузыря.

Полноценность литоэкстракции проверена путем интраоперационной холедохоскопии у 18 (72%) пациентов перед дренированием холедоха, а у 7 (28%) больных выполнена интраоперационная холангиография через дренаж холедоха.

В 1 (4%) случае была произведена конверсия на лапаротомию, причиной которой являлось низкое расположение конкремента в ретродуоденальной части холедоха, который был установлен интраоперационной холангиографией, что невозможно было удалить лапароскопическим способом.

В послеоперационном периоде у больных, подвергнутых лапароскопическим вмешательствам, неспецифических осложнений не наблюдалось. У одного больного наблюдалось специфическое осложнение в виде резидуального холедохолитиаза, который на 5 сутки после операции был корригирован путем выполнения ЭРПХГ с ЭПСТ и удаления конкремента из холедоха. Средняя длительность нахождения больных на больничной койке составила 8,6 дня. Летальный исход наблюдался в 1 (4%) случае, причиной явились множественные холангиогенные абсцессы печени, сепсис.

Выводы. Включение в схему диагностики ЭРХПГ, ЧЧХГ и МРТ-холангиографии улучшает точ-

ность и качество распознавания СМ и позволяет оценить показания к использованию видеолапароскопии. В случаях СМ I типа операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия. Операцией выбора у пациентов СМ II типа с выявлением одиночного конкремента в супрадуоденальной части холедоха является лапароскопическая субтотальная холецистэктомия, пластика свища лоскутом желчного пузыря на дренаже Кера.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

*А.А. Хайдаров, Э.С. Саъдиев, У.О. Абидов,
А.А. Расулов*

Бухарский филиал РНЦЭМП

В Бухарском филиале РНЦЭМП с 2012 по 2023 г. под наблюдением находились 89 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. У 23 (25,8%) из них наблюдался прорыв кист в билиарное дерево – имела место классическая картина обтурационного гнойного холангита (боли и чувство тяжести в правом или левом подреберье, пожелтение кожных покровов и склер, повышение температуры тела до 39 °С с ознобом (триада Шарко), снижение аппетита, потемнение цвета мочи, осветление стула). Больные были в возрасте от 24 до 70 лет, средний возраст – 51,0±3,1 года. Мужчин было 11 (47,8%), женщин – 12 (52,2%). Длительность симптомов механической желтухи у 8 (34,9%) больных составила более 7 суток, у 10 больных (43,4%) – 3–7 суток, у 5 (21,7%) пациентов – до 3-х суток.

Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути в первые сутки (в зависимости от тяжести состояния) была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз. При этом расширение холедоха более 20 мм наблюдалось у 4 (17,4%) больных, 20–15 мм – у 14 (60,9%), 9–15 мм – у 5 (21,7%). Установить диагноз после проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) не составило труда. У 21 (91%) пациента после ЭПСТ произведено удаление корзинкой Дормиа хитиновых оболочек и ликвидация механического блока с промыванием билиарного тракта 0,02% раствором декаметоксина (Декасан). В дальнейшем им выполнена открытая операция в отсроченном порядке. У 2 (9%) больных попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом, и разрешить механическую желтуху не удалось.

Эти пациенты были также подвергнуты оперативным вмешательствам, но в срочном порядке. Больным с прорывом эхинококковой кисты в желч-

ные пути и возникновением механической желтухи после РПХГ была произведена эхинококкэктомия по методам, принятым в клинике и описанным в литературе, которые были дополнены перичистэктомией с ушиванием остаточной полости на дренажной трубке.

Заключение. Проведение предоперационной РПХГ позволило не только снизить возможную послеоперационную летальность путем своевременного разрешения билиарной гипертензии, но и определить взаимоотношение кист с магистральными желчными протоками и сосудами, уменьшив частоту их случайных повреждений.

У больных, которым до открытой операции было успешно проведено ретроградное разрешение механической желтухи, отмечалось достоверное снижение печеночной недостаточности уже на 2–3 сутки после произведенной РПХГ. В то же время у больных, оперированных на высоте механической желтухи в связи с безуспешной попыткой деблокады холедоха, наблюдался более длительный период восстановления уровня билирубина.

Ретроградные эндобилиарные вмешательства являются не только высокоспецифично диагностическими, но и лечебными методами, позволяющими устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево. Это позволяет уменьшить риск осложнений при последующих открытых операциях.

ЧАСТОТА ПОЧЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО КАТЕГОРИИ RACSН-1

*А.Э. Хайдаров^{1,2}, С.М. Мамасиддинов¹,
Г.М. Хамраев¹, О.Э. Ильхомов¹*

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

²Кафедра трансплантологии и детской хирургии Ташкентского стоматологического института, Ташкент, Узбекистан

Введение. Развитие острого почечного повреждения у детей раннего возраста, оперируемых по поводу врожденных пороков сердца, в ближайшем послеоперационном периоде ухудшает исходы хирургического лечения и увеличивает летальность. Для прогнозирования периоперационных осложнений и смертности, учитывающих категории порока пациентов и факторы риска на этапах хирургического лечения ВПС, используются современные шкалы, необходимые для своевременной оценки

риска развития потенциальных полиорганных осложнений.

Цель. Изучить влияние факторов риска на частоту развития ОПП у детей раннего возраста после кардиохирургических вмешательств с учетом категории RACHS-1.

Методы. В нашем исследовании были проанализированы клинические данные 200 детей, оперированных в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии по поводу различных видов ВПС. Изучались следующие показатели: возраст, категория хирургического риска по RACHS-1 (Risk adjustment for congenital heart surgery), сердечная недостаточность, длительность анестезии, операции, ИК, окклюзия аорты, инотропная терапия, глубина гипотермии, уровень анемии и лактатемии, сроки пребывания в ОРИТ.

Результаты. У 86 детей раннего возраста диагностированы ОПП в ближайшем послеоперационном периоде. При распределении детей с различной патологией ВПС по категориям риска по RACHS-1 были выявлены факторы риска периоперативной почечной дисфункции и, следовательно, применение специальных терапевтических подходов для предотвращения развития ренальных осложнений.

USING OF BILATERAL INTERNAL THORACIC ARTERIES DURING CORONARY BYPASS GRAFTING IN SEVERE AORTIC LESIONS

*Khalikulov Kh.G., Mansurov A.A.,
Akhmedov U.B., Murtazaev S.S., Khaydarov A.E.,
Khidirov D.F., Mirzaev Kh.A.*

**Acad.V.Vakhidov's Republican specialized
scientific practical medical center of surgery.
Tashkent. Uzbekistan**

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.

ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS: MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGICAL TACTICS

*Khaydarov F.N., Kenjaev L.R.,
Abdurachmanov Sh.M.*

**Bukhara branch of the Republican
Scientific Center of Emergency Medical Care.
Bukhara, Republic of Uzbekistan**

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of minimally invasive interventions in destructive forms of pancreatitis and the development of modern and optimal therapeutic tactics.

Materials and methods. The study is based on the experience of treating 3335 patients with acute pancreatitis. The results of surgical treatment of 377 (11.3%) operated patients with pancreatic necrosis (PN) were analyzed. In the specified interval of surgical activity, 2 periods were allocated: until 1999 and from 2000 to the present. In the first period, 164 (43.5%) patients (group I) were operated on by a wide laparotomy with an «open» or «closed» drainage method; in the second period, out of 213 (56.5%) people (group II), 188 (88.3%) had minimally invasive intervention technologies (laparoscopic access – in 108 (57.1%), minilaparotomy – in 71 (37.8%) and traditional laparotomy – in 34 (16.8%). When choosing access in the second period of work in patients with aseptic PN, laparoscopy (widespread effusion), puncture and drainage of delimited fluid accumulations (DFA) were preferred; in infectious complications of PN: – puncture and drainage (limited accumulation of pus – suppurated DFA, suppurated cyst, abscess); minilaparotomy (with localization of purulent-destructive process in the head and proximal part of the pancreas body, purulent-destructive omentobursitis).

– wide laparotomy (strictly limited indications: a combination of purulent-destructive process in the retroperitoneal space with purulent peritonitis, necrosis and fistulas of the gastrointestinal tract (gastrointestinal tract), bleeding into the lumen of the gastrointestinal tract, into the abdominal cavity and retroperitoneal space, destructive cholecystitis in combination with mechanical jaundice). Depending on the stage of the disease, the patients were divided as follows. Group «A» (205 (54.3%) patients) operated at the stage of aseptic necrosis. Group «B» (172 (45.7%) patients) – operated for infected PN. That is, the analysis made it possible to identify 4 groups of patients: groups IA (96 (25.5%) patients treated before 2000) and IB (68 (18.0%) patients), all operations were performed by wide laparotomy and patients treated since 2000 – groups IIA (109 (28.9%) patients) IIB (104 (27.6%) patients). Moreover, 96 (88.1%) minimally invasive interventions (laparoscopy-85, minilaparotomy-71) and 17 (11.9%) traditional laparotomies were performed in group IIA, 92 (88.5%) minimally invasive interventions (laparoscopy-23) and 17 (11.5%) traditional laparotomies were performed in group IIB.

Results. A greater number of early systemic postoperative complications were noted in group IA patients – 39.6% ($p<0.05$). The development of delayed complications in general was significantly more frequent in group 1 (41.4% and 17.8%). In group IA patients, early mortality was 12.5%, late mortality was 18.7%. Among patients of group IB – 7.3 and 8.8%, respectively, IIA – 7.3 and 4.5%, IIB – 4.8 and 6.7%. Total mortality in group I was 25%, in group II – 11.7% ($p<0.05$). When studying the relationship between the level of postoperative mortality and the applied surgical technology, it was found that, in general, in acute pancreatitis (severe and non-severe pancreatic necrosis), there was a statistically significant decrease in mortality with the use of minimally invasive technologies (25.4% and 9.5%, $t=8.98$, $p<0.001$). When conducting a statistical analysis in a group of patients with severe PN with organ insufficiency, there was no statistically significant difference in treatment results depending on the applied surgical technology and treatment algorithm (33.3% and 31.3%, $t=0.66$, $p>0.05$).

Conclusion. The overall postoperative mortality is statistically significantly higher with the use of traditional surgical approaches, while within this group significantly higher mortality was noted in patients operated in the phase of aseptic PN and pancreatogenic shock.

When conducting a statistical analysis in a group of patients with severe PN with organ insufficiency, there was no significant difference in treatment results depending on the applied surgical technology and the treatment algorithm.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Д.М. Хакимов, А.К. Ботиров,
У.Н. Бобаев, Б.Х. Абдулхаева*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. На ежегодных заседаниях ВОЗ XXI века проблема эхинококкоза не сходит с повестки дня, в том числе касающихся хирургических аспектов. Также первоисточники последних лет свидетельствует о наличии ряда проблем, в частности, относительно высоких показателях различного рода послеоперационных осложнений, рецидивов и летальности, которые не имеют тенденции к улучшению.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения ЭП и его осложнений путем разработки алгоритма действий при выборе способа первичного и повторного оперативного вмешательства, а также дальнейшим совершенствованием путей профилактики осложнений.

Материал и методы. В основу диссертации положены результаты обследования и лечения 217 больных с ЭП и его осложнениями, которые условно разделены на 2 группы:

- группа сравнения – 124 (57,2%) пациента с гидатидозным ЭП, за период с 2016 по 2019 г. (до применения разработанных методов);
- основная группа – 93 (42,8%) пациента с гидатидозным ЭП, за период с 2020 по 2023 год (проспективная часть исследования).

Распределение по возрасту проведено согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021 г.). Средний возраст составил 40,5 года, с соотношением женщин к мужчинам 2:1 (58,9–41,1% и 38,8–61,2%).

Результаты и их обсуждение. Пункционное лечение провели всем 38 больным. Показанием для пункционно-дренажного метода явилось наличие жидкостного образования и густой массы размером более 3 см, гомогенного образования в виде гематомы, признаки интоксикации, повышение температуры и болезненность, а также безуспешность попыток коррекции имеющихся дренажей. Пункционно-дренажный метод проводили в операционной, оснащенной ультразвуковой аппаратурой Aloka SSD 260 и рентгенотелевизионной установкой фирмы «FISCHER IMAGING corporation».

В процессе проведения иглы через ткани мы старались постоянно контролировать кончик иглы, при необходимости изменяя для этого угол наклона датчика или направление движения иглы. Траекторию движения иглы определяли по пунктирной линии на экране монитора после включения функции Puncture.

Одним из самых важных моментов является выбор места пункции. Выбор места пункции определялся сегментарной локализацией ОП. Под контролем рентген-аппарата «ОМНИ-Фишер» через пункционную иглу в ОП вводится контрастный препарат и оцениваются её размеры, форма и внутренняя структура. По просвету иглы проводится проводник, по которому в ОП поочередно вводятся дилататоры № 9, а затем № 10. После удаления дилататора № 9 по внутреннему просвету дилататора № 10 в ОП устанавливается дренажная трубка типа «pig-tail» № 16 F. Удаляются дилататор № 10 и проводник, дренажная трубка фиксируется к коже. Весь процесс выполняется под динамическим наблюдением со стороны УЗС и под контролем рентгенотелевизионной установки.

По достижении кончика иглы ОП извлекали внутренний стилет иглы и производили аспирацию содержимого. После удаления первых 1–2 мл жидкости забирали материал на цитологическое и бактериологическое исследование, а затем максимально аспирировали содержимое гнойной полости, наблюдая при этом на экране монитора за ее состоянием. Для контроля обязательным компонентом было динамическое УЗИ и фистулоскопия (или фистулография). Эти исследования проводились, как правило, интраоперационно, а в послеоперационном периоде – 1 раз в 2 дня.

Следующим этапом вмешательства являлась санация полости абсцесса. Вначале производили промывание полости «до чистых вод» раствором Декасана. У 10 больных для одномоментного лаважа ОП использовали 20% раствор натрия хлорида. После в полость (в зависимости от ее объема) вводили 5–10 мл 1% раствора диоксидина с экспозицией 5 минут, после чего всё содержимое аспирировали, стараясь добиться полного спадения стенок полости, и иглу извлекали.

После пункции и дренирования ОП промывали два раза в день теплым (до 50 °C) фурацилином (1:5000) и раствором Декасана с постоянной активной аспирацией. В динамике выполняли УЗС и при необходимости – фистулографию. С 6–7 суток после полного очищения полости всем больным проводили склеротерапию, стимулирующую рост соединительной ткани и уменьшающую размер ОП. Показанием к прекращению склеротерапии и удалению дренажа считали уменьшение размеров ОП до 1–1,5 см. При условии нормализации остальных клинико-лабораторных показателей пациент выписывался на амбулаторное лечение.

Заключение. Таким образом, использование перкутанного пункционно-аспирационного лечения осложнений ОП после ЭЭ под контролем ультрасонографии имеет существенные преимущества перед традиционной лапаротомией, обусловленные малой травматичностью, сокращением сроков

пребывания пациента в стационаре, экономичностью и низким процентом послеоперационных осложнений.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

*М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашуров,
М.Р. Каримов, А.У. Жуманазаров*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения механической желтухи доброкачественного генеза путем улучшения тактических приемов ретроградных вмешательств.

Материалы и методы исследований. Представлены результаты лечения 115 пациентов с клиникой механической желтухи, причиной которых явились конкременты внепеченочных протоков. Больные были разделены на 2 группы: контрольная и основная. В основной группе, в отличие от контрольной, была применена разработанная нами классификация, которая включает определение градуса угла впадения общего желчного протока в большой дуоденальный сосочек (БДС), расположение и визуализация БДС и его устья, наличие парафатеральных дивертикулов, а также наличие перенесенных операций на ЖКТ, согласно которым выделяли 4 степени сложности манипуляции ЭРХПГ.

1 степень: расположение БДС – обычное, форма – конусовидная, визуализация устья точная, впадение ОЖП в ампулу образует угол до 30 градусов, анатомия зоны БДС без изменений;

2 степень: расположение БДС – краевое, БДС деформирован или плосковидной формы (анатомическая особенность, не за счет перенесенных операций), угол впадения в ампулу – 30–45 градусов;

3 степень: расположение БДС – атипичное, трудно найти, это возникает за счет невыраженности БДС, устье не визуализируется, угол впадения в ампулу – 45–60 градусов, имеется парафатеральный дивертикул или же язвенная деформация;

4 степень: расположение БДС – крайне атипичное (возможно, за счет перенесенных операций в зоне БДС или язвенной деформации ДПК), угол впадения в ампулу может быть более 60 градусов.

Для измерения угла впадения общего желчного протока в БДС нами использован обычный папиллосфинктеротом со струной от фирмы MICRO – TESH (Германия) (длина струны – 25 мм). Заранее, с помощью геометрического транспортера, был определен градус угла натянутой струны, который соответствовал определенной длине в сантиметрах на рукоятке папиллосфинктеротома.

Наш способ канюляции общего желчного протока осуществлялся следующим образом: При выполнении дуоденоскопии оценивали состояние БДС. Далее проводилась канюляция с помощью струнного папиллотомы на гайд-проводнике без натяжения рукоятки (угол впадения – до 30 градусов). В этом случае, если осуществляли канюляцию холедоха, тогда ЭРПХГ относили к первой степени сложности. Если же канюляция не увенчалась успехом или канюлировали проток поджелудочной железы, растягивали рукоятку до 0,5 см (угол впадения – от 30 до 45 градусов). При удачной попытке канюлирования холедоха ЭРПХГ относили ко второй степени сложности. При безуспешной канюляции или повторном попадании в вирсунгов проток растягивали рукоятку папиллотомы до 1,0 см (угол впадения – от 45 до 60 градусов). При успешной канюляции холедоха ЭРПХГ относили к третьей степени сложности. Следует отметить, что при наличии парафатерального дивертикула или язвенной деформации двенадцатиперстной кишки, несмотря на низкий угол впадения холедоха (ниже 45 градусов), мы относили эти вмешательства к 3 степени сложности.

При безуспешной канюляции холедоха или попадания в вирсунгов проток, рукоятку папиллотомы растягивали до 1,5 см и более (угол впадения от 60 до 90 градусов), что позволяло канюлировать желчные протоки. Эти вмешательства относили к четвертой степени сложности эндоскопических ретроградных интервенций. Кроме того, к этой степени сложности относили выполнение эндоскопических манипуляций после резекции желудка.

Полученные результаты: Применение приемов канюляции БДС на основе классификации степени сложности ЭРХГ дало возможность сократить количество безуспешных канюляций БДС с 20% до 3,3%, частоту осложнений – с 12,7% до 6,6% и летальность – с 3,6% до 0%.

Заключение. Использование новых технических подходов и приемов во время ретроградных манипуляций у больных с механической желтухой доброкачественного генеза позволило улучшить результаты лечения, снижая количество безуспешных канюляций, постманипуляционных осложнений и летальности в 2–2,5 раза.

АНТЕГРАДНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*М.Ш. Хакимов, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов,
Т.Э. Рахимзода, У.Ж. Турижанов*

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Провести анализ результатов чрескожного чреспеченочного лечения больных с холедохолитиазом, путем оценки эффективности и безопасности процедуры.

Материалы и методы исследования. Мы ретроспективно проанализировали результаты обследования и лечения 76 пациентов (35 мужчин, 41 женщина в возрасте от 34 до 78 лет, средний возраст – 44,1 года) с симптомным холедохолитиазом, которым было проведено чрескожное чреспеченочное низведение конкрементов в 12-перстную кишку за период с 2016 по 2023 год. Необходимо отметить, что 28 (37%) больных были после перенесенной резекции желудка по Бильрот-II. В 71 случае (93%) основным клиническим симптомом была желтуха обструктивного генеза. Процедура проводилась в рентгенооперационной под контролем рентгеноскопии в два этапа: 1) чрескожное чреспеченочное дренирование ЖВС с ликвидацией билиарной гипертензии; 2) собственно процедура низведения конкрементов в кишечник. Технически после рентгенэндобилиарной баллонной дилатации терминального отдела холедоха или билидигестивного анастомоза камни низводили из ОЖП или ОПП в тонкую кишку баллонным катетером.

Результаты исследования. Технический успех определялся как полное очищение желчных протоков на контрольной холангиограмме, который составлял 96% (в 73 случаях). В 3 случаях (4%) не удалось произвести низведение: широкое основание пузырного протока (карманоподобное), куда при выталкивании проваливались конкременты (1 случай); крупный конкремент и выраженное сужение дистального отдела холедоха за счёт хронического индуративного панкреатита (2 случая). Малые осложнения в виде послеоперационной тошноты и умеренной боли в эпигастриальной области встречались практически у четверти больных и были легко купированы медикаментозно. Из значимых осложнений у двух больных (2,6%) наблюдалась гемобилия, в одном случае – развитие острого панкреатита (1,3%).

Заключение. Методика чрескожного чреспеченочного антеградного низведения конкрементов холедоха в современной медицинской практике уже зарекомендовала себя как малоинвазивный эффективный и безопасный метод лечения холедохолитиаза. Ее потенциал применения для улучшения качества жизни пациентов с желчнокаменной

болезнью существенно возрастает при невозможности выполнения эндоскопической процедуры.

**ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ
ЧРЕСКОЖНЫХ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ
ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

М.Ш. Хакимов, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшить результаты чрескожных эндобилиарных вмешательств путем оптимизации тактических и технических приемов профилактики послеоперационных осложнений.

Материалы исследований. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 262 больных с механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза.

Результаты исследований. Первым этапом при МЖ, вызванной сдавлением холедоха периампullарными опухолями, для создания декомпрессии и ликвидации холестаза мы применяли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС). На фоне существующей билиарной гипертензии введение большого количества контраста чревато усилением болей, а при наличии холангита – септическими состояниями, что резко ухудшает условия для дальнейшего проведения лечебных эндобилиарных вмешательств. Поэтому после получения желчи контрастное вещество вводили в субоптимальном объеме, только для получения картины желчного дерева, четкого контрастирования долевых протоков и бифуркации.

С целью уменьшения случаев миграции и выпадения дренажей использовали катетеры с концами по типу «pig tale» или создавали петлю в просвете холедоха с проведением дистального конца дренажа в левый долевой проток.

На фоне тяжелого состояния больных, вызванного МЖ и длительностью заболевания, мы придерживаемся двухэтапного метода лечения. Первый этап направлен на проведение наружного дренирования, чтобы создать условия для адекватного оттока желчи, и устранение билиарной гипертензии. Важным моментом при попытке в один этап выполнения наружного, а затем внутреннего дренирования, на наш взгляд, являются попытки реканализации при резко расширенном холедохе, плохой визуализации зоны блока, что вызывает технические трудности, затягивает время процедуры, увеличивает лучевую нагрузку на пациента и медицинский персонал. На втором этапе, после создания декомпрессии, улучшения состояния больного, сокращения холедоха, проведение про-

водника и катетера дистальнее блока значительно облегчается.

Потери желчи особенно тяжело сказываются на больных старшей возрастной группы. Для предупреждения этих нарушений мы стремимся к раннему переводу на внутреннее дренирование. Благодаря созданию коаксиальной системы – стилет, плетеный прочный катетер и сама дренажная система для внутреннего отведения желчи – удастся расширить канал в печени и опухолевой стриктуре и провести в 12-п. кишку. Такая методика позволяет создать условия как для адекватного оттока желчи в кишечник, так и контролировать этот процесс и своевременно корректировать дренирование в отдаленном периоде.

Наиболее грозным ранним осложнением был септический шок, вызванный бактериемией. Гемобилия различной степени выраженности вызывала обтурацию желчных протоков сгустками крови, нарушала адекватное дренирование, усугубляла функциональное состояние печени, способствовала в последующем развитию инфекции в желчных протоках.

Отсутствие эффективного дренирования желчевыводящей системы было также вызвано миграцией дренажей, обтурацией отверстий фибрином при недостаточном уходе, особенно на амбулаторном этапе лечения. Это способствовало развитию затеков желчи в прилежащие полости, инфицированию желчи и развитию вторичного холангита.

Заключение. Комплекс мероприятий, включающих интенсивную предоперационную подготовку, превентивную антибактериальную терапию с добавлением в периоперационном периоде гормональных средств, использование в премедикации с целью обезболивания вместо наркотических анальгетиков трамадола, активная местная и общая гемостатическая терапия при гемобилии, а при отсутствии эффекта – установка дренажа большего диаметра, постельный режим в течение 3 суток с тщательным контролем адекватности дренирования позволили уменьшить количество осложнений с 13 до 6%.

**НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО
ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО
КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Ш.Х. Хашимов, Н.С. Садиков,
Т.М. Кабулов, А.А. Зарипов*

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

На сегодняшний день кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени – главная причина летального исхода и самое грозное осложнение портальной гипертензии. В связи с этим необходимость своевременного лечения и проведение профилактики данного заболевания являются основным показанием к хирургическому вмешательству. Варикозное расширение вен пищевода и желудка встречается у 90% больных циррозом печени, в 35% случаев оно осложняется кровотечениями. Зачастую геморрагический синдром может привести к быстрой декомпенсации основного заболевания, и единственным методом достижения гемостаза являются миниинвазивные методы – эндоскопическое лигирование и эндоваскулярное склеротерапии (Stine J.G., 2015). Но при неэффективности данных способов можно применить новый лапароскопический способ разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК).

Материалы и методы. В отделении эндовизуальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» данный метод выполнен 2 больным, которым не удалось достичь полноценного гемостаза миниинвазивными методами. Метод включает скелетизацию желудка по большой и малой кривизне, прошивание желудка на уровне в/3 сшивающим линейным аппаратом и создание гастрогастроанастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата.

Метод лапароскопического ТРГЭК охарактеризовал себя:

- меньшей травматичностью, чем традиционные методы;
- сохранением физиологичной проходимости желудка;
- обеспечением полноценного интрамурального разобщения гастроэзофагеального венозного коллектора;
- снижением риска развития гнойно-септических осложнений, печеночной недостаточности;
- при невозможности проведения портосистемного шунтирования, наличия сопутствующих патологий, исключающих проведение

традиционного разобщающего вмешательства, предложенный метод является вариантом выбора способа хирургической помощи как на высоте кровотечения и в качестве профилактики его развития.

Результаты и их обсуждение. Операции выполнялись по стандартным методикам.

Внедрение разработанного способа ТРГЭК в лапароскопическом варианте может позволить:

- выполнить адекватное разобщение венозного гастроэзофагеального коллектора, не уступающего по эффективности традиционным аналогам; достичь эффективного гемостаза на высоте кровотечения из ВРВПЖ или надежной первичной профилактики геморрагического синдрома;
- провести раннюю активацию пациента;
- сократить количество койко-дней, затраты на послеоперационное ведение больных с ПГ, осложненным геморрагическим синдромом;
- снизить частоту послеоперационных осложнений;
- нивелировать риск развития осложнений, характерных для традиционного разобщения на каркасе соскальзывания манжеты, образования пролежней слизистой желудка, ранний рецидив кровотечения.

На данный метод получен Патент № IAP 06520 IAP 2021 0304 от 10.06.2021 г. Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан.

Выводы. Предложенный способ лапароскопического разобщения позволяет выполнить адекватную трансекцию экстра- и интрамурального венозного коллектора желудка, не уступает по эффективности традиционным аналогам в достижении эффективности гемостаза на высоте кровотечения из ВРВПЖ или надежной первичной профилактики геморрагического синдрома. Указанная модификация по сути является новым средством достижения прежних целей. Для части больных метод может стать единственным способом оперативной помощи в качестве профилактики геморрагического синдрома и остановки кровотечения.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ
ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАННИХ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

Д.Э. Хошимов, М.Х. Абдулахатов, Д.Т. Пулатов

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

Актуальность. Послеоперационная ранняя кишечная непроходимость (ПРКН) относится к одному из наиболее сложных патологических состояний

и является более актуальной клинической проблемой в экстренной хирургии, требующей быстрой и правильной диагностики, а также немедленного, рационального и эффективного лечения. Это связано, прежде всего, со значительной частотой и высоким уровнем летальности. В работе представлены результаты применения лучевой диагностики при ранней ПТН.

Цель. Улучшение результатов лечения путем использования лучевой диагностики – рентгенографии и ультразвука в ранней диагностике послеоперационной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Проведен анализ 86 больных, поступивших в экстренное хирургическое отделение Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с кишечной непроходимостью в раннем послеоперационном периоде с 2017 по 2023 г., рентгенологический и ультразвуковой методы исследования. Проведен сравнительный анализ применения разных контрастных веществ для оценки состояния пассажа по ЖКТ.

Результаты. Чувствительность комплексного рентгенологического и ультразвукового исследования брюшной полости в раннем послеоперационном периоде составила 94,2% (у 81 больного). Из общего числа больных у 8 (9,3%) – в течение 6–12 часов, у 25 (29,1%) – в течение 12–24 часов, у 21 (24,4%) – в течение 24–48 часов, а у остальных 32 (37,2%) больных – через 48 часов проявились клинические признаки кишечной непроходимости. Из 86 последовательных пациентов, включенных в исследование, у 63 (73,3%) была выявлена высокая кишечная непроходимость, а у 23 (26,7%) – низкая кишечная непроходимость. Всем пациентам (n=86) параллельно с рентгенологической диагностикой проводилось ультразвуковое исследование. У 75 (87,2%) больных выявлено расширение петли кишечника 3,0–5,5 см, отсутствие перистальтики кишечника (или вялая) и свободная межкишечная жидкость в виде прослойки 2,0–5,0 мм.

С целью выявления толстокишечной непроходимости 11 пациентам была проведена экстренная ирригография с использованием раствора сульфата бария и амидотризоата натрия, (76% раствор тразограф по 20 мл) и непроходимость толстой кишки была подтверждена у 9 пациентов (точность 82%).

Выявление признаков полного нарушения пассажа по ЖКТ, нарастание клинических, рентгенологических (в том числе отсутствие признаков пневматизации толстой кишки), ультразвуковых симптомов ПТН в процессе контрастного исследования послужило показанием к выполнению экстренного оперативного вмешательства у 23 (26,7%) больных в раннем послеоперационном периоде. Наиболее частыми причинами тонкокишечной непроходимости (n=23) были ранний

спаечный процесс в брюшной полости в 17 случаях (74%). Сохранение пассажа по ЖКТ, наличие пневматизации толстой кишки, положительная динамика кишечной непроходимости при динамическом наблюдении позволило избежать повторного экстренного оперативного вмешательства у 63 (73,3%) больных с послеоперационной тонкокишечной непроходимостью.

Заключение. Доказано более быстрое продвижение по ЖКТ водорастворимых контрастных веществ (урографин, ультравист и амидотризоата натрия) по сравнению с жидкой взвесью сульфата бария, что определило предпочтительное их использование у этой группы больных и позволило сократить сроки, необходимые для оценки пассажа до 3–6 часов. Контрастное исследование ЖКТ могло быть прервано на любом из этапов при появлении показаний к выполнению экстренного оперативного вмешательства. При послеоперационном парезе кишечника имелась динамика продвижения контрастного вещества в процессе всего наблюдения с выходом его в толстую кишку через 4–6 часов от начала исследования.

Использование приведенного выше алгоритма, рекомендованного для лучевой диагностики, и правильный подбор контрастных веществ позволили повысить точность диагностики тонкокишечной непроходимости в послеоперационном периоде до 94,2%.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЁПИҚ ЖАРОҲАТИНИНГ ЭРТА ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ МЕЗОНИ

*С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов,
А.А. Яриев, У.Х. Назаров,
М.Э. Кувондиқов, И.Х. Ашуров*

РШТЁИМ Сирдарё вилояти филиали

Муаммонинг долзарблиги: Болаларда қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатларини ташхислаш ва хирургик даволаш муаммосининг долзарблиги бугунги кунда бир қатор вазиятларга боғлиқ. Дунё тажрибасида, маълумки, қорин бўшлиғи аъзоларининг травматик жароҳатлари оғир механик жароҳатлар сирасига киради ва йўл-транспорт ҳодисалари, баландликдан тушиш, ҳар хил зарбалар, болаларнинг бир-бири билан қўпол муносабати оқибатида юзага келади. Аксарият муаллифлар қайд этганидек, қориннинг ёпиқ жароҳати билан шикастланган болаларда даволаш натижаси малакали тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларини тўғри ташкил этиш билан чамбарчас боғлиқ. Болаларда қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан мурожаат этган беморларни динамик кузатув жараёнида шундай ҳолатларни инобатга олиш керакки, ушбу жароҳатларда биринчи босқичда жигар ёки талокда субкапсуляр гематома-

лар ҳосил бўлиб, иккинчи босқичда бир ёки бир неча дақиқадан, бир неча соат оралиғида гематома ёрилиш ва ўткир қон йўқотиш кузатилади. Шу билан бирга, бугунги кунда соғлиқни сақлаш тизимида хирургик хизмат самарадорлигини ошириш ва амалиётлардан кейинги асоратлар ривожланишининг олдини олиш, ногиронлик ҳолларини камайтириш ва қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати аниқланган беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш бугунги кунда долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Материаллар ва усуллари. Болаларда қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатини ташхислаш ва даволаш, соғлиқни сақлаш тизимида хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат. 2020–2024 йиллар давомида РШТЁИМ СВФ базасида янги технологиялар имкониятларидан фойдаланиш ҳамда жигар ва талоқнинг айрим, комбинирланган жароҳатларини ташхислаш ва хирургик даволаш натижалари касаллик асоратлари ва даво натижаларининг яхшиланишига олиб келинди.

Тадқиқот сифатида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиалида 2020–2024 йилда жигар ҳамда талоқ жароҳатлари билан турлича хирургик даво олган 35 нафар боланинг даволаш натижаларидан фойдаланилган.

Шифохонага мурожаат этган беморлардан барча ҳолатда дастлабки босқичда УТТ текширув ўтказилган ва ўтказилган текширув ҳулосасига асосан болалар динамик кузатув назоратига олинган. Кузатув давомида беморлар аҳволи тўсатдан оғирлашиши ва беморга видеохирургик аралашув талаб қилган.

Кўзда тутилган 35 нафар бемордан 18 ёшгача 20 (57,14%) нафар ўғил бола ва 15 (42,85%) нафар қиз бола бўлиб, шулардан 1–5 ёшгача 4(14%) нафар бемор, 6–12 ёшгача 16 (45,7%) нафар бемор, 12–16 ёшгача 8 (22,85%) нафар бемор, 16–18 ёшгача 7 (20%) бемор даво муолажаларини олган. 35 нафар бемордан 14 (40%) нафар беморда йўл-транспорт ҳодисалари, 9 (25,71%) нафар беморда юқоридан тушиш, 7 (20%) нафар бемор ҳар хил зарбалар, 7 (20%) нафар бемор болалар билан қўпол муносабат оқибатида юзага келган. Юқорида келтирилган беморлардан 14 нафарида замонавий даволаш-ташхислаш мақсадида эндовидеохирургик аралашувдан фойдаланилган ва кўрсатилган беморлардан 8 (57,14%) нафари ўғил бола, 6 (43,9%) нафари қиз болага тўғри келади. Кўзда тутилган беморлардан эндовидеохирургик текширишда, жигар жароҳати билан 2–3 соатда 6 (42,85%) нафар, талоқ жароҳати билан 1,5–2 соатда 6 (42,85%) нафар, комбинирланган жароҳат билан келгандан ярим соат ичида 3 (21,42%) нафар беморга ташхис ва даво муолажалари ўтказилган.

Ҳозирги кунда эндовидеохирургик текшириш ва даволаш усули юқори тезлиги ва ташхислаш мезон аниқлиги замонавий тиббиётда муҳим

омил ҳисобланади. Эндовидеохирургик жараёнда олинган натижаларга кўра, 14 нафар бемордан 11 (78,57%) нафарда операциядан кейинги давр асоратларсиз ўтди, 3 (21,42%) нафар бемор лапаротомия спленэктомия оператив амалиёти бажарилган. Беморларда ўтказилган эндовидеохирургик амалиётдан сўнг ўлим ҳолати кузатилмаган ва асоратлар аниқланмаган.

Натижалар. Эндовидеохирургик усул орқали болаларда қорин ёпиқ жароҳатини хирургик даволаш 14 нафар бемордан 10 (71,42%) нафар беморда бу усул самарадорлиги юқорилиги ва яхши натижага эришилган, 3 (21,4%) нафарда қониқарсиз натижалар кўрсаткичи, операциядан кейинги асоратлар учраши 1 (8,5%) нафар беморда кузатилган. 2020–2024 йилларда РШТЁИМ СВФ болалар шошилинич хирургияси бўлимида қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан ҳар хил хирургик ёрдам босқичларидаги 35 нафар бола умумлаштирилган. Улардан 14 ҳолатда эндовидеооскопик ташхисот ва операция қилинган, 4 (24,57%) нафар бемор болаларни хирургик даволаш зарурати бўлмаган.

Хулоса. Бемор ҳаётига хавф солувчи ҳолатларни ўз вақтида ташхислаш ва малакали тиббий ёрдам кўрсатиш қорин ёпиқ жароҳатини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатини сезиларли камайтириш, очиқ лапаротомияларни қайта амалга ошириш зарурати ҳамда беморларнинг стационарда қолиш муддатини қисқартириш имконини берди. Ташхислаш ва даволаш лапароскопияси каминвазивлик билан бирга юқори сезувчанликка эгалиги туфайли аъзонинг шикастланиш даражаси камлиги, ўтказилиши керак бўлган операция ҳажми, кейинги операцион ҳажминини аниқлаш имкониятини яратади.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯНИНГ РОЛИ

С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов, А.А. Яриев, У.Х. Назаров, И.Х. Ашуоров, М.Э. Қувондиқов

РШТЁИМ Сирдарё вилояти филиали

Муаммонинг долзарблиги: Ҳозирги замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири қорин бўшлиғи чандиқли касаллиги ҳисобланади. Қорин бўшлиғида чандиқлар пайдо бўлиши, қорин бўшлиғи органларининг йирингли яллиғланиш касалликлари, травмалари, қорин бўшлиғида ўтказилган хирургик операциялардан сўнг ҳосил бўлиши билан характерланади.

Тадқиқот мақсади: Болаларда ўткир чандиқли ичак тутилишини даволаш ва диагностикасида эн-

довизуал лапароскопик хирургияни қўллаш самардорлиги, қўлайликларини баҳолашдан иборат.

Материал ва усуллар. Республика шошилнч тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиалида 2020–2024 йиллар давомида ўткир чандиқли ичак тутилиши билан эндовизуал лапароскопик хирургик амалиётлар 17 нафар болаларда бажарилди. Улардан ўғил болалар – 9 та, қиз болалар – 8 та бўлиб, ўрта ёшлари 4 ёшдан 18 ёшгача ташкил этиб, операция бўлган беморларнинг 37,8% ини ташкил этади. Эрта чандиқли ичак тутилиши билан 17 бемор болалардан 16 бемор мурожаат қилган бўлиб, касаллик бошланиш муддати 6 соатдан 2 ҳафтагача. Хирургик тактика барча беморларда қабул қилинган клиник даволаш-диагностик алгоритм бўйича олиб борилди. Операциядан олдинги диагностика клиник, лаборатор, рентгенологик ва УТТ текширув усулларида иборат бўлди. Ноинвазив диагностика босқичида чандиқли ичак тутилишининг икки асосий формаларини ажратдик: 1) Странгуляцион ичак тутилиши натижасида ичак пассажи бузилиши ва органда қон айланиши бузилиш белгиларининг пайдо бўлиши 8 та беморда кузатилди. Бу беморлар стационарга мурожаат қилгандан сўнг 2–4 соат оралиғида операция муолажаси бажарилди.

2) Ўткир чандиқли ичак тутилишининг оддий формаси бўлиб, ичак пассажи бузилиши кузатилиб, органларда қон айланиши бузилишининг клиник белгилари намоён бўлмаган беморлар 8 тани ташкил этди. Бу беморларда ҳам консерватив даво муолажалари самара бермагандан сўнг 5–16 соат оралиғида хирургик амалиётлар амалга оширилди. Шулардан 11 тасида эндовизуал лапароскопик хирургик амалиёти бажарилди. Эндовизуал лапароскопик хирургик амалиётга ўткир чандиқли ичак тутилишида ичак некрози белгилари аниқланса, перитонит, организмда сув электролитлари ва кислота-ишқор мувозанатида ўзгаришлар кетганда қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланди.

Натижалар. Қорин бўшлиғига Вереш игнасини киритишда қорин деворидаги операциядан кейинги чандиқ атрофи УТТ текшируви ўтказилганидан сўнг стандарт бўлмаган жойларидан, бунда ичак қовузлоқларини шикастлаб қўймаслик мақсадида, қорин бўшлиғи ички деворида битишмлар йўқ жойидан киритилишга ҳаракат қилинди. Қорин бўшлиғи видеолапароскопик ревизия қилинган 16 нафар бемордан, ичак некрози билан – 1 (6,25%), ичак ҳаётлиги гумони билан – 2 (12,50%), қорин бўшлиғида қўпланми чандиқли конгломерати билан – 2 (12,50%), тарқалган чандиқли жараёнлар билан – 2 (12,50%), ичаклар парези ҳисобига ингичка ичак қовузлоқларининг кенгайиши билан – 1 (6,25%) беморда битишмалар ичак тутилишини видеолапароскопик адгезиолизис ўтказишга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланди. Ўткир чандиқли

ичак тутилиши билан 8 (50%) нафар беморнинг 7 (43,75%) тасида чандиқли ичак тутилишини видеолапароскопик усулда бартараф этишга эришилди. Бу беморларда операция маҳали ва операция кейинги даврларда эрта ва кечки асоратлар кузатилмади.

Хулоса. Болаларда ўткир чандиқли ичак тутилишида видеолапароскопик адгезиолизис ўтказилиши операция шикастини камайтиради, қайта битишма ҳосил бўлиши хавфини пасайтиради, асоратларнинг камайтилиши, операция амалиётига кетадиган вақт, бемор жисмоний фаоллигининг тикланиши, беморнинг ҳаёт сифатини яхшилайдди.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯ СЫРДАРЬИНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

*У.И. Исантурдиев, С.С. Худойбердиев,
Ш.Н. Соатмуродов, И.П. Алманов,
З.А. Абдурахманов, Т.А. Турсункулов*

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В представленном материале приведены опыт лечения пациентов с осложненным течением портальной гипертензии различного генеза. Отражены методика, техника оперативного вмешательства, особенности ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде и результаты лечения.

Материал и методы. В период с февраля 2022 по апрель 2024 г. включительно в отделении экстренной хирургии Сырдарьинского филиала РНЦЭМП выполнено 61 эндоскопическое лигирование вен пищевода 55 пациентам. Все пациенты первично находились на обследовании и лечении в отделении экстренной хирургии. В протокол обязательного обследования пациентов включено выполнение эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС) с оценкой степени ВРВ по нижеследующей классификации.

Эндоскопическое лигирование выполнялось пациентам с ВРВ пищевода 3-й степени, согласно классификации. Средний возраст пациентов составил 45 лет (от 25 до 65 лет), из них мужчин было 37 (67,3%), женщин – 18 (32,7%). Распределение по этиологии развития цирроза печени было представлено следующим образом: вирусные гепатиты – 48 (87,3%), цирроз смешанной этиологии – 4 (7,2%), токсический – 2 (3,6%) и неалкогольная жировая болезнь печени – 1 (1,8%). Лигирование ВРВ пищевода в подавляющем большинстве было выполнено в плановом порядке. При этом у 4 (7,2%) пациентов в анамнезе уже было кровотечение из ВРВ пищевода. В 47 (85,5%) наблюдениях лигирование выполнено после эндоскопической констатации продолжающегося кровотечения из ВРВ

пищевода. Выполнение лигирования вен на высоте кровотечения считали нецелесообразным. Всем пациентам первым этапом лечения проведены временный гемостаз с использованием зонда Сент-стакена-Блэкмора, инфузионная терапия с восстановлением объема циркулирующей крови, вазопрессорная терапия, направленная на снижение давления в системе воротной вены с последующим лигированием ВРВ пищевода в качестве окончательного метода гемостаза. Операцию проводили под внутривенной (премедикацией) анестезией. Для лигирования ВРВ использованы специальные устройства – лигаторы.

В своей практике мы использовали многозарядные лигаторы фирмы производителя из США с числом предзаряженных лигатур от 6 до 10. При проведении лигирования после предварительного временного гемостаза первую лигатуру наложили на тромбированный варикозный узел, а затем лигировали остальные ВРВ пищевода.

Результаты исследования. Все оперативные вмешательства выполнены в запланированном объеме. Среднее время оперативного вмешательства составило 10 (5–15) минут. Контрольную ЭГДФС назначали с интервалом 1 раз в 3 месяца и при наличии новых стволов варикозных вен проводили повторные лигирования. Всего 1 (1,8%) пациенту группы наблюдения потребовались повторные лигирования (от 1 до 3 раз за период наблюдения). У 4 (7,3%) пациентов, которым было выполнено лигирование в экстренном порядке, развились послеоперационные кровотечения (от 3 до 7 дней послеоперационного периода). 2 (3,6%) пациента с кровотечениями умерли в отделении реанимации на фоне нарастания полиорганной недостаточности. Больные имели терминальную стадию цирроза печени класса С по классификации Чайлд–Пью.

Вывод. Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода – высокоэффективный, экономичный и технически простой метод профилактики жизнеугрожающих кровотечений портального генеза.

ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*У.И. Исантурдиев, С.С. Худойбердиев,
Ш.Н. Соатмуродов, А.М. Ортиков,
Т.А. Турсункулов*

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Дифференциальная диагностика различных форм острого панкреатита является основополагающим фактором его успешного лечения, при этом наиболее информативными методами диагностики являются лучевые методы диа-

гностики – ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ).

Материал и методы. Определение диагностической ценности УЗИ с привлечением импульсно-волновой доплерографии (PW), цветового доплеровского картирования (CD).

УЗИ-исследование проводилось всем больным, поступающим с диагнозом «острый панкреатит». Для более тщательного анализа ультразвуковой картины и верификации диагноза в процессе работы обследованы 184 пациента. Из них 67 больных пациентов с отечной формой, 64 – с панкреонекрозом, 35 – с абсцессами поджелудочной железы, 18 – с псевдокистами поджелудочной железы. Исследование проводили при поступлении, перед операцией и после оперативного лечения в динамике. Первый этап включал ультразвуковое исследование в В-режиме, второй этап – исследование кровотока в артериях, участвующих в кровоснабжении поджелудочной железы с привлечением доплеровского картирования. При выполнении импульсно-волновой доплерографии непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты на 13, 46, 710 сутки заболевания оценивали пиковую систолическую скорость кровотока (V_{ps}), конечную диастолическую скорость кровотока (V_{ed}), индекс резистентности (IR).

Результаты. Наиболее сложным являлся вопрос диагностики момента наступления гнойных осложнений при панкреонекрозе. Существенным сонографическим признаком абсцедирования было появление в зоне деструкции гипоэхогенной зоны с гиперэхогенными линейными включениями и участками повышенной эхогенности по периферии зоны. Большое значение в визуализации сосудистых структур имел режим цветового доплеровского картирования, позволивший дифференцировать непарные висцеральные ветви брюшного отдела аорты при ухудшении качества эхографической картины, обусловленной отеком паренхимы железы и парапанкреатической клетчатки. Анализированы результаты ультразвуковой доплерографии непарных висцеральных ветвей брюшного отдела аорты при различных формах панкреонекроза (легкая, средней тяжести и тяжелая). Регистрируемые изменения кровотока свидетельствовали о значительной реактивной гиперемии, являющейся компенсаторной реакцией на имеющуюся ишемию поджелудочной железы и позволяли достоверно дифференцировать на ранней стадии некротическую форму панкреатита от отечной, при этом показатели пиковой скорости кровотока и индекса резистентности в чревном стволе, общей печеночной артерии, селезеночной артерии и верхней брыжеечной артерии имели достоверные различия. Изменения доплерографических показателей пациентов с деструктивным панкреатитом

опережали выявление эхографических маркеров панкреонекроза при исследовании в В-режиме. У пациентов с псевдокистами поджелудочной железы УЗИ выполняли до лечения на 34 и на 714 сутки после начала лечения. При данной патологии имелись изменения сосудов в виде уменьшения диаметра артерий, площади поперечного сечения, снижения пиковой систолической и диастолической скорости кровотока, повышения индекса резистентности. У больных острым панкреатитом результаты импульсно-волновой доплерографии сосудов, участвующих в кровоснабжении поджелудочной железы, показали значимость этого метода в дифференциальной диагностике отечной и деструктивных форм острого панкреатита, а также в прогнозировании течения острого панкреатита уже в первые несколько суток с момента начала заболевания. Чувствительность метода составила 91%, специфичность – 89%, точность – 90%.

Выводы. Прогнозирование развития деструктивных форм панкреатита на ранних стадиях болезни возможно с помощью комплексного ультразвукового исследования, включающего исследование кровотока в непарных висцеральных ветвях брюшного отдела аорты. Наиболее значимым прогностическим критерием развития прогрессирования панкреонекроза является стабильное повышение в 16 сутки заболевания средних показателей Vps печеночной и селезеночной артерий в 2 раза и IR – в 1,2 раза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*И.Р. Хужамбердиев, А.Г. Мирзакулов,
У.У. Абдуллаев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Проблема осложненного течения гастродуоденальных язв сохраняет свою актуальность в системе экстренной медицины. При этом доля первичных гастродуоденальных кровотечений в общей структуре осложнений не имеет тенденции к снижению, в том числе у больных старшей возрастной группы, с наличием сопутствующих заболеваний, с высоким операционным риском. В связи с этим активное внедрение в клиническую практику методов эндоскопического гемостаза может способствовать эффективной остановке кровотечения, а также проведению профилактики рецидива.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности использования различных методов эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Материал и методы. С 2010 по 2020 г. в отделении экстренной хирургии № 3 Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 1248 больных с осложненным течением язвенной болезни. При этом доля кровотечений в общей структуре осложнений составила 70,9%. Среди госпитализированных преобладали больные мужского пола трудоспособного возраста. Распределение по гендерному признаку было следующим: мужчин – 628 (71%), женщин – 257 (29,0%). По возрастному признаку: до 18 лет было 13 (1,5%) больных, в возрасте от 18 до 44 лет – 468 (52,9%), 45–59 лет – 236 (26,7%), старше 60 лет – 168 (18,9%). К больным, поступающим с клинической картиной язвенного кровотечения, применяли классификацию J. Forrest (1974 г.), согласно которой у 28 больных имелась картина продолжающегося кровотечения (Ia, Ib), у 680 больных кровотечение на момент поступления было приостановлено (IIa, IIb, IIc, III). С целью гемостаза и профилактики риска рецидива у 686 больных применяли следующие эндоскопические способы: диатермокоагуляцию – у 178 (25,9%), инъекционную (35% раствор этанола и 0,18% раствор адреналина) – у 395 (57,6%) пациентов, комбинацию указанных методов – у 113 (16,5%) больных.

Результаты. Большая часть больных поступала в первые сутки с момента развития признаков кровотечения: до 1 часа – 125 (14,1%), в течение суток – 522 (59,0%), больше суток – 238 (26,9%) больных. У 28 больных с продолжающимся кровотечением (Ia, Ib) эндоскопический гемостаз был эффективен в 12 случаях (42,9%), остальные 16 больных были оперированы в экстренном порядке. Из 680 больных с остановившимся кровотечением у 658 (IIa, IIb) с целью профилактики рецидива выполнены методы эндоскопического гемостаза. Рецидив кровотечения отмечался у 112 больных, которым повторно выполнены повторные эндоскопические вмешательства комбинированным методом. В связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза 57 больных были прооперированы. Средняя продолжительность койко-дней составила 3,9. Летальность была 2,37%.

Заключение. Применение методов эндоскопического гемостаза способствует эффективной первичной остановке кровотечения, которая может рассматриваться в качестве окончательного вмешательства или подготовки к операции у больных с высоким риском рецидива.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

*И.Р. Хужамбердиев, Б.А. Худойбердиев,
Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Д.А. Рашидов,
Б.С. Робиддинов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. COVID-19 проявляется как мультисистемное заболевание, однако легкие представляют собой наиболее часто поражаемый орган-мишень. При заболевании COVID-19 поражения легких составляют до 93%. Исследования ученых многих стран показали, что основным морфологическим проявлением в легких является диффузное альвеолярное повреждение в сочетании с вовлечением в патологический процесс сосудистого русла легких и альвеолярно-геморрагическим синдромом. Клиническое течение COVID-19 характеризуется гиперкоагуляцией с удлинением протромбинового времени, повышением уровня D-димера и фибриногена в сыворотке крови, что приводит к тромбозам разной локализации, тромбоэмболиям и развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома). Поэтому одним из основных компонентов в лечении данной патологии является применение антикоагулянтов в лечебных дозах. Одним из грозных осложнений данной проблемы являются внутриплевральные и внутрилегочные кровотечения. Хирургическое лечение плеврорегочных осложнений, в частности, внутриплевральных и внутрилегочных кровотечений, при лечении легочных форм COVID-19 имеет актуальное значение.

Материалы и методы. Материалом послужило проведено лечения 31 больному с различными формами внутрилегочных и внутриплевральных осложнений вирусидентифицированной (COVID-19) пневмонии. Все пациенты поступили с выраженными внутрилегочными и внутриплевральными проявлениями. Внутриплевральное кровотечение как осложнение ковид-ассоциированной пневмонии диагностировано у 1 (3,22%) пациента. Внутрилегочная гематома диагностирована у 2 (6,45%) пациентов. Всем поступившим пациентам оказана специализированная хирургическая помощь.

Результаты. Во всех представленных случаях выполнена видеоторакоскопия, при которой отмечена повышенная контактная кровоточивость париетальной и висцеральной плевры. Легочная ткань при инструментальной пальпации диффузно уплотнена, тускло-розового цвета. В первом случае визуализирован источник кровотечения, которым явился сосуд в одной из спаек в апикальных отделах гемиторакса между легким и костальной плеврой. Кровотечение остановлено путем электрокоагуля-

ции. В двух других случаях при видеоторакоскопии была отмечена имбибция паренхимы легочной ткани геморрагическим содержимым. Выполнено вскрытие внутрилегочных гематом с последующим ушиванием. Все операции закончились санацией и дренированием плевральной полости. В раннем послеоперационном периоде отмечена повышенная геморрагическая экссудация, что потребовало продолженного дренирования (до 4 дней) плевральной полости. Все пациенты выписаны из стационара с клиническим выздоровлением.

Выводы:

1. Лечение внутриплевральных и внутрилегочных осложнений вирусидентифицированной COVID-19-пневмонии на фоне проводимой массивной антикоагулянтной терапии сопряжено с крайне высоким риском развития профузного легочного или внутриплеврального кровотечения. Оказание хирургической помощи пациентам с такими осложнениями целесообразно проводить на максимальных ранних сроках диагностики этих осложнений.

2. После проведения КТ ОГК и выявления свободной жидкости в плевральной полости следующим этапом необходимо проведение диагностической пункции плевральной полости. При получении геморрагического содержимого объем хирургической помощи не должен заканчиваться только дренированием плевральной полости. В условиях специализированного торакального отделения целесообразно выполнение видеоторакоскопии с возможной визуализацией источника кровотечения и последующей его остановкой.

3. При КТ-диагностике массивных внутрилегочных гематом целесообразно выполнение видеоторакоскопического вскрытия и эвакуации гематомы с последующим ушиванием легочной ткани. Операции заканчиваются санацией и дренированием плевральной полости.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕТЕНЦИОННЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

*М.Т. Хусанходжаева, Ф.А. Азимова,
Ф.Т. Исмаилова, Д.С. Шадманова*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В последнее десятилетие широко обсуждались новации в вопросах стратегии и тактики ведения ретенционных кист яичников. Вместе с тем осложненные формы (частичный или полный перекрут кист) освещались реже. Если интервенционная эхография и лапароскопия прочно установились в

плановой гинекологической практике и позволяют с наименьшими показателями органорезекции добиться хороших результатов, то при неотложных состояниях вопросы лапароскопической деторсии перекрученных ретенционных кист, с последующей их резекцией, остаются дискуссионными.

Цель исследования. Изучение эффективности лапароскопической деторсии при перекрученных ретенционных кистах яичников.

Материал и методы. За последние годы – с 2014 по 2024 г. были госпитализированы 1684 пациентки в связи с неотложными состояниями, связанными с ретенционными кистами яичников.

Результаты исследования и обсуждение. Из указанного числа больных с ретенционными кистами было 502 (29,8%) пациентки. В этой группе больных среди 101 (20,1%) женщины проведена лапароскопия, во время которой была констатирована возможность проведения деторсии кисты с последующей её энуклеацией и сохранением яичника. При перекруте образования не более 180°, а также при менее 4-часовой давности перекрута не позволяло подозревать необратимых изменений в тканях придатков матки. Удовлетворительная лапароскопическая картина при вышеуказанных критериях степени перекрута и его давности послужила условием проведения органосохраняющего типа операции. Гистологическое исследование биоптатов из оставляемой части яичников подтвердило отсутствие необратимых изменений. Серьезных осложнений после операции среди всех 101 пациентки мы не наблюдали.

Таким образом, проведенные исследования позволяют с оптимизмом рассматривать их основные результаты, а также формулировать протоколы лечения, ориентированные на минимизацию хирургического травматизма и органорезекции среди женщин репродуктивного возраста с перекрутом ретенционных кист яичников.

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

*М.Т. Хусанходжаева, Ф.А. Азимова,
Ф.Т. Исмаилова, Д.С. Шадманова*

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

Цель исследования. Изучение целесообразности, эффективности и безопасности проведения консервативной миомэктомии (КМ) при нарушении питания миоматозных узлов миомы матки (ММ).

Материал и методы. За период с 2014 по 2024 г. в отделении гинекологии РНЦЭМП прооперированы 864 женщины с ММ. Одним из наиболее частых

показаний явилось нарушение питания ММ – у 106 (12,3%) женщин. У 55 (51,8%) из них выполнена надвлагалищная ампутация матки, у 38 (35,8%) – экстирпация матки, у 13 (12,2%) – КМ. Последняя группа женщин, помимо вышеуказанных жалоб, страдала бесплодием и невынашиванием, обусловленным миомой матки. ОНИ составили основную выборку. ВОЗРАСТ пациенток колебался от 18 до 45 лет (средний возраст – 34,5±1,5 года). Миома матки выявлена впервые у 3 (23,1%) из 13 пациенток. У 5 (38,5%) длительность заболевания была 1–2 года, у 4 (33,7%) – от 2 до 5 лет, у 1 (7,7%) – свыше 5 лет. У 8 (61,5%) женщин отмечалось бесплодие: первичное – у 5, вторичное – у 3. У остальных 4 (38,4%) пациенток выявлено невынашивание беременности. Симптоматика миомы матки при этом выражалась болевым синдромом у 9 (69,2%) больных, сочетанием болевого синдрома с кровянистыми выделениями – у 3 (23,1%), быстрым ростом миомы – у 1 (7,6%). При ультразвуковом исследовании у всех 13 больных выявлены участки гипо- и анэхогенных областей в толще миоматозного узла.

Результаты и обсуждение. Все эпизоды нарушения питания миомы были представлены единичными крупными узлами. В 4 (33,3%) из 13 случаев это были интралигаментарные миоматозные узлы, в 6 (46,2%) случаях – интрамурально-субсерозные узлы, в 3 (23,1%) случаях – интрамурально-субмукозные. Размеры узлов колебались от 4 до 18 см в диаметре. Во время операции в 4 случаях интрамурально-субсерозной миомы периметрий в области наружного полюса опухоли были с воспалительными изменениями и покрыты тонким фибриновым налетом, отмечались рыхлые спайки с большим сальником. У остальных 9 периметрий был синюшный с выраженной инъекцией сосудов, но без фибринового налета. В толще узла после его удаления отмечались очевидные очаги размягчения, участки геморрагий, отек. Ни в одном случае из 13 не было гнойных осложнений нарушения питания миоматозных узлов. До операции во всех эпизодах отмечался умеренно выраженный лейкоцитоз до $11,0 \times 10^9$ мл, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы, гиперкоагуляция, субфебрилитет, неравномерность эхоплотности до эконегативных очагов в миоматозных узлах при УЗИ.

Уровень интраоперационной кровопотери во всех 13 случаях зависел от масс удаленных миоматозных узлов и глубины их залегания, колебался от 100,0 до 600,0 мл (в среднем $260,0 \pm 8,0$). В 3 (23,1%) случаях при очевидном риске большой интраоперационной кровопотери производилась двусторонняя перевязка восходящих ветвей маточных артерий. Среди них средняя кровопотеря составила от 200,0 до 400,0 мл (в среднем составила $330,0 \pm 15,0$ мл).

Гнойно-воспалительных осложнений после консервативной миомэктомии не отмечено, вынужденной гистероскопии также не было.

Таким образом, анализ ближайших результатов проведения КМ при нарушении питания ММ свидетельствует о том, что данный вид операции должен проводиться с определением границ разумного риска при данной форме патологии. Наш небольшой опыт позволяет оптимизмом смотреть на этих больных, поскольку у всех 13 женщин не наблюдалось осложнений в послеоперационном периоде.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Ф.Х. Шаропов, А.Б. Мансуров

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) является наиболее частой неотложной хирургической патологией и причиной обращения в хирургические стационары. Ежегодная обращаемость по поводу абдоминальных болей в Б/Ф РНЦЭМП – свыше 8 000 детей. Из них свыше 1200 детей госпитализируют в хирургическое отделение. В последние годы отмечается тенденция к увеличению удельного веса осложненных форм ОА. Осложненные формы ОА требуют более длительного стационарного лечения, повышают риск осложнений (спаечная болезнь, бесплодие у девочек), поэтому своевременная постановка диагноза играет важнейшую роль.

Цель. Проанализировать основные причины возникновения осложненных форм ОА у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов в отделении Б/Ф РНЦЭМП детской хирургии за 2022–2023 гг. с осложненными формами ОА. Учитывались следующие показатели: 1) количество больных, оперированных по поводу ОА; 2) распределение больных по формам перитонита; 3) распределение по возрастам; 4) время от начала заболевания до госпитализации; 5) время от момента госпитализации до операции.

Результаты. С 2022 по 2023 г. пролечено 1256 детей с ОА. Осложненные формы ОА были у 382 больных (11,3%). Из них наиболее частые: местный перитонит – 72%, распространенный – 22%, абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат – 3,8%. Распределение по возрасту: до 1 года – 0,1–2 года – 5% больных, 3–6 лет – 24%, 6–9 лет – 18%, 10–15 лет – 62%. Пик заболеваемости ОА – 9–14 лет. По времени до госпитализации: до 6 ч – 0, от 6 до 12 ч – 10,2%, 12–24 ч – 28,2%, более 24 ч – 72,6%. Ошибки на этапах диагностики были у 112 детей (33,2%), из них на догоспитальном этапе – у 76 (21,2%), на госпитальном этапе – у 52 (12%). Основные причины на догоспитальном этапе: 1) несвоевременное обращение родителей (около 64%) при сроке

заболевания более 1 сут.; 2) ошибки диагностики врачей и фельдшеров СМП, педиатров (низкая настороженность в отношении хирургической патологии) – в 22% случаев; 3) отказ родителей при рекомендации врачей к госпитализации в хирургический стационар – 24%. На госпитальном этапе: 1) ошибочное исключение острой хирургической патологии в приемном отделении – в 26% случаев; 2) непрофильная госпитализация в соматическое отделение под маской соматической патологии – в 23,2%; 3) длительное наблюдение в хирургическом отделении – в 9,8% случаев.

Выводы. Таким образом, причинами задержки диагностики ОА стали: низкая санитарная грамотность населения, когда родители не обращались за медицинской помощью при сроке заболевания более 1 сут.; высокий процент диагностических ошибок на всех этапах оказания неотложной помощи, что свидетельствует о низкой настороженности медицинских работников в отношении острой хирургической патологии. Требуется проводить инструктирование первичного звена – врачей поликлиник, врачей и фельдшеров СМП, детских больниц о необходимости консультации хирургом детей с острыми болями в животе длительностью более 6 ч, четкое соблюдение клинических рекомендаций по алгоритму диагностики и лечению острого аппендицита у детей.

EVALUATION AND TREATMENT OF CRYPTORCHIDISM

Sharopov F.Kh., Mansurov A.B., Haydarov F.N.

Bukhara branch of the RSECMP.
Bukhara, Uzbekistan

Actuality. Cryptorchidism is the most common disorder of sexual differentiation in male children, with an incidence of 3.4 per cent in the term newborn, decreasing to 0.8 per cent at 1 year of age. The mechanisms of normal testicular descent are multifactorial and include an intact hypothalamic-pituitary-testicular axis, as well as a normal gubernaculum and epididymis. In boys with cryptorchidism, the testes demonstrate degenerative changes histologically as early as 1 to 2 years of age. Both testes may be affected, even with a unilateral undescended testis. The most important long-term complications of cryptorchidism include infertility and testicular cancer. The risk of malignancy is approximately 40 times higher in male subjects with cryptorchidism than in normal men, and is highest in male subjects who have had an intra-abdominal testis and in certain intersex conditions.

Purpose. Cryptorchidism is one of the most common pediatric disorders of the male endocrine glands and the most common genital disorder identified at birth.

Materials and Methods. A systematic review and meta-analysis of the published literature was conducted using controlled vocabulary supplemented with key words relating to the relevant concepts of cryptorchidism. The search strategy was developed and executed by reference librarians and methodologists to create an evidence report limited to English-language, published peer-reviewed literature. This review yielded 704 articles published from 1980 through 2013 that were used to form a majority of the guideline statements. Clinical Principles and Expert Opinions were used for guideline statements lacking sufficient evidence-based data.

Results. Statements were created to inform clinicians on the proper methods of history-taking, physical exam, and evaluation of the boy with cryptorchidism, as well as the various hormonal and surgical treatment options.

Conclusions. Imaging for cryptorchidism is not recommended prior to referral, which should occur by 6 months of age. Orchidopexy (orchiopexy is the preferred term) is the most successful therapy to relocate the testis into the scrotum, while hormonal therapy is not recommended. Successful scrotal repositioning of the testis may reduce but does not prevent the potential long-term issues of infertility and testis cancer. Appropriate counseling and follow-up of the patient is essential.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ОБСТРУКЦИЯХ МОЧЕТОЧНИКОВ

А.Т. Эрметов, О.П. Жураев, О.Ж. Ашуров

Ташкентский областной
филиал РНЦЭМП

Актуальность. При анурии и опухолевой обструкции верхних мочевых путей (ВМП) приходится прибегать к различным методам отведения мочи. В настоящее время основным и наиболее простым способом дренирования ВМП является чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС). Однако данное оперативное вмешательство подразумевает наличие постоянного нефростомического дренажа, необходимость регулярного ухода за ним и периодической его замены. Применение мочеточниковых стентов из различных материалов (полиуретан, никелид титана) позволяет обеспечить внутреннее дренирование ВМП в течение длительного времени. Практический интерес представляют недавно появившиеся нефровезикальные стенты, используемые для обходного подкожного шунтирования ВМП.

Материалы и методы. Материал исследования составили 342 наблюдения с анурией и опухолевой обструкцией мочеточников, находившихся на

стационарном лечении в отделении экстренной хирургии ТОФ РНЦЭМП с 2017 по 2024 г. Мужчин было 141 (41,2%) больной, женщин – 201 (58,7%). Причиной обструкции у 179 (52,3%) больных обнаружена опухоль мочевого пузыря, у 101 (29,5%) больного отмечалась опухоль женских половых органов, у 40 (11,6%) больных – рак прямой или сигмовидной кишки, у 22 (6,4%) больных наблюдался рак простаты. Односторонняя обструкция диагностирована у 303 (88,5%) больных, двухсторонняя – у 39 (11,4%) больных.

Результаты и обсуждение. Пункционная нефростомия выполнена 287 (83,9%) больным, стентирование мочеточника – 55 (16,0%). Пункционную нефростомию произвели в положении Сельдингера под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Пункция полостной системы почки и бужирование нефростомического свища в основном произвели через нижнюю чашку. При необходимости дальнейших манипуляций на верхних мочевыводящих путях пункция проводилась через среднюю или верхнюю чашки. У 202 (59,0%) больных с раком мочевого пузыря из-за запущенности опухоли и тяжести соматического состояния ЧПНС выполнено пожизненно, у остальных пациентов различного рода пластические операции уретроцистостомоз Боари проводился 53 (15,4%) больным. Для внутреннего дренирования 87 (25,4%) больным применяли полиуретановые стенты. В дальнейшем больные находились под наблюдением, периодически выполнялось ультразвуковое исследование почек. Показанием к смене стента являлись возникшие боли в области почки и расширение ее полостной системы, что указывает на плохую функцию дренажа. Длительное дренирование стентом было успешным у 228 (66,7%) больных. У 114 (33,4%) больных из-за плохой переносимости (частые обострения хронического цистита) стент пришлось удалять и проводить чрескожную пункционную нефростомию.

Заключение. Таким образом, различные способы паллиативного дренирования ВМП позволяют продлить жизнь онкологическим больным с опухолевой обструкцией мочеточников. Чрескожная пункционная нефростомия является малотравматичной, эффективной, практически не имеющей противопоказаний к операции. Однако отсутствие свищей и наружных дренажей при внутренних способах дренирования ВМП позволяет улучшить качество жизни данным пациентам.

НАРУЖНАЯ ФИКСАЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

*А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибаев,
Ш.У. Султонов*

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Во всем мире рост травматизма, который всё более приобретает черты болезни цивилизации, привел к существенному увеличению не только количества, но и тяжести полученных повреждений. При этом увеличивается доля сочетанных травм, смертность при которых достигает 23,3–85,0%. Травма груди при сочетанной травме, которая занимает второе место по частоте после черепно-мозговой травмы, часто представлена множественными переломами ребер с нарушением каркасности грудной клетки, развитием внутриплеврального кровотечения, гемопневмоторакса, неизбежной пневмонией. Для этих пострадавших характерны высокая летальность на месте происшествия и в лечебных учреждениях, не всегда удовлетворительные результаты лечения. Выбор оптимальной лечебной тактики у таких пациентов до сих пор вызывает споры. Не решен вопрос о необходимости и допустимой степени хирургической активности в ходе лечения. Одни авторы рекомендуют максимально ограничить объем вмешательств до стабилизации общего состояния, другие, напротив, предлагают радикально и одновременно устранять все повреждения груди и брюшной полости независимо от тяжести состояния, считая такую тактику единственным шансом пациента на выживание. Метод видеоторакоскопии позволяет под визуальным контролем выполнить сразу несколько очень важных задач: уточнить характер повреждения, провести полноценную санацию и дренирование плевральных полостей, остановить внутреннее кровотечение без торакотомии, осуществить малоинвазивную хирургическую фиксацию костных отломков ребер.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения множественных переломов ребер при закрытой травме грудной клетки.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и лечения 363 пациентов с закрытой травмой груди, госпитализированных в отделение экстренной хирургии Ташкентского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2018 по 2024 г. Из всех больных мужчин было 278 (76,5%), женщин – 85 (23,4%), в возрасте от 18 до 76 лет. У всех пациентов диагностированы различные осложнения – разрыв легкого, разрыв диафрагмы, гемоторакс, пневмоторакс, подкожная эмфизема грудной клетки, ушиб легких и внутрилегочные гематомы. Хирургиче-

ское вмешательство произвели 286 (78,7%) больным с плевро-легочными осложнениями, из них 203 (70,9%) больным выполнена видеоторакоскопия, 83 (29,0%) больным оперативное вмешательство ограничено только дренированием плевральной полости. Остальным 77 (21,2%) пострадавшим оперативное вмешательство не требовалось, у этих больных осложнения не отмечались, им проводили консервативную терапию. У 43 (11,8%) больных диагностированы множественные двойные переломы с деформацией грудной клетки и тяжелым нарушением дыхания. В этой категории больных с конца 2023 по 2024 г. в нашем центре начали использовать метод наружной фиксации костных отломков ребер с использованием видеоторакоскопии. Оперировано 5 (11,6%) больных по указанному методу.

Результаты исследования. С помощью метода «наружная фиксация костных отломков ребер с использованием видеоторакоскопии» нам удалось спасти пациентов с тяжелой травмой грудной клетки и нарушением дыхания, при этом отмечалось более быстрое восстановление самостоятельного дыхания, чем у пациентов, к которым использованы другие методы фиксации ребер. Применение видеоторакоскопии с наружной фиксацией костных отломков ребер имело высокую лечебную эффективность и способствовало снижению частоты осложнений и смертности. Летальный исход при использовании нашего метода не отмечался.

Заключение. Таким образом, можно сказать, что для больных с закрытой травмой грудной клетки с множественными переломами ребер и тяжелым нарушением дыхания целесообразно производить наружную фиксацию костных отломков ребер с помощью видеоторакоскопии. Этот метод способствует сокращению продолжительности ИВЛ, обеспечивает также полноценную санацию плевральной полости от гемоторакса, позволяет миниинвазивным способом выполнить гемостаз и устранить другие внутриплевральные последствия травмы, что в совокупности способствует достоверному сокращению сроков удаления плевральных дренажей.

**РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ
ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

*А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибаев,
М.О. Кобилов*

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Проблема закрытой травмы груди остается одной из самых актуальных в современной хирургии и травматологии и нередко является одной из основных причин летальных исходов, достигающих, по оценкам разных авторов, 30%. Основным методом исследования является рентгенография грудной клетки, которая позволяет уточнить смещение костных отломков, топографию ФПР, оценить состояние легочной ткани и органов средостения и выявить наличие пневмоторакса или жидкости в плевральных полостях. Для диагностики, а зачастую и устранения осложнений, в настоящее время используются видеоэндохирургические методы. Торакоскопия позволяет не только уточнить локализацию повреждения, его тяжесть, развивающиеся осложнения, но и решать вопросы хирургической тактики. Кроме того, торакоскопия даёт возможность сочетать диагностические и лечебные манипуляции.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения пострадавших больных с закрытой травмой грудной клетки.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 324 пациентов с закрытой травмой грудной клетки, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии ТОФ РНЦЭМП в период с 2018 по 2023 г. Из числа больных мужчин было 252 (77,8%), женщин – 72 (22,3%), в возрасте от 18 до 74 лет. Из 285 (87,9%) больных с закрытой травмой груди выявлены различные патологические изменения. У 160 (56,1%) больных отмечался гемопневмоторакс, у 55 (19,2%) – гемоторакс, у 45 (15,7%) – пневмоторакс, у 12 (4,2%) – подкожная эмфизема грудной клетки, у 13 (4,5%) – ушиб легких. Хирургическое вмешательство проводилось у 260 (91,2%) больных с плеврорегочными осложнениями, из них 224 (86,1%) больным выполнено диагностическая видеоторакоскопия (ВТС). У остальных 36 (13,8%) пострадавших больных в процессе диагностики и лечения хирургического вмешательства не требовалось, так как у этой категории больных осложнения не наблюдались, проводилась только консервативная симптоматическая терапия. Все оперированные больные были разделены на две группы. Первую группу составили 66 (25,3%) больных, у которых обследование и лечение проводили без применения видеоторакоскопии (ВТС), вторую – 194 (74,6%) больных, у которых на этапе диагно-

стики и хирургического лечения была использована ВТС. 163 (84,0%) больным была выполнена ВТС после удаления фрагментов свернувшейся крови, коагуляцией или ушиванием ран легкого, грудной клетки, остановки кровотечения и аспирации излившейся крови в плевральную полость. Операция была ограничена дренированием плевральной полости. Из конверсии ВТС 31 (15,9%) больному 20 (10,3%) больным выполнены видеоассистированные вмешательства через миниторакотомный доступ, с использованием той же торакоскопической техники. 11 (5,6%) больным произвели широкую торакотомию: резекция костных отломков ребер – 4 (36,3%) больным; ликвидация свернувшегося гемоторакса – 1 (9,0%) больному; ушивание разрыва диафрагмы – 5 (45,4%) больным, перикарда – 1 (9,0%) больному.

Результаты исследования. Торакоскопия позволила визуализировать раны легкого у 140 (43,2%) больных; диафрагмы – 5 (1,5%) больных; повреждение перикарда – 1 (0,3%) больному; обнаружение источника продолжающегося внутриплеврального кровотечения – 18 (5,6%) больным; свернувшегося гемоторакса – 37 (11,4%) больным. 87 (26,8%) больным характер и объем ранения позволили ограничиться дренированием плевральной полости через торакопорт в V–VI м.р. после удаления фрагментов свернувшейся крови, коагуляция или ушивание поверхностных ранений легкого и грудной клетки, аспирации излившейся в плевральную полость крови. Кроме того, 20 (6,1%) больным ликвидация последствий травмы удалось выполнить через миниторакотомный доступ путем видеоассистирования. У 6 (1,8%) больных при торакоскопии мы выявили разрыв диафрагмы и перикарда, которые до вмешательства не подозревались по клиническим и рентгенологическим данным. Высокая диагностическая эффективность ВТС отличается достаточно широкими лечебными возможностями, что способствовало снижению частоты торакотомии до 80,2%. Осложнения, непосредственно связанные с использованием мининвазивных вмешательств, нами не отмечены. Летальный исход отмечался у 5 больных, что составило 1,5%, причинами были тромбоэмболия легочной артерии у 3 (60,0%) больных и инфаркт миокарда у 2 (40%) больных.

Заключение. Таким образом, больным с закрытой травмой грудной клетки с плевро-легочными осложнениями целесообразно проводить диагностическую видеоторакоскопию, так как ВТС позволяет не только установить точный топический диагноз, но и быстро и надежно устранить не требующие открытого вмешательства повреждения с минимальной травмой для пострадавшего. Применение видеоторакоскопии у пострадавших с закрытыми травмами груди приводит к снижению

частоты развития послеоперационных осложнений и приводит к уменьшению сроков лечения и реабилитации.

ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

Т.Н. Юлдашев, Ш.Р. Бозорова

Навоийский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Уточнение диагноза и выбор тактики лечения у женщин с травмой наружных половых органов.

Травмы женских половых органов – это специфическая категория повреждений репродуктивной системы женщины, которая подразделяется на родовые и неродовые травмы. В настоящем сообщении мы провели анализ неродовых травм гениталий. Неродовые травмы имеют свои характерные особенности (причины травмирования, объемы нанесенных повреждений, сопутствующие осложнения), поэтому к лечению таких травм нужно подходить строго индивидуально. На практике чаще всего травмируются вульва и влагалище. Повреждения женских половых органов может быть вызвано следующими причинами (И.Л. Брауде):

- повреждения, связанные с половым актом: при грубом половом акте (например, изнасилование);
- повреждения от проникновения инородных тел;
- повреждения по типу «падения на пол»;
- повреждения от тупой травмы (во время удара, падения, сдавления удары в живот, падения с высоты, сдавления в автомобильных авариях и т.д.);
- повреждения при врачебных манипуляциях: во время некорректного введения медицинского инструментария (катетеров, расширителей); ятрогенная;
- при введении в матку острых или твердых предметов (например, при попытке вызвать выкидыш, абортах вне лечебного учреждения).

Во время открытых травм в области наружных половых органов могут образовываться рваные раны, сопровождающиеся кровотечением, если же повреждение закрытого типа – гематомы – ушибы и кровоподтеки.

Материал и методы. В Навоийский филиал РНЦЭМП в отделение экстренной гинекологии за период с 2020 по 2022 г. поступила 51 пациентка с травмой наружных половых органов. Травмы промежности в результате падения на твердую поверхность наблюдали у 11 пациентов. В 5 случаях это были девочки в возрасте от 5 до 12 лет. Закрытую травму промежности в виде ушиба мягких тканей и гематомы наблюдали у 5 больных, в этих случаях им не потребовалось какого-либо хирургического вмешательства. У 6 пациенток отмечены рваные

раны промежности: в 3 случаях – раны 1 ст., то есть повреждение кожных покровов больших половых губ, в 3 случаях – раны 2 ст. У 2 рана переходила с больших половых губ на малые, и в 1 случае наблюдали повреждение промежности и наружного анального сфинктера. Все случаи потребовали первичной хирургической обработки с послойным ушиванием поврежденных структур.

Результаты. 40 женщин поступили к нам с посткоитальными повреждениями наружных половых органов. Возраст больных колебался от 18 до 35 лет. Чаще всего повреждения гениталий наблюдались у 37 женщин, впервые вступивших в брак. Кровоподтеки и гематомы больших половых губ и вульвы были у 5 женщин, травма клитора – у 2. Открытые повреждения влагалища – у 33, причем чаще всего имелись повреждения боковых стенок влагалища справа или слева – у 25, у 8 пациенток имелся разрыв заднего свода. Всем пациенткам выполнена первичная хирургическая обработка. При тщательной ревизии проникновения повреждений в мочевого пузырь или же в прямую кишку не наблюдали. Раны были послойно ушиты. Послеоперационный период протекал без осложнений, больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Генитальные травмы представляют собой одну из актуальных проблем в экстренной гинекологии, связаны непосредственно с детородной функцией и требуют к себе повышенного внимания дежурного персонала с одной стороны, а с другой стороны – необходимо проведение социально-профилактических мер по предупреждению возникновения подобных травм.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, И КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ

*Ф.Р. Якубов, Д.Ш. Сапаев, К.Х. Хайитбоева,
Б.М. Матниязов, Н.О. Маткурбонов,
Ш.Ш. Шухратова*

Ургенчский филиал Ташкентской
медицинской академии

В последние десятилетия комбинированная антибиотикотерапия и чрескожное дренирование стали в большинстве случаев лечением первой линии абсцесса печени, значительно улучшили прогноз пациентов: уровень смертности снизился с 70% до 4–6%.

Приоритетным методом лечения абсцессов печени в настоящее время является первоначально консервативная терапия, за исключением показаний к экстренному хирургическому вмешательству или недоступности для дренирования. Хирургиче-

ское вмешательство может быть применено также в случае неудачи чрескожного дренирования, чего можно избежать благодаря усовершенствованию медицинских технологий.

Материал и методы исследований. В клиническое исследование включены 92 пациента с абсцессами печени на фоне сахарного диабета, которым были выполнены пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ. Согласно проведенному хирургическому лечению, все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу включено 38 больных (2022–2023 гг.), у которых мининвазивное лечение абсцессов печени проведено по предложенной методике. В группу сравнения включены 54 пациента (2019–2021 гг.), которым проводилось пункционно-дренирующее вмешательство по традиционной технике с использованием промывания полости абсцесса антисептическим средством (Декасан).

Результаты и обсуждение. Исследование клинической эффективности предложенного способа проведено в двух группах. Общие терапевтические подходы в обеих группах были идентичными и включали системную антибактериальную и детоксикационную терапию, коррекцию уровня глюкозы в крови.

При поступлении только у 6 больных в группе сравнения и у 4 в основной группе не отмечалось гипертермической реакции. После проведения лечения в основной группе в течение первых двух суток температура нормализовалась у 14 (36,8%), а в группе сравнения – только у 5 (9,3%), в дальнейшем на 3 сутки этот показатель увеличился еще на 12 (31,6%) и 9 (16,7%) пациентов соответственно. У более половины пациентов в группе сравнения температура нормализовалась только на 4–7 сутки (26 больных – 48,1%) и в сроки более 7 суток (8 больных – 14,8%). В основной группе длительная гипертермия сохранялась только у 8 (21%) пациентов ($\chi^2=19,276$; $df=4$; $p<0,001$).

Во время пункционно-дренирующего лечения отрицательный посев был только у 13 (24,1%) пациентов в группе сравнения и у 11 (28,9%) в основной группе, тогда как из 41 пациента с высеянной флорой в группе сравнения отрицательный посев на 5 сутки после начала лечения определялся только у 6 (11,1%), на 6–10 сутки еще у 12 (22,2%), на 11–15 сутки – у 17 (31,5%), при этом в эти же сроки положительный рост выявлен у 6 (11,1%) пациентов. В основной группе отрицательный рост был получен у 10 (26,3%) пациентов в сроки к 5 суткам после начала лечения, в дальнейшем этот показатель увеличился еще на 14 (36,8%) пациентов на 6–10 сутки и на 2 (5,3%) больных на 11–15 сутки. Положительный рост (*Pseudomonas aeruginosa*) сохранялся только у 1 пациента ($\chi^2=14,387$; $df=4$; $p=0,007$).

Оценка ближайших результатов мининвазивного лечения абсцесса печени показала, что облитерация полости после однократного дренирования была отмечена у 39 (72,2%) пациентов в группе сравнения и у 35 (92,1%) больных в основной группе. В свою очередь, облитерация полости после повторного дренирования, то есть в случаях, когда на фоне лечения при динамическом УЗИ отмечалось наличие недренируемых зон в гнойно-деструктивном очаге в печени, была достигнута у 11 (20,4%) пациентов в группе сравнения и у 3 (7,9%) в основной группе. В группе сравнения традиционное оперативное лечение было выполнено у 4 (7,4%) пациентов, в основной группе все пациенты были выписаны после мининвазивного лечения ($\chi^2=6,192$; $df=2$; $p=0,046$).

Отдаленные результаты были прослежены от 4 до 12 месяцев. После выписки рекомендовалось динамическое УЗИ. Рецидив развития абсцесса печени был отмечен у 9 (16,7%) больных в группе сравнения и 2 (5,2%) в основной группе. Облитерация полости абсцесса после первичного лечения (однократного или повторного в течение госпитального периода) была достигнута у 41 (75,9%) пациента в группе сравнения и 36 (94,7%) в основной группе. Рецидив абсцесса и успешное повторное дренирование было выполнено у 5 (9,3%) и 1 (2,6%) пациентов соответственно. Лапаротомия на фоне рецидива и неудачного повторного мининвазивного лечения потребовалась 4 (7,4%) больным в группе сравнения и 1 (2,6%) в основной группе.

Заключение. Анализ динамических проявлений активности воспалительной реакции и состояния гнойно-деструктивного очага в печени показал, что применение предложенного способа мининвазивного лечения позволило уже к 3 суткам купировать гипертермическую реакцию у 78,9% пациентов (в группе сравнения – 37%; $p<0,001$), при этом уменьшение линейного размера абсцесса к 10 суткам составило с $7,7 \pm 2,9$ до $2,9 \pm 1,8$ см (в группе сравнения – с $7,4 \pm 2,6$ до $4,9 \pm 2,7$ см; $p<0,05$), соответственно было достигнуто сокращение продолжительности антибактериальной терапии с $14,3 \pm 3,4$ до $11,2 \pm 3,0$ суток ($p<0,05$), сроков дренирования – с $14,6 \pm 5,5$ до $10,7 \pm 4,5$ суток ($p<0,05$) и госпитального этапа – с $15,9 \pm 5,4$ до $12,1 \pm 4,8$ суток ($p<0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Ф.Р. Якубов, Д.Ш. Сапаев, К.Б. Аллаберганов, Н.О. Маткурбонов, Ш.Ш. Шухратова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

В наши дни использование ультразвуковых волн для диагностики и лечения заболевания внедрилось во все отрасли медицины, твердо сохраняя своё место и актуальность. Свойства ультразвуковой терапии проявляют выраженный благоприятный эффект при профилактике и лечении послеоперационных осложнений, снижают иммунный ответ организма к сетчатому имплантату при аллопластиках вентральных грыж, балансируют тонус апоневроза и других близлежащих тканей, способных к сокращению, а также снижают образование серомы и активно участвуют при её лечении. Вследствие таких способностей ультразвуковая терапия (УЗТ) имеет широкое применение и высокую ценность в хирургической практике.

Повышение АКТГ обеспечивает нормальный синтез кортизола, который известен как гормон стресса, обостряет все рефлексы человеческого тела, то есть мобилизует организм, регулирует углеводный обмен, без которого нормальной выработки энергии невозможно. Кроме того, обеспечивает синтез кортизона, который выполняет метаболическую функцию. То есть именно благодаря этому процессу происходит нормальный обмен веществ. Ингибирует воспалительный процесс.

Для определения эффективности проведенный местный УЗТ мы у 76 больных до операции и после операции, на вторые и четвертые сутки брали анализ на гуморальных биорегуляторах организма – АКТГ. Оценивали эффективность ультразвуковой терапии по анализам и по клиническому течению.

У 62 больных анализ до операции был в пределах нормы – от 14 пг/мл до 43 пг/мл, у 14 больных анализы выглядели необычно и были очень повышены (58 пг/мл до 67 пг/мл), что связано с предоперационным стрессом ($\chi^2 = 1,95$; Df = 1; достоверно $p > 0,05$).

После операции, после применения 2 сеанса УЗТ, АКТГ поднялся от 56 пг/мл до 65 пг/мл у 39 больных, у 17 больных – от 52 пг/мл до 61 пг/мл, у 20 больных значения оставались в пределах нормальных значений – от 32 пг/мл до 47 пг/мл. Это говорит о положительном эффекте УЗТ ($\chi^2 = 7,2$; Df = 1; достоверно $p < 0,006$).

На четвертые сутки после операции содержание АКТГ в плазме крови пациентов, у которых применена УЗТ (51), составили от 53 пг/мл до 60 пг/мл и оказались достоверно выше контрольных (25) на $13,87 \pm 3,44\%$, ($\chi^2 = 5,1$; Df = 1; достоверно $p < 0,02$).

При оценке клинической эффективности применения УЗТ после аллогерниопластики передней брюшной стенки пациенты были разделены на 2 группы: пациенты, у которых в послеоперационном периоде применялась УЗТ, и те, у которых УЗТ не применялась. В общей сложности были исследованы 76 пациентов из основной группы, у 51 из них применялась УЗТ в послеоперационном периоде, а у остальных 25 пациентов не применялась УЗТ.

Из исследуемых больных 70/92% (из 76 пациентов) пациентов было прооперировано в onlay-позиции. Из них у 51 пациента применялось послеоперационное лечение с УЗТ, и среди них только у 3/5,8% пациентов наблюдались осложнения, преимущественно в виде скопления сером в операционной полости, что является очень положительным показателем в послеоперационном восстановлении пациента. Что касается тех пациентов, у которых не применялось УЗТ-лечение после операции, частота развития послеоперационных осложнений равна 10,5%. Эти данные показывают, что применение УЗТ в послеоперационном периоде после аллогерниопластики передней брюшной стенки снижает риск развития осложнений минимум в 1,81 раза. Примечательным является то, что все выявленные послеоперационные осложнения были у всех пациентов группы применения УЗТ, которые были прооперированы в onlay-позиции, в то время как у пациентов, не применявших УЗТ, только 76% больных было прооперировано в onlay-позиции. Что касается пациентов, прооперированных в sublay- и inlay-позициях, то это были только пациенты, у которых не применяли послеоперационное лечение УЗТ. Их результаты были следующими:

У 2/8% пациентов, прооперированных в sublay-позиции, были выявлены послеоперационные осложнения;

У 4/16% пациентов, прооперированных в inlay-позиции, были выявлены послеоперационные осложнения. Между группами: $\chi^2 = 6,5$; Df = 2; достоверно $p < 0,05$.

Заключение. Предложенный метод УЗТ для профилактики послеоперационных осложнений, благодаря стимуляции локальной репаративной активности за счет превращения геля в золь, в результате превращения фибриногена в фибрин, а гематомы и отека – в гель, так как превращение фибриногена в фибрин является основной характеристикой процесса заживления, дал возможность снизить послеоперационные осложнения.

Исследования биорегуляторов показали, что использование УЗТ снижает риск формирования ранних осложнений за счет развития менее интенсивных воспалительных изменений и преобладания локального пролиферативного процесса благодаря увеличению содержания в крови АКТГ (исходное значение – 37 пг/мл, на 2 сутки УЗТ – 60,5 пг/мл, на

4 сутки УЗТ – 56,5 пг/мл) и инсулина (исходное значение – 16 ммоль/л, на 2 сутки УЗТ – 24,3 ммоль/л, на 4 сутки УЗТ – 22,9 ммоль/л).

USING OF HEARTSTRING SYSTEM DURING CORONARY BYPASS GRAFTING AT PATIENTS WITH SEVERE AORTIC LESIONS.

*Yarbekov R.R., Ismailov S.I.,
Khalikulov Kh.G., Murtsazaev S.S.,
Khaydarov A.E., Khidirov D.F., Mirzaev Kh.A.*

**Acad.V.Vakhidov's Republican specialized scientific practical medical center of surgery.
Tashkent. Uzbekistan**

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.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ САМОРАСШИРЯЮЩИМСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ СТЕНТОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ж.Б. Яров

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

Эпидемиологические и статистические исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют о повсеместном неуклонном росте заболеваемости раком ободочной кишки, который занимает третье место в общей структуре злокачественных новообразований, уступая лишь раку легкого и молочной железы. До 40% больных с опухолями толстой кишки госпитализируются в стационары по экстренным показаниям с явлениями острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии (ООТКН ОЭ), при которой частота послеоперационных осложнений и летальности достигают 57,2%, а показатель 5-летней выживаемости не превышает 28–33%.

Материал и методы. Проведен анализ выполненных эндоскопических стентирований опухолевого канала у 23 пациентов, поступивших в РНЦЭМП по поводу ООТКН ОЭ за период с 2023 по 2024 г. Мужчин было 11 (47,8%), женщин – 12 (52,2%). Основной контингент пациентов составляли лица пожилого и старческого возраста – средний возраст больных, включенных в исследование, составил $63,4 \pm 14,7$ года. В течение первых 3 суток от начала заболевания поступили 7 (30,4%) больных, до 5 суток – 3 (13,1%), позже 5 суток были госпитализированы 13 (56,5%) пациентов. У 19 (82,6%) больных была выявлена левосторонняя локализация опухоли, а у 4 (17,4%) – правосторонняя локализация.

Обследование больных с ОТКН осуществляли с помощью оценки анамнеза, физикальных данных, стандартных клинических, лабораторных, инструментальных методов обследования (рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, колоноскопии, компьютерной томографии, лапароскопии).

Результаты. Установить саморасширяющийся металлический стент (СМС) оказалось возможным у 21 (91,3%) из 23 пациентов, страдавших ООТКН ОЭ. У 2 (8,7%) больных попытки установить СМС были безуспешными в связи с невозможностью проведения проводника за опухоль. Этим пациентам проведено экстренное хирургическое вмешательство.

В 19 (90,5%) наблюдениях установка СМС сопровождалась удовлетворительным клиническим результатом, проявлявшимся восстановлением пассажа кишечного содержимого и регрессом симптомов кишечной непроходимости.

В 2 (9,5%) наблюдениях технически успешная установка СМС не привела к ликвидации кишечной непроходимости, а сопровождалась развитием угрожающих жизни осложнений, что также потребовало проведения экстренного оперативного вмешательства.

Стент-ассоциированные осложнения имели место в 2 (9,5%) наблюдениях: перфорация опухоли стентом – 1 случай, миграция стента – 1 больной.

Послеоперационная летальность составила 4,8% (умер 1 больной).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что эндоскопическое стентирование толстой кишки с помощью СМС является эффективным и достаточно безопасным способом лечения больных ООТКН ОЭ, позволяющим ликвидировать кишечную непроходимость у 90,5% пациентов. Его использование сопровождается развитием стент-ассоциированных осложнений у 9,5% больных, а летальность не превышает 4,8%.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Д.Ф. Давлетова, Ф.Р. Умаров

**Хорезмский филиал РНЦЭМП
Клиника современной флебологии
«Varikozoff», Ташкент, Узбекистон**

Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей является наиболее частым осложнением длительно протекающей и нелеченной варикозной болезни у беременных. В настоящее время наблюдается смена тактики лечения тромбофлебита подкожных вен с активной хирургической на консервативную, что обусловлено, прежде всего, применением современных антикоагулянтов. Достоинство консервативной тактики заключается, прежде всего, в купировании тромботического процесса, являющегося основой для распространения тромбоза, в том числе по системе глубоких вен.

Цель исследования. Оценить результаты антикоагулянтной терапии у беременных женщин с тромбозом подкожных вен нижних конечностей.

Материал и методы. За период 2018–2023 гг. были проанализированы результаты лечения 177 беременных женщин с варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной варикотромбофлебитом. Средний возраст пациентов составил

24,6 года. Критериями включения был диагностированный острый варикотромбофлебит ствола и притоков БПВ с высоким и умеренным риском перехода тромба в глубокие вены. Критериями исключения стали пациенты с острым варикотромбофлебитом притоков магистральных подкожных вен с низким риском перехода тромба в глубокие вены. Всем 177 пациенткам кроме рутинных методов обследования проведено УЗТС венозной системы нижних конечностей. Умеренный риск перехода тромба в глубокие вены выявлен у 123 пациентов, у 54 пациенток выявлен высокий риск перехода тромба в глубокие вены. Средний срок беременности составил 34,8 недели.

С целью предотвращения прогрессирования тромботического процесса и первичной профилактики тромбоэмболических осложнений у 91 пациентки выполнена операция кроссэктомия, из них СФС лигировано у 87 и СПС – у 4 пациенток. Все пациентки этой группы 1 на момент нахождения в стационаре получали НМГ (низкомолекулярные гепарины) в профилактической дозировке с переходом на антиагрегантную терапию. 86 беременных отказались от оперативного лечения, и пациенткам проводилась комплексная консервативная терапия, которая включала в себя НМГ в лечебной дозировке 21 день с переходом на профилактическую дозировку, назначенную на весь срок беременности, и 3 недели послеродового периода. Пациентки получали также компрессионную терапию (гольфы либо чулки 2 класса компрессии), НПВС и местные топические средства. Все пациенты, которым проводилась консервативная терапия, были осмотрены через 7–14–30 дней, а также в до- и послеродовом периоде для исключения прогрессирования и рецидива тромботического процесса, и им было выполнено УЗТС вен нижних конечностей, а также оценивалось купирование воспалительного процесса. У 73 пациенток, которым выполнялась кроссэктомия, данных динамического наблюдения пациенток и УЗТС вен нижних конечностей в послеоперационном периоде найти не удалось, в истории болезни указана лишь фраза «Заживление раны первичным натяжением, выписывается в удовлетворительном состоянии».

Результаты. На 7–8-е сутки у всех пациенток обеих контрольных групп отмечалось купирование воспалительных симптомов. У 6-х пациенток 2 группы (7%) в послеродовом периоде отмечался рецидив острого ВТФ, и пациентки были переведены на АКТ в терапевтической дозировке. У 1 пациентки было отмечено носовое кровотечение, что потребовало временной отмены АКТ и госпитализации. Тромбоэмболических осложнений не было. У 13 (14,2%) пациенток из 1-й группы наблюдался рецидив ВТФ, что потребовало госпитализации и назначения АКТ, из них у 5 (5,4%) пациенток был

выявлен тромбоз глубоких вен. У 2 пациенток на 17 и 21 сутки после операции отмечалась ТЭЛА, в 1 случае массивная, что привело к летальному исходу. Нагноение после операционной раны отмечалось у 7 пациенток (7,6%).

Выводы:

По данным нашего ретроспективного исследования, операция кроссэктомия, широко выполняемая в нашей стране, не предотвращает прогрессирования тромботического процесса и тромбоэмболических осложнений. В то же время у беременных женщин оперативное вмешательство сопровождается высоким риском гнойных ослож-

нений со стороны послеоперационной раны. Полученные нами результаты совпадают с данными современной литературы и зарубежных клинических рекомендаций. Основой предотвращения прогрессирования и рецидива тромботического процесса является АКТ с обязательным динамическим контролем пациента и грамотная интерпретация данных УЗТС. Несомненно, в Республике Узбекистан требуется пересмотр стандартов диагностики и лечения ТФПВ нижних конечностей и приведение их в соответствие с данными зарубежных рекомендаций с высоким уровнем доказательности.

III. ТРАВМЫ, ПОЛИТРАВМЫ, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ВЫБОР КОНФИГУРАЦИИ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

*Б.Р. Каримов, Э.Ю. Валиев,
О.А. Ганиев, А.У. Норполвонов*

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

Актуальность проблемы. Политравма является сложной и тяжелой проблемой в социальном, а также в медицинском аспекте, так как число пострадавших с политравмой неуклонно растет, и из общего числа больных с травмой составляет 14–24%.

Традиционная тактика немедленного проведения оперативных вмешательств по поводу повреждения внутренних органов грудной и брюшной полостей с одномоментным окончательным остеосинтезом переломов у больных с политравмой зачастую приводит к летальному исходу из-за чрезмерности первичной «лечебной» помощи пострадавшему (ETC – early total care) и может завершиться тяжелейшим травматическим шоком и серьезными послеоперационными гемодинамическими и регенеративными нарушениями.

В этой связи в последнее время большинство травматологов придерживается тактики постепенного оказания помощи – Damage control, при котором последующие этапы хирургического лечения, в частности, демонтаж аппарата внешней фиксации и внутренний остеосинтез осуществляют по мере стабилизации общего состояния пострадавшего. Эту методологию перехода от одного (временного) вида остеосинтеза на окончательный стали в последние годы обозначать как двухэтапный остеосинтез.

Для получения хороших результатов и профилактики риска осложнений при лечении пациентов с политравмой значимым для двухэтапного остеосинтеза является выбор конфигурации и характера компоновки АНФ.

В этой связи мы исследовали влияние различных видов конфигурации АНФ на риск возникновения осложнений и результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с политравмой путем разработки и внедрения различных конфигураций разработанного аппарата наружной фиксации при

первичной стабилизации повреждений опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Были изучены результаты лечения 96 больных с политравмой в РНЦЭМП, к которым применено двухэтапное лечение повреждений ОДА с применением малоинвазивных технологии на основе разработанного стержневого аппарата внешней фиксации. Среди них преобладали лица мужского пола – 62 чел., все – молодого трудоспособного возраста (21–50 лет). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 69 чел., падение с высоты было отмечено у 23 пострадавших.

Тяжесть травмы при политравме имеет ведущее значение при определении тактики лечения. Наряду с гемодинамическими и лабораторными параметрами нами в качестве оценочной шкалы тяжести травмы использована шкала ISS (Injury Severity Score), согласно которой тяжелое и крайне тяжелое жизни угрожающее состояние на момент поступления в стационар (ISS 16–25 баллов и выше) было отмечено у 74 (77%) пострадавших.

Результаты. Наибольшее количество оперативных вмешательств выполнено при повреждениях костей таза, бедра и голени. Лечение, наиболее часто встречающихся повреждений ОДА при сочетанной травме и политравме проводили на основании разработанной нами тактики лечения.

Учитывая тяжелое и крайне тяжелое состояние больных и нестабильную гемодинамику, после выполнения оперативных вмешательств по поводу доминирующих патологий переломы длинных костей были стабилизированы с использованием разработанного аппарата внешней фиксации, что соответствовало принципу «damage control» и считали первым этапом. В 32 случаях выполнена стабилизация костей таза, в 21 случае случаях были стабилизированы переломы бедра и в 25 случаях – костей голени, в 18 случаях – разные сочетания переломов костей таза, бедренной кости и костей голени.

При простых переломах костей таза (тип А, В) выполнена стабилизация костей одноплоскостной компоновкой аппарата с введением 2 стержней в крылья подвздошных костей, при нестабильных переломах костей таза (тип В2, С) была применена двухплоскостная компоновка аппарата с введением четырех стержней. При переломах вертлужной впадины с центральным вывихом головки бедра также проксимального отдела бедренной кости была применена компоновка аппарата треугольной фор-

мы – таз–бедро, с двухплоскостной стабилизацией костей таза и бедра.

При диафизарных переломах бедра и голени применена одноплоскостная компоновка аппарата введением 4–6 стержней по наружной и внутренней поверхностям сегмента соответственно.

При переломах дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновку аппарата с фиксацией одновременно обеих сегментов, при этом метафизарную область поврежденных сегментов оставляли интактной во избежание инфекционных осложнений на втором этапе окончательного остеосинтеза. Стержни на уровне бедра вводили по наружной поверхности, а на уровне голени по внутренней поверхности имеющиеся фиксационные узлы аппарата позволяли произвести стабильную фиксацию сегмента без применения дополнительных приспособлений.

При переломах дистального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновку с введением стержней на уровне верхней трети большеберцовой, пяточной и основания 1-й плюсневой костей.

После респираторной и гемодинамической стабилизации больных (в среднем через 7 сут.) больным был выполнен второй этап оперативного лечения – окончательный остеосинтез. В 63 случаях был применен интрамедуллярный блокируемый остеосинтез, в 18 случаях – экстремедуллярный остеосинтез пластинами, в 35 случаях (25 случаях при переломах костей таза, в 4 – при переломах бедренных костей, в 6 случаях – при переломах костей голени), учитывая удовлетворительное стояние костных отломков и стабильную фиксацию аппарата внешней фиксации применен как окончательный метод лечения, в 4 случаях аппарат заменен на аппарат Илизарова, ввиду нагноения послеоперационной раны у больных с открытым переломом дистального отдела бедренной кости.

При двухсегментных повреждениях (одностронние переломы бедра и голени) фиксация обоих сегментов проводилась одноплоскостной компоновкой, в каждом сегменте соединение между ними производили применением шарнирного механизма аппарата.

Следует отметить, что при ISS 40 баллов и выше, учитывая тяжелое состояние больного, применяли одноплоскостную компоновку аппарата внешней фиксации.

Осложнения: практически у всех больных (94) наблюдалась постгеморрагическая анемия, которая корректирована гемотрансфузией и введением ферро-препаратов.

У 5 больных отмечали развитие посттравматической пневмонии, после проведения соответствующих лечебно-диагностических мероприятий

состояние их с улучшением, пневмония разрешилась.

У 3 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны (после открытого у 2 больных и закрытого перелома у 1 больного, которое связано с ошибочным проведением стержня через зону открытого остеосинтеза), проводили рациональную антибактериальную терапию. Процесс с купированием.

Летальный исход был у 7 больных (7,2%): у 5 больных – в результате тяжелой черепно-мозговой травмы, у 2 – в результате развития осложнения течения травматической болезни от полиорганной недостаточности.

При анализе частоты развития ранних осложнений у пациентов существенных различий в зависимости от конфигурации первично наложенного АНФ (одноплоскостной или двухплоскостной) не было выявлено.

Заключение. Таким образом, выбор конфигурации и характера компоновки разработанного аппарата внешней фиксации, универсальность его применения, вне зависимости от вида и локализации повреждений опорно-двигательного аппарата, способствуют получению хороших результатов и профилактики осложнений при лечении больных с политравмой при двухэтапном остеосинтезе.

ОПЫТ ЭДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

О.Э. Валиев¹, Э.Ю. Валиев², С.Д. Наубетов³,
Б.У. Абдурахманов³

¹Республиканский специализированный
центр травматологии и ортопедии

²Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

³Нукусский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Лечение пострадавших с переломами шейки бедренной кости является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии. По данным многочисленных исследований последних лет, различные методы консервативного лечения пострадавших не позволяют эффективно бороться с возникающими осложнениями и добиваться хороших анатомических и функциональных результатов. Высокие показатели летальности пострадавших (до 80%) заставляют травматологов и хирургов всё шире использовать оперативные методы лечения больных данной категории. Одним из наиболее перспективных и эффективных мето-

дов лечения на сегодняшний день является метод эндопротезирования.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы путем внедрения тактики раннего эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и метод. Настоящая работа основана на анализе результатов лечения 227 больных с переломами шейки бедренной кости пожилого и старческого возраста, согласно классификации ВОЗ. Все больные проходили лечение в отделении взрослой ортопедии СМПЦТиО и отделениях травматологии РНЦЭМП и его Нукусского филиала в период с 2016 по 2022 г.

При изучении клинического материала выявлено преобладание лиц женского пола – 64,4%, возраст пациентов от 60 до 80 лет составил 80,6%, основной причиной травмы у больных были низкоэнергетические повреждения в виде падения на улице – 72,2%. По характеру переломов преобладали больные с субкапитальными переломами – 65,2%, превалировали больные с неблагоприятными в плане прогноза III и IV типами переломов (R.S. Garden) – 81,1%. Превалировали переломы менее благоприятные в прогностическом плане, как при консервативном методе, так и при выполнении остеосинтеза.

Анализ показал, что в старшей возрастной группе практически здоровых пациентов мы не встречали, в среднем на одного больного приходилось 1,95 соматической патологии, наибольшее количество – 81,6% приходилось на патологию со стороны сердечно-сосудистой системы. При изучении показателей коморбидности использованы стандартные индексы, так, индекс коморбидности Charlson в среднем составил $9,12 \pm 1,05$ балла, индекс CIRS составил $12,2 \pm 3,9$ балла, что относили к среднему и тяжелому по тяжести уровню коморбидной патологии. Высокий показатель коморбидности диктовал проведение дополнительных лечебно-диагностических мероприятий.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе историй болезней больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы были определены сроки для раннего эндопротезирования – до 7 сут., что соответствовал раннему периоду травмы, когда организм пациента компенсировал изменения, связанные с травмой и изменениями в привычном ритме жизни, т. е. до развития периода осложнений со стороны органов и систем. Были разработаны показания и противопоказания для выполнения раннего эндопротезирования тазобедренного сустава и доказана зависимость выбора тактики и методов лечения в зависимости от возраста, соматического статуса, степени индексов коморбидности, уровня физи-

ческой активности, уровня операционного риска по ASA, а также зависимости от типа переломов по классификации Гардена и степени выраженности остеопороза.

С целью планирования оперативного вмешательства, а именно выбора метода фиксации компонентов эндопротеза была разработана программа для ЭВМ. В качестве параметров были использованы: с одной стороны – показатели степени выраженности остеопороза по денситометрическим данным (коэффициент 1, 2, 3), а с другой – возраст, давность травмы, физический статус пострадавшего, уровень физической активности до получения травмы и коморбидный фон. Расчет в баллах проводили по разработанной формуле, при сумме баллов до 12, рекомендовали эндопротезирование с бесцементной фиксацией; при балле 13–32 – комбинированная фиксация; при сумме баллов выше 45 рекомендовали эндопротезирование без цементной фиксации элементов эндопротеза. Окончательное решение о применении цемента при имплантации эндопротеза применяется травматологом во время операции.

Одним из грозных факторов течения восстановительного периода травмы является риск развития венозных, тромбоэмболических осложнений, в связи с чем нами была разработана компьютерная программа для ЭВМ: в качестве параметров были использованы, с одной стороны, показатели выбора методов лечения – консервативный; остеосинтез (малоинвазивный); эндопротезирование (без цементной фиксацией) и эндопротезирование (с цементной фиксацией), коэффициент (1, 2, 3, 4), с другой стороны – возраст, упитанность, давность травмы, длительность операции и индекс коморбидности Чарлсона. Расчет уровня риска тромбоэмболических осложнений проводили по разработанной формуле. При сумме баллов 0–6 – уровень риска развития тромбоэмболических осложнений отсутствовал; 6–15 – низкий; 16–44 – умеренный и при сумме баллов 45 и выше показатель риска был высоким. Согласно полученным параметрам был разработан комплекс медикаментозных и дополнительных мер профилактических мероприятий, который выполнялся в процессе лечения.

Разработан комплекс поэтапных реабилитационных мероприятий, начинающийся с момента госпитализации в раннем послеоперационном периоде, в периоде активизации и включая 3-месячный период до полного восстановления опороспособности конечности. С целью повышения качества проведения реабилитационных мероприятий на госпитальном этапе была разработана программа для ЭВМ: «Программа для диагностики биоэлектрической активности мышц бедра и выбора тактики электростимуляции у больных с

переломами шейки бедренной кости до и после эндопротезирования».

Ближайшие результаты лечения в обеих сравниваемых группах: в 89,5% случаев были получены благоприятные анатомо-функциональные исходы. Положительные исходы в группе раннего эндопротезирования были несколько выше – 93,2%, при этом неудовлетворительные исходы отмечены в два раза меньше, чем в группе сравнения – 6,8% и 14,1% соответственно.

Таким образом, можем утверждать, что в настоящее время наиболее эффективным и перспективным методом лечения переломов шейки бедренной кости у пострадавших старшей возрастной группы является раннее эндопротезирование тазобедренного сустава, о чем свидетельствуют полученные положительные результаты в процессе проведения научного исследования.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ СТРУКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*О.А. Ганиев, Э.Ю. Валиев,
А.У. Хасанов, Ж.Х. Мирзохидов*

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

Актуальность. Коленный сустав является наиболее часто травмируемым суставом скелета, и его повреждения встречаются до 50% травм всех суставов, а также до 24% травм нижней конечности. К частым повреждениям коленного сустава относятся повреждения менисков, они наблюдаются в 55–84,8% всех травм коленного сустава. Клеточные технологии (КТ) – одна из самых динамично развивающихся научных отраслей XXI века. Для восстановления, поддержания, улучшения формы и функции тканей или органов практически во всех отраслях медицины применяются клеточные технологии. Несмотря на множественные медицинские технологии, применяемые в травматологической области по стимуляции репаративной регенерации тканей, вопрос полного и быстрого восстановления костной, хрящевой тканей на сегодня остается открытым. В последние годы актуальным является изучение влияния стволовых клеток (СК) на процессы регенерации тканей. По данным изученных зарубежных и местных литератур, мезенхимальные стволовые клетки (МСК) являются мультипотентными клетками и обладают высоким остеогенным, хондрогенным, ангиогенным, техногенным потенциалом.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили здоровые кролики

породы полувеликан (18 самцов массой от 2967 г. до 3169 г.), разбитые на 3 группы (I – контрольная, II – сравнительная и III – основная), по 6 животных в каждой. Каждая группа состояла из кроликов одной семьи. Экспериментальное исследование проводилось на базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), МСК были культивированы в Центре передовых технологий Министерства инновационного развития Республики Узбекистан из подкожной жировой клетчатки (ПЖК) и сальника, взятых у кроликов, изъятых по одному из каждой группы в течение 14 суток. За 3 суток до окончания выращивания у всех животных были созданы экспериментальные модели повреждений внутрисуставных структур коленного сустава, т.е. гиалинового хряща с захватом субхондральной кости наружного мыщелка бедренной кости, медиального мениска (собственная модель). У кроликов I группы изучалось физиологическое восстановление поврежденных внутрисуставных структур коленного сустава. Во II группе изучалось влияние МСК с единоразовым введением в коленный сустав на 3-й день после создания экспериментальной модели повреждения в количестве 1,000,000 клеток в 1,0 мл физиологического раствора, в III группе внутрисуставно было введено аналогичное количество на 3, 7, 14 сутки. Продолжительность наблюдения в группах было до 60 суток.

Результаты и их обсуждение. Для изучения характеристики экспериментальных животных нами проведено исследование клинических признаков: характер изменения шерсти и кожных покровов, частоту сердцебиения в 1 минуту, частоту дыхания в 1 минуту; лабораторные данные: уровень лейкоцитов в крови, С-реактивный белок и выживаемость. Далее проводили оценку динамики основных биохимических показателей при повреждении внутрисуставных структур коленного сустава и после внутрисуставного введения МСК.

В I группе в течение первых 13 суток у всех кроликов наблюдали щажение левой нижней конечности – отсутствие одновременной опоры на обе задние лапы, начиная с 14-х суток 2 кролика начали стоять на обеих задних лапах одновременно, а 2 щадят левую нижнюю конечность. Начиная с 15-х суток практически у всех животных восстанавливалась опороспособность обеих задних лап. Во II группе в течение первых 10 суток у всех кроликов наблюдали щажение левой нижней конечности – отсутствие опороспособности обеих задних лап одновременно, начиная с 11-х суток 3 кролика начали стоять на обеих задних лапах одновременно, 1 левую нижнюю конечность щадили. Начиная с 12 суток практически у всех животных отмечено полное восстановление опороспособности, животные начали стоять на обеих задних лапах. В III группе кролики начали стоять на обеих задних лапах начиная

уже с 9-х суток. Динамика наблюдений за кожными покровами после операционного вмешательства в течение всего срока оставалась без признаков воспаления и иных патологических изменений, начиная с 7-х суток отмечено начало покрытия области вмешательства тонкой шерстью во всех группах.

В I и II группах частота сердцебиения в период 1–7 сут. колебалась от 206 до 358 раз в мин, с 8 по 60 сут. – от 164 до 264 раз в мин. В III группе частота сердцебиения в период 1–7 сут. колебалась от 212 до 322 раз в мин., в период 8–60 сут. отмечена нормализация пульса на цифрах от 184 до 280 раз в мин, у последнего кролика – 248 раз в мин (в норме – 150–300/мин).

В I группе дыхание в период 1–7 сут. колебалось от 32 до 58 раз в мин, с 8–60 сут. – от 28 до 46 раз в мин, у последнего кролика – 44 раза. Во II группе в период 1–7 сут. колебалось от 34 до 60 раз в мин, с 8 до 60 сут. – от 32 до 50 раз в мин, у последнего кролика – 41 раз в мин. В III группе в период 1–7 сут. колебалось в пределах 32–64 раза в мин и в период 8–60 сут. – от 30 до 48 раз в мин, у последнего кролика – 38 раз в мин (в норме – 20–50/мин).

В I группе показатели лейкоцитоза в период 1–7 сут. колебались от $4,2 \cdot 10^3$ /мл до $6,3 \cdot 10^3$ /мл, в период 8–60 сут. – от $3,6 \cdot 10^3$ /мл до $5,1 \cdot 10^3$ /мл. Во II группе в период 1–7 сут. колебались от $5,1 \cdot 10^3$ /мл до $11,3 \cdot 10^3$ /мл, с 8–60 сут. – от $3,2 \cdot 10^3$ /мл до $7,1 \cdot 10^3$ /мл, у последнего кролика – $4,8 \cdot 10^3$ /мл. В III группе в период 1–7 сут. колебались пределах $6,4 \cdot 10^3$ /мл до $10,7 \cdot 10^3$ /мл, и с 8–60 сут. – от $5,7 \cdot 10^3$ /мл до $8,4 \cdot 10^3$ /мл, у последнего кролика – $6,3 \cdot 10^3$ /мл (в норме – $2,6$ – $9,9 \cdot 10^3$ /мл).

В I группе показатель С-реактивного белка в период 1–7 сут. колебался от 1,12 мг/дл до 2,30 мг/дл, с 7 до 60 суток – от 0,58 мг/дл до 1,22 мг/дл. Во II группе в период 1–6 сут. колебались от 1,24 мг/дл до 2,60 мг/дл, с 7 до 60 суток от 0,65 мг/дл – до 1,35 мг/дл. В III группе в период 1–6 сут. колебались в пределах 1,05–1,61 мг/дл, и в период 7–60 сут. – от 0,97 до 1,18 мг/дл, у последнего кролика – 0,78 мг/дл (в норме $0,52 \pm 0,82$ мг/дл).

Заключение. Таким образом, динамическое наблюдение жизненно важных показателей экспериментальных кроликов с искусственным повреждением внутрисуставных структур левого коленного сустава и показатели клинико-лабораторных данных указывает на то, что при трёхкратном внутрисуставном введении (3-и, 7-е и 14-е сут.) мезенхимальных стволовых клеток показали высокую эффективность для восстановления повреждённых внутрисуставных структур по сравнению с контрольной и сравнительной группами, что проявлялось в ускорении восстановления опороспособности и активности животных основной группы. Морфометрия, морфология и иммуногистохимия в данное время изучаются в экспериментальной лаборатории при РНЦЭМП.

ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Дж. Исмаилов, Э.Ю. Валиев, Ш.М. Муминов

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Костно-сосудистые повреждения при травмах опорно-двигательного аппарата обычно являются результатом высвобождения высокой энергетической нагрузки в месте раны, вследствие чего прогноз определяется степенью поражения мягких тканей, длительностью ишемии, состоянием здоровья пациента и наличием сопутствующих повреждений. Открытые переломы встречаются в 59% случаев, причем в 47% последние сопровождались выраженным наружным кровотечением. Шок при костно-сосудистой травме наблюдается в 73,9–82,9%. Диагностика повреждений сосудов при переломах затруднена и часто происходит с опозданием. По данным Миначенко В.К., консультированы сосудистыми хирургами через сутки и более после травмы 28,82% пострадавших. Так, диагноз повреждения сосуда только после лечебного пособия по поводу перелома (гипсовая повязка, вытяжение и т. д.) был установлен у 27% пострадавших, причем в 16,2% это была уже необратимая степень ишемии, потребовавшая выполнения первичной ампутации конечности.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей, снижением частоты ампутаций, путем разработки и внедрения усовершенствованных лечебно-диагностических и тактических алгоритмов.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 138 больных с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями в клинике травматологии РНЦЭМП в период 2001–2022 г. Контрольная группа – 92 (66,7%) чел. за период с 2001 по 2018 г., где им были применены лечебно-диагностические мероприятия по традиционной схеме. Основная группа – 46 (33,3%) чел. – больные, пролеченные в РНЦЭМП в период 2019–2022 гг. В данной группе нами были использованы современные высокотехнологические методы диагностики, а также разработанные в клинике лечебно-тактические алгоритмы и современные средства стабилизации переломов. Преобладали лица мужского пола – 122 (88,4%) чел., женщин – 16 (11,6%) чел., в наиболее трудоспособном возрасте от 20–60 лет были 130 больных. Среди причин травм на первый план выступала травма в результате ДТП – 47,1%.

Результаты и обсуждение. При разработке алгоритма нами учитывались следующие моменты: изолированные костно-сосудистые травмы, состо-

ание больного при этом относительно стабильное, сопутствующие повреждения не представляют угрозу жизни; сочетанные травмы, когда имеет место повреждение жизненно важных органов, приоритетной задачей является сохранение жизни больного, ввиду чего операции на внутренних органах и головном мозге являлись первоочередными; операции на конечностях проводили после стабилизации состояния больного. Основой для составления алгоритмов явились, прежде всего, уровень и механизм повреждения, отсутствуют общие и местные противопоказания к реконструктивным операциям, время аноксии (ишемии) не превышало допустимые сроки, вопрос о выборе метода остеосинтеза и выполнения реконструктивной операции на сосудах решался оперирующей бригадой, индивидуально для каждого случая. При этом больные условно были поделены на четыре основных групп: полные ампутации; неполные ампутации; открытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения; закрытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения.

В нашем клиническом материале (в обеих группах), было отмечено 11 (8%) пострадавших с полной ампутацией сегмента нижней конечности. По уровню и локализации повреждений имело место следующее распределение: на уровне бедра – 3 (27%); уровень голени – 7 (64%) и стопы – 1 (9%). Причем только в 5 случаях нам удалось выполнить операцию по реплантации поврежденного сегмента. Было отмечено 14 (10,1%) пострадавших с неполной ампутацией сегмента нижней конечности. По уровню и локализации повреждений имело место следующее распределение: уровне бедра – 4 (29%); уровню голени – 8 (57%), стопы – 2 (14%).

В решении вопроса о возможности выполнения восстановительной операции учитывали время ишемии конечности, особенно период, когда она находилась в состоянии декомпенсации кровообращения. Основным условием выполнения реконструктивной операции являлось состояние дистального сосудистого русла. При наличии тромбов их удаляли, особенно из артериального русла. Тщательность и эффективность проведения этого этапа являлось условием адекватности хирургического вмешательства.

Несколько иная тактика была у лиц после сочетанно-множественной травмы при сопутствующем повреждении головного мозга, позвоночника, груди, живота и таза, при этом в клинике мы применили принцип контроля состояния («damage control»). Этот принцип распространили на всех больных с политравмой, в частности, лиц с сочетанной КС травмой. Благодаря его применению уровень летальности значительно снизился.

Наибольшая группа пострадавших находившихся в клинике была с открытыми переломами ос-

ложненных нарушением кровоснабжения – 98, среди них преобладали больные с переломами костей голени – 86 (87,7%), затем идут пострадавшие с повреждением стопы – 4 (4%) и бедренного сегмента – 8 (8%). Первичную хирургическую стабилизацию перелома у большинства пострадавших проводили с помощью АНФ. Причем аппарат устанавливали, в большинстве случаев, как временную меру иммобилизации костных отломков. При улучшении общего состояния пострадавшего и отсутствии признаков нагноения раны в отсроченном порядке проводили демонтаж АНФ и выполняли погружной остеосинтез, т. е. осуществляли 2-этапное лечение переломов у этой тяжелой категории больных. На 1-м этапе сама установка АНФ не сопровождалась существенной кровопотерей и не отягощала общего состояния пострадавшего. На 2-м этапе, после выведения пострадавших из тяжелого состояния, восстановления основных показателей гомеостаза и оживления ран после открытых переломов, по показаниям, проводили накостный или внутрикостный стабильно-функциональный остеосинтез.

В нашем материале больных с закрытыми переломами костей нижних конечностей с повреждением сосудисто-нервных структур было отмечено в 15 (11%) случаях. Так, при лечении до разработки алгоритмов хорошие результаты получены у 25 (54,3%) больных в основной группе, тогда как в контрольной группе вследствие неполноценного первичного обследования и в некоторых ситуациях поздней диагностики осложнений доля хороших результатов составила всего 43 (46,7%) (у 43 из 92 больных).

В качестве оценки функциональных результатов на этапах лечения пострадавших нами использована шкала Маттиса-Любошица-Шварцберга. По анатомо-функциональному состоянию поврежденной конечности в основной группе средний балл составил $14,5 \pm 0,1$ балла против $11,6 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$) в контрольной группе. Показатель функциональной пригодности поврежденной конечности распределился $14,4 \pm 0,2$ и $12,4 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$) соответственно. Общая средняя сумма баллов составила в основной группе $95,7 \pm 0,8$ балла, тогда как в контрольной группе – только $79,6 \pm 1,4$ балла ($p < 0,05$).

Заключение. Разработанный алгоритм диагностики и тактики лечения КС повреждений нижних конечностей позволил улучшить вероятность положительного исхода лечения с 82,1% до 92,3%, что в целом в совокупности оправдывает нами использованную двухэтапную тактику лечения костно-сосудистых повреждений нижних конечностей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ
С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ
ТАЗА В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП**

З.Р. Хасанов, Э.Ю. Валиев, Х.А. Тиляков

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

Актуальность проблемы. Проблема оказания помощи пострадавшим с нестабильными повреждениями таза является сложной и актуальной среди специалистов экстренной медицинской помощи. Учитывая высокоэнергетический характер травм, в большинстве своем повреждения таза наблюдаются у больных с сочетанными повреждениями и диагностируются в 17–39% случаев. Летальность при сочетанных повреждениях таза варьирует от 28,5 до 80%, причинами неблагоприятных исходов в остром периоде травмы являются шок, кровопотеря, наличие повреждений со стороны внутренних органов. Несмотря на значительный прогресс по вопросам оказания помощи больным с повреждениями таза, всё еще на высоком уровне остаются неблагоприятный анатомо-функциональные результаты. Среди пациентов, перенесших травму таза, до 45–50% становятся инвалидами. Всё сказанное диктует более широкое применение хирургических методов лечения при нестабильных переломах таза.

Цель исследования. Проанализировать результаты хирургического лечения у больных с нестабильными повреждениями таза по материалу клиники РНЦЭМП.

Материал и метод. В отделении взрослой травматологии РНЦЭМП за период 2021–2024 гг. хирургическое вмешательство выполнено 212 больным с нестабильными переломами таза (типа В, С). Преобладали лица мужского пола – 75%, в наиболее трудоспособном возрасте до 45 лет – 83,5%. Основными причинами повреждений служили травма в результате ДТП – 71,5% и кататравма – 21,6%. Всем больным при поступлении объем оказания помощи и диагностических мероприятий был строго регламентирован алгоритмами и стандартами, разработанными в клинике. Практически у всех пострадавших имели место сочетанные повреждения. Наиболее частое сочетание наблюдали повреждение ОДА – 86,1%; ЧМТ – 44,5%; травмы груди – 19,8%; травма живота, включая травмы мочеполовых органов – 17,5%. Средний балл тяжести состояния по шкале ISS составил $21,5 \pm 0,5$.

Результаты и обсуждение.

В плане диагностики нами в клинике использован весь арсенал высокотехнологичных лучевых методов диагностики: рентгеновские методы ис-

следования, в т. ч. контрастные методы; УЗИ органов брюшной полости и малого таза по программе FAST, проба Зельдовича под контролем УЗИ; МСКТ, МСКТ-ангиография, МСКТ-цистография; МРТ и ангиография. Нами проведено научное исследование по изучению чувствительности, специфичности и диагностической значимости различных методов визуализации. При этом диагностическая эффективность (общая точность) при изучении костной патологии нестабильных переломов таза и вертлужной впадины при рентгенологическом исследовании отмечена в 87% и 51% соответственно, при МСКТ – в 98% и 96,2% и при МРТ – в 77,5% и 86% соответственно. При диагностике повреждений сумочно-связочного аппарата и внутритазовых мышц отмечена эффективность диагностики при использовании МСКТ – 68% и 75% соответственно, и наиболее эффективным методом визуализации оказалась МРТ – 97% и 97,2% соответственно. При диагностике распространения забрюшинной гематомы эффективность применения МРТ составила 97,2%, а МСКТ – 95%. При повреждениях мочевого пузыря наиболее информативной была МСКТ – 93%.

В плане оказания хирургической помощи нами на раннем госпитальном этапе у 98 больных с гемодинамической нестабильностью был использован малоинвазивный метод закрытой стабилизации таза аппаратами, разработанными в клинике на стержневой и спице-стержневой основе. Ранний остеосинтез таза с помощью АВФ способствовал уменьшению внутреннего тазового объема, снижению или остановке кровотечения из костей, уменьшению болевого фактора. Использование аппарата внешней фиксации клиники не препятствовало выполнению лапароскопии и лапаротомии. Окончательный метод хирургической стабилизации повреждений таза был выполнен у 167 пострадавших. Погружной остеосинтез выполняли больным после полной стабилизации состояния пострадавших, наиболее оптимальными сроками для их выполнения были 5–8 сут. с момента поступления. При повреждениях вертлужной впадины у 50 больных выполнен остеосинтез реконструктивными пластинами, при этом использован доступ Kocher-Langenbeck. При полифокальных переломах таза и вертлужной впадины у 36 больных выполнен остеосинтез пластинами, винтами, при этом в 12 случаях использован расширенный подвздошно-бедренный доступ и в 24 случаях – передний подвздошный паховый доступ по Letournel. При разрыве симфиза у 23 больных выполнена стабилизация лонного сочленения пластинами и использован надлобковой доступ по Pfannenstiel. Также у 17 больных с полифокальными повреждениями таза на уровне симфиза и вертлужной впадины и при переломах подвздошной кости и вертлужной впадины (Тип

С) применены комбинированные доступы Kocher-Langenbeck, Letournel, Pfannenstiel. В 19 случаях использованы комбинированные методы фиксации повреждения, при этом наиболее чаще использована комбинация погружного остеосинтеза и АНФ. В последнее время нами при нестабильных переломах таза и вертлужной впадины у 22 больных применены закрытые перкутанные малоинвазивные методы, такие как БИОС для стабилизации лонных костей, конюлированные винты при стабилизации крестцово-подвздошного сочленения и вертлужной впадины.

При изучении результатов лечения повреждений таза нами учитывались тяжесть состояния и повреждения при поступлении, наличие и характер сопутствующих повреждений, развитие осложнений течения травматической болезни, сроки и вид стабилизации переломов и степень восстановления функции. Следует отметить, что нами в 177 (83,4%) наблюдениях был получен положительный результат лечения, у 24 (11,3%) больных развились общие и местные осложнения, что потребовало проведения длительного реабилитационного лечения. Летальный исход отмечен в 11 (5,3%) случаях, причиной неблагоприятных исходов послужили осложнения раннего периода травматической болезни (декомпенсированный шок, острая кровопотеря, тяжелые повреждения головы, груди и живота).

Заключение. Вопросы диагностики и лечения пациентов с повреждением таза, применяемые методы требуют стандартизации, с учетом тяжести повреждения и тяжести состояния нуждаются в четком определении показаний и противопоказаний к выбору того или иного метода лечения, определения четких показаний к оперативным способам лечения и сроков по их выполнению. Широкое применение стабилизации повреждений таза с использованием АНФ на раннем госпитальном этапе и дальнейшая разработка новых, современных методов хирургического лечения данной категории пострадавших позволит улучшить анатомо-функциональные результаты лечения.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

А.С. Яхёев, Э.Ю. Валиев, З.Р. Хасанов

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

Актуальность проблемы. Переломы таза и вертлужной впадины составляют около 3% от всех переломов. Однако в группе политравм эта цифра достигает 20%, в большей степени этиологией таких повреждений являются высокоэнергетические травмы и ДТП. Несостоятельность общепринятых

подходов, недостаточная эффективность традиционного комплекса реанимационно-оперативных мероприятий в остром периоде травматической болезни, особенно при поступлении пострадавших, часто имеют следствием летальный исход. Так, среди пострадавших с повреждениями тазового кольца летальность составляет 16,8%, причем при изолированной травме – 2,8%, множественной травме – 5%, сочетанной травме – 41,3%.

В последнее десятилетие наметился значительный прогресс в лечении повреждений таза и вертлужной впадины в отношении малоинвазивных перкутанных технологий остеосинтеза, применение которых больным с переломами вертлужной впадины позволяет восстановить анатомическую целостность и значительно сокращает вторичного осложнения при данном виде травмы.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с переломами вертлужной впадины путем разработки дифференцированной, активной хирургической тактики и внедрение интеллектуальных технологий на всех этапах лечения и реабилитации больных.

Материал и методы. Проведен анализ 120 пострадавших с сочетанными и множественными переломами вертлужной впадины и костей таза, находившихся в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в период с 2019 по 2023 гг. Больные распределены на основную и контрольную группы. В контрольную группу включены 29 (24,2%) пациентов, к которым были применены традиционные подходы при диагностике и лечении повреждений в период с 2019 по 2021 г. В основную группу в период с 2021 по 2023 г. вошел 91 (75,8%) пациент, к которым были применены разработанные в клинике современные диагностические, тактические и технические решения. Больные распределены по полу, при этом среди пациентов отмечали преобладание лиц мужского пола – 69 (57,5%), женщин было 51 (42,5%). Средний возраст больных составил $44,7 \pm 6,8$ года.

При анализе механизма травмы было отмечено, что у 61 (50,8%) пострадавшего травма получена в результате дорожно-транспортного происшествия, затем по частоте идет производственная – 17 (14,2%) и бытовая травмы – 16 (13,4%) случаев.

В качестве рабочей классификации использовали классификацию повреждений таза и вертлужной впадины Judet-Letournel (1997 г.). Больные были разделены на подгруппы в соответствии с повреждениями: наиболее часто больные с повреждениями вертлужной впадины были со стабильными повреждениями по классификации AO/ASIF – по 15 (12,5%) с переломом задней колонны – A2 и 18 (15%) – с переломом передней колонны – A3. Повреждения включавшихся в группу относительно стабильного перелома составили 35 (29,2%)

случаев с поперечными переломами в 26 (21,7%) и Т-образными переломами – в 9 (7,5%) случаях. Больных с переломами костей таза и вертлужной впадины, относящихся к категории нестабильных переломов, было 56 (46,7%). Из них больных с полупоперечными переломами задней колонны было 14 (11,7%), с высоким двухколонным переломом – 18 (15%), с низким двухколонным переломом – 13 (10,8%) и с двухколонным переломом, распространяющимся на крестцово-подвздошное сочленение – 11 (9,2%).

Результаты и обсуждение. В работу включены все оперированные больные, среди них в 33 (27,5%) случаях выполнена закрытая передняя стабилизация костей таза стержневым аппаратом клиники РНЦЭМП, в 76 (63,3%) случаях – открытый остеосинтез пластинами и винтами и у 11 (9,2%) больных был применен метод закрытого перкутанного остеосинтеза конюлированными винтами. Количество оперированных больных с различной тяжестью ЧМТ составило 26 (21,7%) случаев. По поводу сопутствующих повреждений ОДА прооперировано 29 (24,2%) больных с переломами бедренной кости в 13 (10,8%) и костей голени в 16 (13,3%) случаях. Больные с повреждениями груди отмечены в 26 (21,7%) случаях, из них в 12 (10%) случаях выполнен торакоцентез и в 4 (3,4%) – торакотомия. У 33 (27,5%) больных выявлено повреждение живота, из которых в 15 (12,5%) случаях выполнили лапароскопию и в 6 (5%) – лапаротомию.

При выборе метода оперативного вмешательства использовали классификацию Judet-Letournel (1997 г.) и АО/ASIF, у больных были отмечены восемь типов переломов вертлужной впадины. Способ оперативного вмешательства подобран с учётом вида и тяжести перелома вертлужной впадины. Оперативные вмешательства погружным методом выполнены у 76 больных в обеих группах, при этом использовали доступы, предложенные М. Tile (1988 г.), так, передний доступ подвздошно-паховый использован в 13 (17,1%) случаях, и задние доступы по Kocher-Langenbeck – в 53 (69,7%), расширенный подвздошно-бедренный – в 10 (13,2%). Также в 11 случаях не удалось применить разработанный метод малоинвазивного перкутанного остеосинтеза под ЭОП.

Изучены данные клинико-функционального уровня восстановления функций тазобедренных суставов у оперированных в двух сравниваемых группах. С учётом вышеуказанных данных по анализу данных клинико-функциональных критериев результаты больных с переломами вертлужной впадины и костей таза в качественном выражении оценивались в виде «хорошего», «удовлетворительного» и «неудовлетворительного» результатов. Среди больных основной группы в 77 (84,6%) случаях результат расценен как хороший, как

удовлетворительный признан в 10 (11%) случаях и неудовлетворительный результат отмечен в 4 (4,4%) случаях, а у больных контрольной группы в 16 (55%) случаях результат расценен как хороший, как удовлетворительный признан в 8 (28%) случаях и неудовлетворительный результат отмечен в 5 (17%) случаях.

Таким образом, данные сравнительного анализа по клиническим и функциональным критериям Harris Hip Score (1969 г.) показали, что применение индивидуального подхода к пациентам с переломами вертлужной впадины и костей таза в структуре множественной и сочетанной травм с учётом тяжести, сложности и характера травмы и поврежденных органов, а также дифференциация типов и характера перелома по Judet-Letournel (1997 г.) и АО/ASIF позволило восстановить нормальную анатомию вертлужной впадины и функциональную способность тазобедренного сустава.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМОРБИДНОСТИ НА ВЕРОЯТНОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛИТРАВМОЙ С УЧЕТОМ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ

¹Э.Ю. Валиев, ²Х.А. Тиляков

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан

Введение. В настоящее время в мире отмечается тенденция к увеличению количества лиц пожилого и старческого возраста, причем пожилые люди ведут все более активный образ жизни, тем самым увеличивая вероятность получения различных травм, в том числе и политравмы [Алекперли А.У., 2005; Бронштейн А.С.; Луцкевич О.Э.; Ривкина В.Л., Зеленина А.В., 2012].

По данным современных источников, уровень летальности среди пациентов старших возрастных групп с политравмой выше в сравнении с пациентами молодого и среднего возраста с сопоставимыми по тяжести повреждениями и аналогичным подходом к лечению [Захарова И.С., 2013]. Это обусловлено физиологическими возрастными изменениями организма и сопутствующей соматической патологией, которые в совокупности у пожилых пациентов могут приводить к внезапному сбою компенсаторных возможностей организма, вплоть до наступления летального исхода [Dimitriou R., Calori G.M., Giannoudis P.V., 2011].

Одной из главных особенностей современной медицины является тот факт, что различные за-

болевания и состояния утрачивают свой мононозологический характер, приобретая статус коморбидности; таким образом, наличие одного или нескольких сопутствующих заболеваний может оказывать влияние на уровень летальности у пациентов старших возрастных групп.

Цель. Оценка и улучшение результатов лечения пациентов пожилого и старческого возраста с политравмой путем разработки критериев, позволяющих объективизировать возможность выполнения этапов хирургического лечения в соответствии с концепцией динамического контроля повреждений.

Материалы и методы исследования. В рамках данного исследования был проведен ретроспективный анализ лечения 150 пациентов старшего возраста с политравмой, которые были госпитализированы в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи с 2019 по 2023 год. Всем больным было проведено оперативное лечение, основываясь на концепции динамического контроля повреждений в хирургии (DCS) и динамического контроля повреждений в ортопедии (DCO).

Подавляющая часть пострадавших получила травмы ввиду высокоэнергетической травмы: дорожно-транспортные происшествия – 94 случая (71,2%), падения с большой высоты – 14 случаев (9,8%), другие причины – 42 случая (19,0%). Смертность в изучаемой группе пациентов в период с 2019 по 2023 год составила 22,5%. Были проанализированы медицинские истории всех пациентов, включенных в исследование, для систематизации сопутствующих заболеваний. Исходя из результатов клинического обследования, было обнаружено наличие сопутствующих заболеваний у 127 пациентов (77,9%), из которых результаты аутопсии были получены у 36 пациентов (22,1%). Статистический анализ полученных результатов основывался на наличии клинических данных и использовании характеристик описательной статистики. Для сравнительной гипотезы были применены непараметрические критерии Манна–Уитни. Результаты, в которых значение «р» было меньше или равно 0,05, считались статистически значимыми. Статистическую обработку проводили с использованием программы Statistica v.8.0.

Результаты. В ходе исследования были выявлены у 148 (94,5%) пациентов сопутствующие заболевания. Анализируя материал клинического исследования пациентов старше 60 лет с политравмой и часто встречающимися сопутствующими соматическими заболеваниями, в числе которых артериальная гипертензия имела место у $n=73$ (49,4%) больных, а с ИБС $n=55$ (37,1%), притом в $n=20$ (13,5%) случаев данные заболева-

ния встречались у одного и того же больного. В ходе дальнейшего исследования группа пациентов ($n=150$) классифицирована в соответствии с тяжестью полученной политравмы на несколько подгрупп. Подгруппы были определены как с благоприятным прогнозом (NISS 17–24 балла, $n=54$) и сомнительным/неблагоприятным прогнозом (NISS > 24 баллов, $n=96$). Кроме того, были выделены подгруппы с различными исходами лечения (умершие и выжившие), для которых был рассчитан индекс Charlson.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что сопутствующая соматическая патология имеет значительное влияние на уровень летальности у пациентов с политравмой и относительно благоприятным прогнозом для жизни (NISS 17–24 балла). Индекс Charlson, который отражает наличие сопутствующих заболеваний и их влияние на прогноз, был выше $6,3 \pm 1,9$ у больных с летальным исходом при политравме по сравнению с выжившими. Это свидетельствует о том, что наличие сопутствующей патологии усугубляет прогноз у пациентов с политравмой, особенно при относительно благоприятном прогнозе. Точно так же, но в меньшей степени, заболевания телесной природы оказывают влияние на людей с относительно сомнительным и неблагоприятным прогнозом для жизни согласно NISS 24 баллам. Индекс Charlson составил $5,4 \pm 1,5$ балла у тех, кто погиб, и $4,6 \pm 1,4$ балла у тех, кто выжил ($p=0,009$).

Таким образом, среди пациентов с NISS, которым прогнозируется относительно благоприятный исход, наиболее сильно сказывается влияние сопутствующей патологии на уровень смертности. При значении индекса Charlson 3–4 балла уровень летальности составил менее 21,0%, 5–6 баллов – свыше 40%, при 7–8 баллах уровень летальности превышает 50%, при 9 баллах достигает 100%.

Обсуждение. Лечение пациентов старших возрастных групп с политравмой требует индивидуализированного подхода, отличия от методов, применяемых при лечении молодых и средних возрастных пациентов. Важно учитывать возраст и наличие сопутствующих заболеваний. Особую значимость имеет своевременная диагностика сопутствующей патологии, которая позволяет адаптировать лечение к уровню коморбидности и в результате восстановить гомеостаз организма.

Хотя коморбидная патология не включена в МКБ-10, ее нельзя исключить, особенно в хирургической практике. Коморбидность представляет собой серьезную проблему нынешней медицины, требующую детального анализа. Воздействие фоновой заболеваемости на клиниче-

ские проявления, диагностику, исход и лечение разных заболеваний является многоаспектным и индивидуальным. Интеракция различных видов патологий, возраста и медикаментозного воздействия значительно проявляет клиническую картину и ход самой заболеваемости, влияет на течение и тяжесть возможных осложнений, лимитирует и даже затрудняет диагностико-лечебный процесс. Коморбидность воздействует на прогноз выживаемости, увеличивает риск летального исхода. Наличие сопутствующих заболеваний повышает дневной объем нахождения в стационаре, инвалидизацию, усугубляет реабилитационный период и значительно способствует возникновению осложнений после оперативного вмешательства.

Заключение. В общем фактор прогноза значения индекса Чарльсона ≥ 5 баллов у пациентов старшей возрастной группы считается тенью для жизни. Коморбидность несет в себе значительную проблему для системы здравоохранения, связанную с необходимостью параллельного лечения ряда заболеваний, что требует дополнительных затрат и невозможность выполнения в условиях ограниченной специализации медицинских учреждений. Оптимизация стратегии в лечении может подействовать в определенном смысле решению этой проблемы.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ВНУТРИФАСЦИАЛЬНЫЙ ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ В КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Дж. Исмаилов, Э.Ю. Валиев, А.А. Сайтпиев

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. В последние десятилетия отмечается возрастание интереса исследователей и клиницистов к проблеме сочетанных костно-сосудистых травм. Основной причиной этого является неуклонный рост травматизма с тяжелыми последствиями, увеличение числа дорожно-транспортных происшествий. Количество множественных переломов костей нижних конечностей неуклонно растет и составляет 6,6–49,8% общего числа повреждений. Голень по своей топографо-анатомической структуре является сложным сегментом нижней конечности. Закрытые переломы костей голени – частый вид травм, отмечающийся у 20–25% травмированных. При повреждении костей голени развивается отек тканей, охватывающий циркуляторно конечность и повышающий давле-

ние в закрытом фасциальном пространстве. Имеющиеся фасциальные футляры являются причиной расстройств регионарного кровообращения, тем самым дополнительно провоцируя синдром острой внутритканевой гипертензии. Развившийся отек ухудшает кровоснабжение и лимфоотток из регенерирующих тканей с выраженным болевым синдромом, развитием местной воспалительной реакции, а при сочетании с повреждениями сосудисто-нервных образований данная проблема становится еще более актуальной.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения при сочетанных костно-сосудистых повреждениях нижних конечностей, осложненных посттравматическим внутрифасциальным гипертензивным синдромом.

Материал и методы исследования. Обследовано и проведено хирургическое лечение 33 больных с закрытыми сочетанными костно-сосудистыми переломами костей голени и травматическим шоком, находившихся на лечении в РНЦЭМП в период 2019–2022 гг.

Всем больным при поступлении, помимо стандартных исследований, проводили пульсоксиметрию на периферии конечности, по показаниям – цветное дуплексное сканирование магистральных сосудов голени. Также для выявления ПВГС применяли визуальную оценку отека с сопоставительной антропометрией конечности. Для объективного измерения внутрифасциального давления использовали прибор «Intra-Compartmental Pressure Monitor System» фирмы «Stryker». Измерения проводили во всех четырех фасциальных футлярах голени. Исследования проводили в момент поступления, каждый час в течение первых 4 ч, через 6 и 12 ч; на 1; 5; 7 и 10 сутки. Из них посттравматический внутрифасциальный гипертензионный синдром (ПВГС) отмечен у 27 (81,8%) пациентов.

Пострадавшим выполнены хирургические вмешательства по восстановлению костных структур и кровообращения. Больных по тактике ведения распределили на две группы, группа контроля ($n = 13$) получала стандартную противоотечную терапию с применением диуретиков, антиагрегантов, кристаллоидных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, а в основной группе ($n = 20$) в составе комплексного лечения с целью профилактики развития и устранения отека синдрома использовали 0,1% раствор L-лизина эсцината в дозе 5–10 мл 2 раза в сутки в течение 7 дней и раствор сукцинасола.

Результаты и их обсуждение. Легкую степень ПВГС (уровень подфасциального давления на 30–40 мм рт. ст. ниже диастолического) наблюдали у 33,3%, среднюю (уровень подфасциального давления равен диастолическому) – у 37,8%, тяжелую (уровень подфасциального давления выше

диастилического) – у 28,9% пострадавших. Ранняя фасциотомия в типичных точках произведена у 12 (36,4%) пациентов.

У больных основной группы отмечено уменьшение пастозности и отека поврежденной конечности уже через 1 сут., с полным исчезновением к 5-м суткам посттравматического или послеоперационного периода, в контрольной группе – только к 7–8-м суткам. У больных, получавших сукцинасол, отмечено более успешное улучшение показателей гемодинамики по сравнению с контрольными группами, применявшими традиционную терапию. Также отмечены достоверное увеличение часового диуреза, улучшение кислотно-основного состояния, снижение тахикардии и стабилизация артериального давления. Результаты исследования показали, что применение инфузионной формы сукцинасола способствует восстановлению объема циркулирующей крови и интерстициальной жидкости, повышению энергетического потенциала организма в экстремальных условиях. Сочетанное применение сукцинасола и L-лизина эсцината в комплексной интенсивной терапии как при средней тяжести, так и при критических состояниях, сопровождающихся шоком и отеком конечностей, обусловило более выраженный клинический эффект. Это проявилось в ускорении образования поверхностных морщин конечностей, уменьшении объема конечностей, а также снижении показателей внутритканевого давления.

Заключение. Одним из перспективных направлений противоотечной терапии является сочетанное применение L-лизина эсцината и сукцинасола. Их включение в комплекс интенсивной терапии оказывает выраженное противоотечное действие путем стабилизации сосудистой проницаемости. При этом сукцинасол уменьшает повреждающее действие гипоксии и нарушения кровотока.

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Э.Ю. Валиев¹, Х.А. Исаков²

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

²Центральный военный медицинский
госпиталь, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Нестабильность плечевого сустава развивается вследствие перенесенных ранее травм сустава, как правило, травматического вывиха или из-за врожденной дисплазии сустава. Частота рецидива первичного травматического вывиха колеблется в пределах от 2% до 38% случаев, причем в 70% рецидивы возникают у лиц молодого возраста.

Целью исследования являлось изучение проблем и современных методов лечения привычного вывиха плечевого сустава.

Материалы и методы. Был проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной вопросам привычного вывиха плеча, а именно распространенности, диагностики, лечения и частоте развития осложнений после операций.

Результаты и обсуждение. Анализ литературы показал, что вывихи плеча встречаются часто и составляют порядка 50–60% от общей массы всех вывихов, чаще всего причиной являются перенесенные ранее травмы плечевого сустава. У мужчин эти вывихи встречаются гораздо чаще, чем у женщин. Частота рецидива первичного травматического вывиха колеблется в пределах от 2% до 38% случаев, чаще (70%) рецидивы возникают у лиц молодого возраста.

Частота вывихов плеча обуславливается частотой травмы верхней конечности, особенно при падении, и анатомо-физиологическими особенностями плечевого сустава. В литературе различают передний, задний, нижний и верхний вывихи плеча.

Традиционным и наиболее распространенным методом лечения привычного вывиха является его вправление и последующая иммобилизация конечности. Однако данный метод лечения может привести к развитию привычных вывихов плеча и нестабильности сустава, увеличению инвалидности у 40–60% пациентов.

Существует несколько операций для лечения пациентов с передней нестабильностью плечевого сустава. Большинство хирургов используют открытые операции (операции Bankart, Bristow, Latarjet, Eden-Hybbinette) при нарушенной анатомии в области плечевого сустава вследствие деформации или предшествующих операций. После операции Банкарта сообщается о частоте рецидивов вывихов, не превышающей 2%, с хорошими и отличными результатами у большинства пациентов. Операция Bristow связана с высокой частотой осложнений, которые включают в себя потерю наружной ротации и проблемы, связанные с фиксацией костного блока винтом, сохраняющиеся боли в области плечевого сустава и несращение костного блока. Фактически частота осложнений, связанных с фиксацией винтами, достигает 24%. Долгосрочные результаты операции Latarjet оценивают как хорошие и отличные в 88–93% случаях. Частота рецидивов вывихов, включая подвывихи, колеблется от 2 до 10%. Несмотря на такие хорошие клинические результаты, данное вмешательство также связано с развитием артроза плечевого сустава. Хотя большинство изменений классифицируется как артроз легкой степени, частота его достигает 30–71%. В одном исследовании артроз средней и тяжелой степени тяжести описан в 14% (76 пациентов) в течение

ние 15 лет после операции Latarjet. Долгосрочные результаты операции Eden-Hybbinette оценивают как хорошие и отличные у 75–85% пациентов. Однако данные о рецидивах неоднозначны. Некоторые авторы докладывают о повторных вывихах лишь в 4% случаев, другие – в 33%. К сожалению, при наблюдении пациентов в течение 15 лет после операции несколько исследователей обнаружили развитие артроза у 47–89% пациентов.

Еще один способ хирургического лечения, называемый «термической капсулорафией», где эффект сокращения тканей капсулы достигается путем термического воздействия лазерным излучением или радиочастотным способом, связан с непредсказуемыми исходами и разнообразными осложнениями. В настоящее время хирургическая техника артроскопии плечевого сустава различается у разных хирургов. При артроскопической стабилизации плечевого сустава используют специальные якоря с введенными в них нитями. С достаточно коротким сроком наблюдения после операции в данных исследованиях сообщается об очень низкой частоте рецидивов вывихов (от 0 до 10% – для нетребовательных пациентов и от 12,5 до 16,5% – для спортсменов). В среднесрочных результатах (от 2 до 6 лет) частота рецидивов всё еще наблюдается, но является достаточно низкой: от 4 до 7%. Артроз плечевого сустава развивается у 40% пациентов после данного вмешательства, но клинически проявляется лишь у 16,6% из них. К преимуществам артроскопических операций относят более короткое время операции, меньший срок госпитализации, меньшее количество интраоперационных осложнений, меньшую стоимость лечения, меньшую боль в раннем послеоперационном периоде, снижение частоты послеоперационных осложнений, лучший косметический эффект.

Однако необходимо учитывать, что артроскопические методы технически более требовательны, а также сложно выполнимы в случаях ревизионных операций. Данным пациентам необходим достаточный период иммобилизации и реабилитации, не меньший, чем при открытых вмешательствах. Даже при достижении анатомического устранения вывиха сохранить конгруэнтность и стабильное движение головки плеча не представляется возможным.

Заключение

Таким образом, хирургическое лечение привычного вывиха плеча составляет трудную и многокомпонентную задачу, осуществимую лишь на базе ЛПУ, имеющего травматологическое отделение с современным оборудованием, и требует улучшения результатов лечения больных привычным вывихом плеча путем разработки и систематизации хирургической тактики в условиях применения современных технологий на раннем периоде.

ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Б.У. Абдурахманов, Э.Ю. Валиев,
С.Д. Наубетов*

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

Введение. По данным различных исследователей, в структуре травм опорно-двигательного аппарата от 15 до 45% приходится на долю переломов бедренной кости, среди них переломы шейки бедренной кости составляют от 50 до 55%. Такой большой удельный вес переломов шейки бедренной кости обусловлен увеличением количества лиц пожилого возраста. Особенности повреждений костных структур в области тазобедренного сустава являются длительная потеря трудоспособности, высокий процент выхода на инвалидность, продолжительная прикованность к постели с высоким риском развития осложнений, приводящих, как правило, к неблагоприятному исходу.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с переломами шейки бедренной кости путем внедрения малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 181 пациента пожилого и старческого возраста с переломом шейки бедренной кости за период 2019–2023 гг., находившихся на лечении в отделении взрослой травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Учитывали анамнестические, клиничко-инструментальные данные, также был изучен профиль сопутствующей соматической патологии. Лица мужского пола составили 40,8%, женщины – 59,2%, возраст колебался от 60 до 93 лет (средний возраст – $71,4 \pm 7,1$ года). Практически у всех пролеченных больных были отмечены переломы шейки бедренной кости, возникшие в результате минимальной травмы. В зависимости от типа переломов (по Гардену) больные были распределены следующим образом: тип I – 33,3%; тип II – 21,4%; тип III – 17,4% и тип IV – 27,9%.

Нами в клинике широко применяются малоинвазивные методы стабилизации переломов, оптимальными сроками для выполнения операции являются первые 3 дня, в период компенсации соматического статуса и до развития гипостатических и других осложнений. В зависимости от выбора метода остеосинтеза больные были разделены на две группы: остеосинтез шейки бедра компрессирующими винтами – 74,1% и блокируемый остеосинтез системой «Гамма» – 25,9%.

Результаты и обсуждение. При анализе сопутствующей соматической патологии отмечено, что

практически у всех пациентов она имело место. В наибольшем количестве наблюдений – 44,5% была патология со стороны сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, ХСН, атеросклероз, последствия перенесенного ОНМК, венозная недостаточность и т. д.), затем по частоте следует легочная патология (ХОБЛ, бронхиальная астма) – 11,7% и патология ЖКТ (язвенная болезнь желудка и /или 12-перстной кишки, цирроз печени) – 10,8%. К прочим – 10,7% случаев – были отнесены болезни крови, коллагенозы, болезни органов чувств, остеоартрит и один случай СПИДа. С учетом этого нами были просчитаны индексы коморбидности по Чарлсону, который в среднем составил $9,12 \pm 1,05$ балла, и индекс коморбидности CIRS, что составило $16,2 \pm 3,9$ балла.

Следует отметить, что нами для определения тактики лечения был использован показатель – пятибалльная шкала определения степени двигательной активности пациентов – в период до полученной травмы (от высокой до крайне низкой активности).

Основной контингент пролеченных больных – 73,1% – составили лица с высоким показателем уровня физической активности, что имело значение при выборе активной хирургической тактики лечения.

В нашем клиническом материале, согласно классификации ASA, тяжелых – V класс – больных не наблюдали, основной контингент больных – 69,6% был отнесен к I; II; III классам уровня анестезиолого-операционного риска, у которых не отмечены значительные ограничения в выборе методов хирургической коррекции повреждений.

Нами были изучены результаты лечения в сроки до 3 лет. При этом положительные исходы были отмечены у 80,2% больных, консолидация переломов, полное восстановление двигательной активности. У 19,8% больных отмечен неблагоприятный исход. В 6% случаях отмечен летальный исход на первом году жизни после выписки из стационара. В 21% случаях отмечены несращение перелома, образование ложного сустава с выраженными функциональными нарушениями, потребовавшими проведение длительного реабилитационного лечения, из них в 55% случаев было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

При ретроспективном анализе историй болезней больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы отмечена прямая зависимость выбора тактики и методов лечения в зависимости от возраста, соматического статуса, степени индексов коморбидности, уровня физической активности, уровня операционного риска по ASA, а также зависимости от типа переломов по классификации Гардена. Остеосинтез компрессирующими винтами в плане технического выполнения являет-

ся наименее травматичным и быстровыполнимым, при этом практически не оказывал отрицательного влияния на течение заболевания. Однако в плане стабильности фиксации имел свои недостатки, препятствовавшие ранней активизации пострадавших, длительность ортопедического режима в среднем составил $35 \pm 7,5$ дня. Применение блокируемой системы «Гамма» позволило добиться более высокой стабильности в зоне повреждения, с сокращением ортопедического режима в 2,3 раза, однако при переломах типа III–IV по Гардену данный метод был малоэффективен.

Заключение. Таким образом, при выборе методов лечения необходимо учитывать возраст пострадавшего, уровень коморбидности, степень физической активности до полученной травмы, степень операционно-анестезиологического риска и тип перелома. На современном этапе развития травматологии наиболее перспективным методом лечения пострадавших с переломами шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста является эндопротезирование тазобедренного сустава. Применение малоинвазивных методов остеосинтеза, выполненных в кратчайшие сроки после получения травмы, при адекватном технически выполнении является альтернативой методу эндопротезирования.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ КОНФИГУРАЦИЙ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НА СТЕРЖНЕВОЙ ОСНОВЕ

*Б.Р. Каримов, Э.Ю. Валиев, А.А. Сайпиев,
Х.А. Тиляков, О.А. Ганиев, А.У. Норполвонов*

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

Актуальность проблемы. Последнее время в лечении повреждений опорно-двигательного аппарата большинство специалистов применяют тактику двухэтапного оказания помощи – Damage control orthopaedics, при котором последующие этапы хирургического лечения, в частности, окончательный внутренний остеосинтез переломов, осуществляют по мере стабилизации общего состояния пострадавшего.

Для получения хороших результатов и профилактики риска осложнений при лечении пациентов с политравмой значимым для двухэтапного остеосинтеза является выбор конфигурации и характера компоновки аппарата внешней фиксации.

В этой связи мы исследовали влияние различных видов конфигурации аппарата внешней фикса-

ции на риск возникновения осложнений и результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с политравмой путем разработки и внедрения различных конфигураций разработанного аппарата наружной фиксации при первичной стабилизации повреждений опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Были изучены результаты лечения 96 больных с политравмой, пролеченных в РНЦЭМП, в период 2021–2023 гг., к которым применена тактика двухэтапного лечения повреждений ОДА. Нами в клинике был разработан и использован малоинвазивный метод стабилизации переломов на основе разработанного универсального стержневого аппарата внешней фиксации (а.с. № 2758023). Среди них преобладали лица мужского пола – 62 чел., все молодого трудоспособного возраста (21–50 лет). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 69 чел., падение с высоты было отмечено у 23 пострадавших.

По шкале ISS (Injury Severity Score) тяжелое и крайне тяжелое, угрожающее жизни состояние на момент поступления в стационар (ISS 16–25 баллов и выше) было отмечено у 74 (77%) пострадавших.

Результаты. Наибольшее количество оперативных вмешательств выполнено при повреждениях костей таза, бедра и голени. Лечение наиболее часто встречающихся повреждений ОДА при сочетанной травме и политравме проводили на основании разработанной нами тактики лечения.

После выполнения оперативных вмешательств по поводу доминирующих патологий (повреждение внутренних органов, черепно-мозговой травмы), переломы костей таза и длинных костей) первым этапом были стабилизированы с использованием разработанного аппарата внешней фиксации, что соответствовало принципу «damage control».

В 32 случаях выполнена стабилизация костей таза, в 21 случае были стабилизированы переломы бедра и в 25 случаях – кости голени, в 18 случаях – разные сочетания переломов костей таза, бедренной кости и костей голени.

При простых переломах костей таза (тип А, В) выполнена стабилизация костей одноплоскостной компоновкой аппарата с введением 2 стержней в крылья подвздошных костей, при нестабильных переломах костей таза (тип В2, С) была применена двухплоскостная компоновка аппарата с введением четырёх стержней. При переломах вертлужной впадины с центральным вывихом головки бедра также проксимального отдела бедренной кости была применена компоновка аппарата треугольной формы – таз–бедро, с двухплоскостной стабилизацией костей таза и бедра.

При диафизарных переломах бедра и голени применена одноплоскостная компоновка аппарата введением 4–6 стержней по наружной и внутренней поверхностям сегмента соответственно.

При переломах дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновку аппарата с фиксацией одновременно обоих сегментов, при этом метафизарную область поврежденных сегментов оставляли интактной во избежание инфекционных осложнений на втором этапе окончательного остеосинтеза. Стержни на уровне бедра вводили по наружной поверхности, а на уровне голени по внутренней поверхности имеющиеся фиксационные узлы аппарата позволяли произвести стабильную фиксацию сегмента без применения дополнительных приспособлений. При переломах дистального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновку с введением стержней на уровне верхней трети большеберцовой, пяточной и основания 1 плюсневой костей. При двухсегментных повреждениях (односторонние переломы бедра и голени) фиксация обоих сегментов проводилась одноплоскостной компоновкой в каждом сегменте, соединение между ними производили с применением шарнирного механизма аппарата.

Следует отметить, что при ISS 40 баллов и выше, учитывая тяжелое состояние больного, применяли одноплоскостную компоновку аппарата внешней фиксации, которая давала достаточно прочную фиксацию.

После респираторной и гемодинамической стабилизации больных (в среднем через 7 сут.) больным был выполнен второй этап оперативного лечения – окончательный остеосинтез. Осложнения: практически у всех больных (94) наблюдалась постгеморрагическая анемия, которая корректирована гемотрансфузией и введением ферро-препаратов. У 5 больных отмечали развитие посттравматической пневмонии, после проведения соответствующих лечебно-диагностических мероприятий состояние их с улучшением, пневмония разрешилась. У 3 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны (после открытого перелома – у 2 больных и закрытого – у 1 больного), которое связано с ошибочным проведением стержня через зону открытого остеосинтеза, проводили рациональную антибактериальную терапию. Процесс – с купированием. При анализе частоты развития ранних осложнений у пациентов существенных различий в зависимости от конфигурации первично наложенного АНФ (одноплоскостной или двухплоскостной) не было выявлено.

Летальные исходы отмечены у 7 больных (7,2%). У 5 больных – в результате тяжелой черепно-мозговой травмы, у 2 – в результате развития осложнения течения травматической болезни от полиорганной недостаточности.

Заключение. Таким образом, выбор конфигурации и характера компоновки разработанного аппарата внешней фиксации, универсальность его применения, вне зависимости от вида и локализации повреждений опорно-двигательного аппарата, способствуют получению хороших результатов и профилактики осложнений при лечении больных с политравмой при двухэтапном остеосинтезе.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Ж.Ю. Жаббаров, Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов,
А.А. Сайтпиев, И.Р. Садыков*

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

Актуальность проблемы. Переломы бедренной кости при сочетанной травме представляют собой серьезную проблему в области травматологии и ортопедии. Хотя они составляют около 3% всех переломов, при политравме эта цифра возрастает до 20%, особенно в результате высокоэнергетических травм и ДТП. Диагностирование повреждений бедренной кости не представляет больших трудностей и осуществляется при физикальном и рентгенологическом обследовании пострадавшего. Однако по-прежнему существуют дискуссии относительно тактики лечения, включая сроки репозиции костных фрагментов и необходимость оперативного вмешательства.

Несмотря на наличие множества научных работ, посвященных разным методам оперативного лечения тяжелых повреждений бедренной кости, общепринятых подходов всё еще недостаточно. Традиционные методы реанимационно-оперативного вмешательства в остром периоде травматической болезни часто неэффективны, особенно при поступлении пострадавших в специализированную клинику, и могут иметь летальные исходы. Смертность среди пострадавших с повреждениями бедренной кости составляет 16,8%, при изолированных повреждениях – 2,8%, при множественной травме – 5% и при сочетанной травме – 41,3%.

Цель работы. Улучшение результатов лечения пострадавших с переломами бедренной кости при сочетанной травме путем разработки активной дифференцированной хирургической тактики на основе разработанных алгоритмов и усовершенствованных технических средств стабилизации переломов.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в период 2017–2023 гг., проведен анализ 145 пациентов с переломами бедренной ко-

сти в сочетании с другими повреждениями, получивших помощь в клиниках Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и его Бухарского филиала. Для анализа эффективности медицинской помощи были сформированы две группы: контрольная – 80 (55,2%) пациентов в период лечения 2017–2019 гг. и основная – 65 (44,8%) пациентов в период 2020–2023 гг., где были применены современные методы диагностики, разработанный лечебно-тактический алгоритм и предложенный универсальный стержневой аппарат наружной фиксации.

Основная часть пациентов обеих групп, в возрасте 21–50 лет, составила 89%, преобладали мужчины – 84,2%. Основными причинами серьезных травм стали ДТП – 60,7%, 77,6% пострадавшие были доставлены в медицинские учреждения в течение первых суток.

Для систематизации пострадавших с учетом доминирующего повреждения нами использована классификация повреждений В.А. Соколова (1998), последняя предусматривала разделение на 7 групп, причем было отмечено, что травма головы (35,1%) и множественные повреждения скелета (16,6%) были наиболее часты, а травмы, затрагивающие две и более зоны, составили 12,4%. Для анализа переломов конечностей применена классификация АО/ASIF, согласно которой все переломы подразделяются на три типа: А, В, С. В большинстве пострадавших в обеих группах имели диафизарные переломы 60,7%, за ними следовали случаи с переломами проксимальных – 27,6% и дистальных – 11,7% отделов кости, открытые переломы были отмечены в 49,6% случаев.

В обеих группах наблюдали тяжелый шок II–IV ст., что составило 78,7%. Для оценки тяжести повреждений использовали международную шкалу ISS, при этом у 53,8% пострадавших средний показатель ISS превысил 22 балла.

Результаты и обсуждение. Опыт лечения пациентов с переломами бедренной кости с сочетанными травмами выявил приоритеты в оказании травматологической помощи. Наше исследование показало необходимость ранней стабилизации перелома бедра при тяжелом состоянии, однако подходы к выбору тактики лечения разнятся. Нами внедрена стратегия «Damage Control Orthopedics» (DCO), представляющая собой программированное хирургическое лечение и часть «Ранней дифференцированной травматологической помощи», и разработана компьютерная программа DGU № 22119, позволившая на основании разработанных критериев дифференцированно подойти к выбору тактики лечения данной категории больных.

Ранняя стабилизация переломов крупных сегментов конечностей, таких как бедро и таз, при политравме играет решающую роль в прогнозировании

вании течения травматической болезни на раннем этапе. Нами был разработан универсальный стержневой аппарат наружной фиксации (АС № 2758023, РФ) для экстренной стабилизации переломов таза, бедра и голени, как по отдельности, так и в сочетании, последняя решала проблему экстренной минимально инвазивной стабилизации опорно-двигательного аппарата, обеспечивая репозицию и наружную фиксацию отломков костей конечностей и таза за минимально возможное время. Аппарат упрощает лечебно-транспортную иммобилизацию на раннем госпитальном этапе, стабилизируя положение костей и улучшая результаты лечения. Аппарат был использован в 30 случаях (46,5%), в основной группе, на первом этапе стабилизации переломов бедренной кости.

Анализ результатов показал, что в основном были получены 84,5% хороших и 9,8% удовлетворительных исходов лечения, и лишь 5,7% неудовлетворительных результатов, в то время как в группе контроля хороший результат составил 49,4% случаев, удовлетворительный результат – 38,3% и плохой результат был обнаружен в 11,8% случаях.

Исследование показало, что черепно-мозговые травмы являются наиболее частыми и требующими вмешательства, особенно среди людей в возрасте от 21 до 50 лет, которые составляют 89% всех пострадавших с переломами бедра. Большинство травм связано с ДТП. Среди пострадавших преобладают мужчины – 84%, что может быть связано с их профессиональной деятельностью, высоким уровнем алкоголизма и психологическими особенностями. Выбор лечебной тактики зависит от тяжести повреждений, психологического состояния и шока у пациента. Разработанный алгоритм позволял точно определить подход, конструкцию для остеосинтеза и методы фиксации, что способствует персонализированному и эффективному уходу. Стержневой аппарат демонстрировал высокую эффективность в лечении разнообразных типов переломов. Он особенно эффективен для фиксации длинных костей у пациентов в критическом состоянии, сокращая время операции до 20–30 минут и минимизируя травматичность вмешательства. Тактика «Damage control orthopedics» подходит для тяжелых клинических случаев с высоким уровнем травматизации (ISS более 22), в то время как «Early total care» лучше работает в менее сложных ситуациях, где возможно быстрое восстановление функций (ISS до 22).

Сравнение показало, что применение стержневого аппарата наружной фиксации увеличило количество положительных результатов в 1,7 раза и снизило количество неудачных исходов в 2 раза, подтверждая его эффективность и положительное влияние на лечение.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Э.Ю. Валиев¹, А.А. Сайпиев²,
Ш.С. Отакулов², А.Б. Саубов²*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

²Навоийский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Проблема лечения полифокальных, двойных переломов длинных костей конечностей на сегодняшний день являются одной из нерешенных в травматологии. Двойные переломы составляют 1,5–2,2 % от числа всех переломов трубчатых костей. При двойных переломах формируется ряд биологических и биомеханических особенностей, затрудняющих процессы репаративной регенерации кости. Обусловлены они наличием промежуточного костного фрагмента, который оказывается выключенным из внутрикостного кровотока с развитием выраженных гемодинамических нарушений, вследствие чего в 10% случаев, независимо от метода лечения, он подвергается асептическому некрозу. Нарушения периферического кровообращения возникают как вследствие повреждения сосудистого русла (особенно внутрикостных питающих артерий), так и повреждения эндоста, роль которого в репаративном процессе костной ткани очень велика. Двойные переломы диафизов длинных трубчатых костей сопровождаются более обширными повреждениями прилежащих мягких тканей (в том числе сосудов и нервов), что тоже негативно влияет на процессы консолидации отломков.

Материал и методы. В течение 2021–2024 годов нами ретроспективно были изучены 226 больных с полифокальными переломами длинных костей конечностей, в частности, плечевой, бедренной кости и костей голени. Все больные лечились в условиях РНЦЭМП и его Навоийском филиале в отделении сочетанных и осложненных травм, всем выбранным больным проведены оперативные вмешательства различными методами остеосинтеза, в зависимости от типа перелома.

По механизму полученных травм были следующие: 131 (58,0%) дорожно-транспортное происшествие (ДТП), бытовая травма – 68 (30,0%), производственная травма – 22 (9,7%), а также травмы криминального характера – 5 (2,3%).

Обследуемых больных разделили по возрасту следующим образом: 18–44 лет (молодой возраст) – 81 (35,8%), 45–59 лет (средний возраст) – 69 (30,6%), 60–74 лет (пожилой возраст) – 65 (28,9%), 75–90 лет (старческий возраст) – 10 (4,8%), что соответствует классификации ВОЗ. Средний возраст

составил 46,5. Также больные распределены по сроку поступления в стационар. Из числа обследуемых больных (226) в 177 (78,6%) случаях были доставлены в стационар в течение часа с момента травмы, в течение 1–3 суток – 35 (15,7%), от 3 до 7 суток – 10 (4,4%), после 7 суток – 4 (1,8%) больных.

Пути поступления пострадавших в стационар: попутным транспортом были доставлены 135 (59,7%) пострадавших, в 74 (32,8%) случаях – по линии скорой медицинской помощи и в 17 (7,5%) случаях – по линии санитарной авиации больные были переведены в Центр для дальнейшего оказания специализированной помощи.

Характеристика травм по сегментам конечностей (226): плечевая кость – 42 (18,6%), бедренная кость – 79 (35,1%), большеберцовая кость – 105 (46,3%). Из числа обследуемых больных характер переломов в 35 случаях (15,5%) имел открытый тип, у 191 (84,5%) больных диагностирован закрытый тип перелома.

Результаты и обсуждение. Всем пострадавшим при поступлении, согласно стандартам экстренной медицинской помощи, проведены рентгенологические исследования, УЗИ, доплерография, ЭхоЭС, при необходимости – МСКТ-исследование, клинико-биохимические исследования крови. Исследования проводились на фоне интенсивной терапии и противошоковых мероприятий.

Сроки выполнения оперативных вмешательств в зависимости от тяжести сочетанных повреждений: до 3 суток после травмы – 36 (15,8%), 3–5 суток – 76 (33,7%), 5–7 суток – 87 (38,3%) и позднее 7 суток – 28 (12,2%).

Оперативные вмешательства проводили следующими методами: интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами (БИОС) – в 112 (49,6%) случаях, экстрамедуллярный остеосинтез блокирующими накостными пластинами (LCP) – в 89 (39,4%) и внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез (ВКДО) – в 25 (11,0%) случаях.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде, а также в отдаленных сроках наблюдались следующим образом: ложные суставы – 48 (21,2%), несращение промежуточного фрагмента в определенный срок – 26 (11,5%), вторичное смещение промежуточного фрагмента – 8 (3,5%), контрактуры ближних суставов – 52 (23%), нагноение – 12 (5,3%), тромбозы сосудов поврежденной конечности – 17 (7,5%).

Таким образом, лечение больных с двойными переломами длинных костей конечностей является не только актуальной, но и до настоящего времени недостаточно изученной проблемой травматологии, требующей индивидуального подхода при выборе метода лечения, причем основными критериями выбора способа фиксации отломков являются характер перелома и тип смещения про-

межуточного фрагмента – в зависимости от какого сегмента конечностей. Кроме того, значительные успехи в решении многих сторон проблемы репаративной регенерации костной ткани остаются далекими от решения ряда вопросов, связанных с васкуляризацией костей, особенно на микроциркуляторном уровне. Отсутствуют углубленные комплексные исследования микроциркуляции и остеогенеза как при различных биомеханических условиях фиксации отломков поврежденной кости, различных степенях острой ишемии конечности, так и при различных сочетанных повреждениях костей конечностей вместе с артерией, веной, нервом. Всё вышеперечисленное и многие другие вопросы, на наш взгляд, нуждаются в дальнейшем экспериментальном исследовании.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

*И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев,
З.И. Ашуров, О.А. Исмаилов, У.А. Хайдаров,
Ш.Т. Каримбаев, У.Б. Мадиев*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с сочетанной позвоночно-спинномозговой травмой.

Материалы и методы. За период 2019–2023 гг. в филиале пролечено 210 пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСТ). Из них оперировано 169 больных. Диагностический алгоритм включал общий и неврологический осмотр, УЗИ брюшной и плевральной полостей, рентгенографию и рентгеноскопию черепа, костей таза, грудной клетки, поврежденных конечностей, всех отделов позвоночника и МСКТ позвоночника на уровне повреждения.

Результаты. Показаниями к экстренной операции явились: компрессия спинного мозга и его корешков, нарастание неврологической симптоматики и (или) нестабильной перелом позвоночника. Очередность и экстренность операций определяли с учетом угрозы для жизни той или иной травмы (первая очередь), угрозы потери функции органа или системы органов (вторая очередь) и в третью очередь выполняли операции, задержка которых не влияла на жизненный прогноз. Противопоказания к экстренной операции на позвоночнике и спинном мозге: шок, нестабильность гемодинамики, кома, множественные повреждения ребер, осложненные гемопневмотораксом, постгеморрагическая анемия, ушиб сердца, печеночная недостаточность, жировая эмболия, тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, нефиксированные переломы ко-

нечности. В неврологическом статусе улучшение отмечено у 65% пациентов. Общая летальность в группе больных с СПСТ составила 18%, а послеоперационная – 12%.

Заключение. Анализ результатов лечения пострадавших с СПСТ показал, что хирургическая тактика определяется тяжестью сочетанных повреждений и состоянием больного как до операции, так и динамикой состояния во время хирургического вмешательства.

НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ

*И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров,
А.А. Гуломов, У.А. Хайдаров*

Наманганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время применение малоинвазивных методов в хирургическом лечении больных с церебральной патологией стало всеобщим доступным и нашло свое отражение в многочисленных работах современности. Требования к минимальной травматизации мозговой ткани по ходу хирургического доступа обусловили пересмотр уже существующих хирургических стандартов и стратегий лечения многих нозологических форм, в частности, при жидкостных внутричерепных процессах (кисты головного мозга, гидроцефалии, ХСГ), где эндоскопический метод имеет ряд неоспоримых преимуществ в сравнении с классической микрохирургической техникой.

Цель работы. Внедрить в клиническую практику новый малоинвазивный метод выполнения нейроэндоскопической вентрикулоцистерностомии дна III желудочка (ЭВЦС III) у больных с окклюзионной гидроцефалией с использованием ригидного нейроэндоскопа.

Материалы и методы. В конце 2019 года нами был приобретен нейроэндоскоп. После нами было вылечено 11 больных с окклюзионной гидроцефалией различного генеза. Из них 7 детей в возрасте от 2 до 5 лет, 4 больных от 25–54 лет, которым была выполнена ЭВЦС III по предложенной методике.

Результаты. Применение малоинвазивной техники выполнения ЭВЦС III с использованием ригидного нейроэндоскопа позволило значительно уменьшить длину разреза мягких тканей в области доступа. Доступ в боковой желудочек осуществляется путём прокола после разреза твёрдой мозговой оболочки и сопровождается минимальным повреждением паренхимы головного мозга. Это является очень важным, учитывая проведение данной операции у детей с окклюзионной гидроцефалией, у которых головной мозг уже подвержен органиче-

ским изменениям. Постоянный эндоскопический контроль при доступе в боковой желудочек повышает безопасность и снижает риск повреждения сосудистых и нервных структур. Он может быть выполнен при резком сужении или полной окклюзии межжелудочковой цистерны, узких (щелевидных) желудочках головного мозга (ширина третьего желудочка менее 8 мм в передних отделах), узком межжелудочковом отверстии Монро, передне-заднем размере препонтичной цистерны менее 6 мм. Летальный исход был в двух случаях – у больных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Послеоперационных неврологических, эндокринных и инфекционных осложнений не отмечено.

Заключение. Малоинвазивная техника выполнения ЭВЦС III с использованием ригидного нейроэндоскопа является эффективным и безопасным способом хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии, который позволяет минимизировать операционную травму на всех его этапах, снизить интра- и послеоперационные осложнения и может быть рекомендована к широкому клиническому применению.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЭНДОСКОПА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров,
У.А. Хайдаров, А.А. Гуломов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Эндоскопическая хирургия направлена на то, чтобы минимизировать область вмешательства в организм человека. Развитие методов нейроэндоскопии изменило кардинальным образом способы операций на головном мозге. В нейроэндоскопе размером в несколько миллиметров используются микрохирургические приборы, установленные на конце гибкой трубки эндоскопа, которую можно проводить сквозь сложные анатомические образования мозга.

Цель работы. Применение нейроэндоскопа при патологиях головного мозга.

Материалы и методы. С 2020 по 2023 года оперировано 44 больных с применением нейроэндоскопа. 34 (77,7%) больных оперированы макроаденомами гипофиза. 11 больным диагностирована акромегалия. У всех больных были явления сдавления зрительных нервов. 6 (13,6%) больных оперированы по поводу острых нарушениях мозгового кровообращения с прорывом в желудочковую систему с нейроэндоскопическим ассистентированием, 4 (9,09%) больным произведена миниинвазивная операция для эндоскопической фене-

страции дна III желудочка головного мозга при окклюзионной гидроцефалии.

Результаты. Больные оперированы с использованием нейроэндоскопа, который позволил значительно уменьшить травматизацию головного мозга во время доступа. Доступ в аденомы гипофиза проводился трансназально, через сфеноидальную полость клиновидной кости. В боковой желудочек осуществлялся стандартным путём в точке Арендта, отходя на 3 см от сагиттального шва и 2 см вперед от коронарного шва. При внутримозговых кровоизлияниях нейроэндоскоп применялся для ревизии места кровоизлияния.

Заключение. Применение нейроэндоскопа является миниинвазивным, менее травматичным и экономически более выгодным методом лечения при патологиях головного мозга.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

*И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров,
Ш. Уринов, С.К. Ходжиев, Д.М. Мамадалиев,
Ё.И. Дадабаева, Г.Т. Пулатов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей.

Материал и методы обследования. Обследовано 150 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 2 до 14 лет. Средний возраст составил 9 лет, средний балл по шкале Глазго – 8 баллов.

Результаты. По данным МСКТ, у 61 ребенка (41%) были диагностированы эпидуральные гематомы, у 46 (31%) – субдуральные, у 30 (20%) – внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 13 (9%) – множественные. Определяющими факторами для выбора тактики лечения был уровень сознания по шкале Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализация гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур. Оперировано 54 (36%) больных методом трепанации с активным дренированием, 96 (64%) больных лечились консервативно. Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей был 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении был больше 7 баллов, анизокории не отмечалось, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не повышало 3 мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена

достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 10%, из них при субдуральных гематомах – 8%, внутримозговых – 27%, при множественных гематомах – 30%.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечения внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы, его локализацию, сдавление базальных цистерн и смещение срединных структур головного мозга.

Выводы. Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило снизить летальность, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*Б.М. Исматов, У.А. Мамадиев,
Н.А. Сайфуллаев, Д.Т. Олимов,
С.А. Абдусаматов, Ш.О. Туйчиев*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценить результаты экстренного вмешательства при переломе полового члена.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2023 год было обследовано и проведено лечение 12 больных с переломом полового члена. Средний возраст мужчин составил $32,4 \pm 2,0$ лет (диапазон от 22 до 38 лет), таким образом, все пациенты были репродуктивного возраста. Причиной повреждения полового члена во всех случаях было форсированное интравагинальное половое сношение. Ни в одном случае не выявлено алкогольное опьянение. Мужчины, как правило, не слышали хруст, который, по данным литературы, сопровождает перелом полового члена. Вероятно, причиной подобной ситуации является интенсивного характера боль, возникшая во время травмы. Клиническая картина травмы полового члена была типичная и включала внезапную боль с утратой эрекции, отек и гематому наружных половых органов.

В течение двух часов после травмы обратились только двое пациентов, все остальные мужчины поступили в клинику в период от 6 до 8 часов после перелома полового члена в силу психологического недовольства создавшейся ситуацией. Разрыв белочной оболочки во всех случаях располагался в среднем отделе полового члена по вентральной поверхности. Повреждение кавернозного тела с одной стороны выявлено в 10 (83%) случаях, с двух сторон обнаружено только у двух мужчин (17%). Экстренное оперативное вмешательство выполнено в сроки до 6 часов после полученной травмы

у 10 (83%) больных. Двое мужчин отказались от операции. Дефект белочной оболочки ушивали, используя рассасывающийся шовный материал (vicryl). После оперативного вмешательства устанавливали уретральный катетер, который удаляли через 5–6 дней после вмешательства. Повреждения уретры не было ни в одном случае. Повторный осмотр мужчин произведен в среднем через 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Результаты. Сексуальную функцию и удовлетворенность половой жизнью оценивали с помощью опросника «International index of erectile function» (IIEF-15) состоящего из 15 пунктов. Следует указать, что согласились сотрудничать с врачом и явились для обследования в условиях медицинского учреждения 9 (75%) мужчин из подвергнутых оперативному вмешательству. Однако трое (25%) пациентов, подвергнутых операции, пожелали ответить на вопросы опросника по телефону. Все больные продолжали осуществлять половое сношение. Средний балл по шкале IIEF-15 составил $66,8 \pm 8,9$ (диапазон от 56 до 70 баллов). Удовлетворенность эрекцией была у всех пациентов (средняя сумма баллов составила $27,6 \pm 3,7$). Незначительное искривление полового члена выявлено у трех (25%) из мужчин, которые были подвергнуты операции, однако подобное обстоятельство не создавало препятствий для выполнения полового акта. Причиной согласия больных на операцию была неудовлетворенность эстетическим состоянием органа, тогда как у двух больных, которым проведено консервативное лечение, выявлено значительной степени искривление полового члена, создающее препятствие выполнению полового акта. Этим пациентам также выполнена оперативная коррекция с целью выпрямления полового члена. Следует отметить, что у всех пациентов было ощущение оргазма и сохранилась эякуляция. Беременность на момент проведения исследования была у 5 женщин, состоящих в браке с обследованными мужчинами. Удовлетворенность половой жизнью была умеренной в трех (25%) случаях (пациенты с искривлением полового члена).

Заключение. При переломе полового члена необходимо выполнить экстренное вмешательство, направленное на профилактику развития кавернофиброза и стойкой утраты эректильной функции, следует эвакуировать гематому, ушить разрыв белочной оболочки кавернозных тел. Подобная тактика позволяет предотвратить искривление полового члена. Тем не менее, возникшее искривление полового члена после перенесенной травмы не влияет на качество сексуальной жизни мужчин. Следует указать, что нами проведено исследование на небольшом количестве пациентов, поэтому необходимо продолжить изучение последствий травмы полового члена на большем количестве случаев.

ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ ЖАРОҲАТЛАРИДА МУЛЬТИСПИРАЛ КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Қосимов М.А., Тожибоев Б.А.

РШТЁИМ Сирдарё вилояти филиали

Муаммонинг долзарблиги: Чаноқ-сон бўғими жароҳатларида рентгенографиянинг қўлланилиши суяк тўқимаси жароҳатларини аниқлаш учун 80% тўғри маълумотни бериб, реабилитация даврида суяк синиқларининг кеч аниқланиши кўплаб беморларнинг ногиронлик кўрсаткичини Корнилов бўйича 5% дан 12% гача ошишига олиб келади. Ногиронлик кўрсаткичларининг юқорилилиги ва чаноқ сон бўғими таянч-ҳаракат аппаратининг энг йирик бўғимларидан бўлганлиги сабабли диагностика жараёни долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда.

Тадқиқотимиз мақсади: Чаноқ суяклари ғовак ва ясси суяклар туркумига кирганлиги сабабли чаноқ-сон бўғимини ташкил қилган суякларнинг 1,3 см дан кичик синиқ парчалари рентгенографияда яхши кўринмаслиги баъзи ҳолларда соғлом суяк тўқимасининг тасвирини акс эттириши мумкин. Бу, ўз навбатида, жароҳатдан кейинги олти ойдан сўнг кўп учрайдиган сон суяк бошчасининг асептик некрози ва бир йилдан уч йилгача бўлган муддатда чаноқ-сон бўғимининг оғир даражадаги коксартрози билан асоратланишини ташкил этади.

Материаллар ва усуллар. 2023 ва 2024 йиллар давомида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиалига чаноқ-сон бўғими жароҳатлари билан мурожаат қилган беморларнинг 11 нафарининг рентгенологик текшириш натижалари бўйича ретроспектив таҳлили жараёни натижасида рентгенологик текширишларда суяк тўқимаси бутунлиги аниқланган беморларнинг мультиспирал компьютер томография текшириш натижаларига кўра чаноқ-сон бўғимининг синиқлари кузатилган. Кузатувда бўлган 11 нафар беморни клиник текшириш жараёнида беморларнинг чаноқ-сон бўғимида ҳаракат амплитудасининг 15 градусдан 20 градусгача бўлган қисман ҳаракат чекланиши аниқланган.

Кузатувда бўлган 11 нафар беморнинг 8 тасини эркаклар ва 3 нафарини аёллар ташкил этган. Беморларнинг 6 нафари 23 ёшдан 31 ёшгача бўлган беморлардан иборат бўлган бўлса, 5 нафари 31 ёшдан 47 ёшгача бўлган беморлардан иборат бўлган. Беморларнинг ёш ва меҳнат қобилятида бўлган ёшдаги одамларда учраши билан муаммонинг ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини кўрсатиб беради.

Натижалар. Беморларнинг 5 нафарида шифохонамизга мурожаатгача бўлган вақтга қадар мустақил оқсоқланиб юрганлиги кузатилган. Мультиспирал компьютер томография текширишларида

11 нафар беморнинг 3 нафарида сон суяги бошчасининг 1,2 см дан 0,6 мм гача бўлган қирғоқли бўғим ичи синишлари кузатилган бўлса, 2 нафар беморда сон суяги бошчасининг импрессион синиқлари, 2 нафар беморда сон суяги бошчасининг чизиқли синишлари кузатилган. 3 нафар беморда қўймуч косасининг орқа юқори деворининг 0,8–0,3 мм гача бўлган қирғоқли синиқлари, 1 нафар беморда қўймуч косасининг чизиқли синиқлари мультиспирал компьютер томография текширувида аниқланган.

11 нафар беморнинг синиқ фрагментларининг 2 см дан кичиклиги ва қўпол функционал бузилишлар кузатилмаганлиги сабабли беморларга консерватив даво таклиф этилди. 6 ҳафтагача бўлган муддатда қўйилган коксит гипс боғламлари ва комплекс даво натижасида ногиронлик кўрсаткичи 3% гача камайди.

Хулоса. Чаноқ-сон бўғими жароҳатларида чаноқ-сон бўғимида давомий оғриқлар, функционал бузилишлар, ҳаракат амплитудасининг 5 градусдан кўп бўлган ҳаракат чекланишларида рентгенологграфия текшириш натижасида суяк тўқимаси бутунлиги билан кузатилган жароҳатларда қўшимча мультиспирал компьютер томография текшируви беморларнинг эрта муддатларда соғлиғи тикланиши ҳамда ногиронлик кўрсаткичларининг камайишига олиб келади.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ РАЗРЫВОВ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

М.А. Косимов, Б.А. Тожибоев

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Полные разрывы передней крестообразной связки, при которых разрываются оба пучка (переднемедиальный или заднелатеральный), не представляют собой трудности в диагностике. Частота частичных разрывов достигает от 10 до 38% из всех разрывов ПКС. Из-за несвоевременной диагностики в 38–50% случаев частичные разрывы превращаются в полные. Стабильность коленного сустава при частичном разрыве ПКС не страдает значительно, при этом клинические тесты нестабильности коленного сустава бывают слабовыраженными. Частичные разрывы ПКС требуют тщательного обследования, проведения тестов нестабильности и интерпретирования МРТ, так как есть вероятность пропущения врачами признаков частичного разрыва. При определении разрыва того или иного пучка необходимо обращать внимание на механизм травмы. Переднемедиальный пучок ПКС в основном разрывается при высокоэнергетических травмах, при котором

передняя происходит трансляция голени или переразгибание. Разрыв заднелатерального пучка происходит при относительно более слабых ротационных травмах.

Частичные разрывы, в зависимости от разорванного пучка, имеют свою симптоматику. При разрыве переднемедиального пучка отмечается положительный тест переднего «выдвижного ящика» с отрицательными тестами Лакмана и pivot-shift. При разрыве заднелатерального пучка отмечаются положительные тесты Лакмана и pivot-shift тест с отрицательным тестом переднего «выдвижного ящика». При интерпретировании МРТ частой ошибкой считается пропущение разрыва поврежденного пучка при обнаружении целого пучка ПКС или при обнаружении поврежденного пучка он не должно интерпретироваться как полный разрыв ПКС. Для выявления частичных разрывов ПКС мы предлагаем провести МРТ по 3D-программе, при котором шаг сканирования МРТ уменьшается до 0,7 мм. Также артроскопическая диагностика является обязательной и заключительным этапом диагностики частичного разрыва ПКС. При этом решается вопрос изолированного восстановления одного из пучков ПКС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 18 больных с частичными разрывами ПКС. Давность травмы была от 1,5 месяцев до 3 лет. Возраст больных был от 17 до 45 лет. У всех больных имелась невыраженная нестабильность коленного сустава, которая оценена по тестам Лакмана, «переднего выдвижного ящика» и pivot-shift. Из них у 6 больных отмечен разрыв заднелатерального пучка ПКС, у 12 больных отмечен разрыв переднемедиального пучка ПКС. У всех 18 больных тесты нестабильности коленного сустава (тест Лакмана, переднего «выдвижного ящика» и pivot-shift) были слабоположительными. Функция коленного сустава оценена по шкале Лизхольма и варьировала в нашем исследовании от 64 до 82 баллов (средний балл – 77,8 балла, хороший – у 12 больных, удовлетворительный – у 6 больных).

Результаты. С целью сохранения проприорецепторов в нативной крестообразной связки неповрежденный пучок связки был сохранен, а разорванный пучок был восстановлен аутоотрансплантатом из сухожилия полусухожильной и/или нежной мышц. В зависимости от того, какая часть передней крестообразной связки повреждена, просверливали бедренный и большеберцовый туннели, соответственно на месте прикрепления разорванного переднемедиального или заднелатерального пучка связки, соответственно.

У 3 больных проведено изолированное восстановление заднелатерального пучка связки и у 3 больных – изолированное восстановление перед-

немедиального пучка. Проведен стандартный курс реабилитационного лечения.

Выводы. Отсутствие неустойчивости или слабо выраженные симптомы неустойчивости коленного сустава не должны интерпретироваться, как отсутствие повреждения ПКС. Для уточнения частичных разрывов ПКС необходимо применить МРТ-исследование с 3D-программой, также косые и косо-сагиттальные проекции МРТ. При изолированном восстановлении ПКС сохраненный неповрежденный пучок служит брейсом для вставленного аутоотрансплантата, защищает его от нагрузок, а также способствуют его васкуляризации. Также наличие проприорецепторов в сохраненном неповрежденном пучке ПКС благоприятно влияет на функцию коленного сустава.

ОЦЕНКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов

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

В настоящее время современные протоколы лечения больных тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) включают этапное применение медикаментозных методов лечения, а при отсутствии эффекта – хирургическое вмешательство. Для этого необходим мониторинг внутричерепного давления (ВЧД), который доступен не во всех клиниках, что может приводить к диагностическим ошибкам, поздним оперативным вмешательствам, некорректной медикаментозной терапии.

Цель исследования. Выявление взаимосвязи результатов прямого измерения ВЧД с компьютерно-томографическими (КТ) критериями.

Материалы и методы. Наше исследование основано на оценке результатов мониторинга ВЧД у 45 больных. Все больные – мужского пола, в возрасте от 22 до 50 лет, поступали с ТЧМТ и исходным нарушением сознания ниже 12 баллов по шкале Глазго (сопор). При поступлении после первичного КТ-исследования выполнялась установка паренхиматозного датчика измерения ВЧД фирмы Spigelberg (Германия) по стандартной методике. По монитору регистрировались исходные показатели ВЧД. Оценка ВЧД проводилась по общепринятой методике, при этом норма 3–15 мм рт. ст.; гипертензия средней степени тяжести 15–25 мм рт. ст.; выраженная гипертензия более 25–35 мм рт. ст.; грубая – более 40 мм рт. ст. При интраоперационном выявлении показателей выраженной гипертензии одномоментно выполнялось хирургическое вмеша-

тельство – резекционно-декомпрессивная трепанация черепа. При обнаружении гипертензии средней степени тяжести больные с установленным датчиком получали интенсивную противоотечную терапию в реанимационном отделении. Всем больным проводилось КТ-исследование в динамике на 2 сутки после операции, и при необходимости – в динамике на 7, 10, 14 сутки. При сохранении показателей ВЧД в пределах нормы в течение 48 часов, паренхиматозный датчик удаляли. По КТ-данным проводилось измерение изменений диаметра оболочек зрительного нерва (ДОЗН) (норма – 4,5–5,1 мм), увеличение которого отмечено у всех больных с ТЧМТ в костном режиме окна КТ.

Результаты и их обсуждение. Результаты измерений были сопоставлены и подвергнуты статистическому анализу г-Пирсона. При этом выявлена сильная положительная связь $p < 0,001$. При вычитании средних величин нами получено следующее соответствие величин ДОЗН к показателям ВЧД. Нормальным показателям ВЧД соответствуют изменения ДОЗН до 5,1 мм; при гипертензии средней степени тяжести – изменения ДОЗН 5,2–6,5 мм; выраженной гипертензии соответствовали пределы ДОЗН 6,5–8 мм; при грубой гипертензии – ДОЗН более 8 мм.

Выводы. Таким образом, выявлена взаимосвязь показателей ВЧД с изменениями размеров ДОЗН. Предлагаемые параметры изменения ДОЗН могут служить показателями уровня ВЧД как в дооперационный период, так и при динамическом КТ-исследовании больных с ТЧМТ и проводить медикаментозную коррекцию внутричерепной гипертензии.

СТАНДАРТНЫЙ ПОДХОД К ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

*М.К. Махкамов, А.Б. Салаев,
К.Э. Махкамов, Д.У. Исраилов*

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

В последнее время, несмотря на повсеместное внедрение современных стандартов диагностики и лечения, сохраняются высокие показатели смертности после тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). За год из зарегистрированных 120–150 тыс. случаев около 15–17% приходится на тяжелые ушибы головного мозга, требующие неотложного хирургического вмешательства. Несмотря на более чем столетнюю историю проведения декомпрессивных операций головного мозга, сохраняется разный подход к технике выполнения.

Цель исследования. Анализ результатов оказания хирургической помощи пострадавшим с тяжелой ЧМТ с разработкой единого подхода к технике выполнения оперативного вмешательства.

Материал и методы. Проанализированы архивные данные 70 тыс. больных с ЧМТ, находившихся на лечении в РНЦЭМП с 2003 года. Выполнена оценка результатов применения разработанных новых методов лечения в нейрохирургическом отделении.

Результаты. По нашим данным, ушиб головного мозга тяжелой степени при изолированной черепно-мозговой травме встречается в 18% случаях от общего количества больных, при этом в 23 тыс. случаев выполнено оперативное лечение. Показатели летальности имеют стойкую тенденцию к снижению от 8–12% до 2–3% в год. Отмечается снижение процента осложнений у больных в послеоперационном периоде, связанных с техникой операций, с 15% до 3%. Стандартизованный исчерпывающий объем оперативного лечения приводит к улучшенным показателям исхода лечения больных. К ним относятся:

- дополнительная вазоконстрикторная инфильтративная анестезии кожи, что приводит к бескровному разрезу кожи и мягких тканей;
- стандартная линия разреза кожи по типу «trauma flap».
- сохранение ветви поверхностной височной артерии, что исключает трофические расстройства кожного лоскута;
- формирование костного дефекта с резецированием крыла клиновидной кости для улучшения оттока крови из вен Сильвиевой щели (персистенция отека мозга);
- полное удаление контузионных очагов с применением микрохирургических инструментов и гемостатических средств;
- микрохирургическое вскрытие и санирование арахноидальных цистерн мозга для интраоперационного снижения внутричерепного давления;
- обязательная герметизация твердой мозговой оболочки с подшиванием аутоканей или искусственной ТМО;
- применение инвертированных швов при послойном ушивании раны.

Вывод. В результате применения современных методик оперативного лечения отмечается снижение показателей общей летальности, увеличение выживаемости больных.

ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕЙ КРАНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ НАРУШЕНИЯМИ ЛИКВОРОЦИРКУЛЯЦИИ

А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов

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

Вопросы ранней краниопластики после перенесенной черепно-мозговой травмы, по данным разных авторов, противоречивы. До настоящего времени происходят дискуссии о времени проведения и материала для пластики дефекта черепа.

Проведен сравнительный анализ результатов ранней краниопластики после оперативного лечения у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой за период с 2020 по 2024 г.

Результаты исследования. 1 группа – 48 пострадавших, из них 11 (22,9%) находились в возрасте 23–30 лет, 16 (33,3%) – в возрасте 31–35 лет, 13 (27,1%) – в возрасте 36–40 лет, 8 (16,7%) – 41–45 лет. Краниопластика с целью восстановления анатомической целостности черепа и восстановления сбалансированного внутричерепного градиента давления выполнялась в ранний послеоперационный период от 20 до 30 дней при развитии синдрома опускания кожного лоскута после первичной операции у 33 (68,7%) пострадавших. Из них у 10 (20,8%) – после удаления эпидуральных гематом, у 23 (47,9 %) – после удаления субдуральных гематом. Всем больным выполнена пластика дефекта черепа смоделированной титановой пластиной. Из них осложнения отмечены в 1 (3%) случае, в виде вторичного заживления раны на фоне атрофического кожно-апоневротического лоскута. 2 группа – 15 больных, в остром и подостром периодах которых формировались рецидивирующие подапоневротические скопления ликвора. Причиной явились дефекты ТМО после ее расслоения в местах наложения швов. Из них в 5 (12,3%) случаях – после удаления острых эпидуральных, в 7 (14,5%) – острых субдуральных гематом, в 3 (6,2%) – после вдавленных и многооскольчатых переломов костей черепа. В 12 (80%) случаях при отрицательном бактериальном посеве ликвора выполнена операция менинголиз, пластика дефекта ТМО фрагментом апоневроза височной мышцы, одновременная пластика дефекта черепа титановой пластиной. В 3 (6,2 %) случаях отмечено, помимо подапоневротического скопления ликвора, расширение желудочковой системы вследствие посттравматической резорбтивной гидроцефалии. При этом выполнено одновременное вентрикуло-перитонеальное шунтирование с последующей краниопластикой титановой пластиной. В послеоперационном периоде рецидивов по-

дапоневротического скопления ликвора не наблюдалось.

В послеоперационном периоде исход с регрессом очаговой неврологической симптоматики был у 17 (35,4%) пострадавших. Умеренный неврологический дефицит, как исход заболевания, наступил у 22 (45,8%) человек. Грубый неврологический дефицит с грубыми когнитивными и двигательными нарушениями и исходом в глубокую инвалидизацию сохранялся у 7 (14,6%) пациентов. Вегетативный статус, как исход тяжелой черепно-мозговой травмы, зафиксирован в данной группе у 2 (4,1%) пострадавших.

МОНИТОРИНГ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев

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

Соблюдение современной концепции этапного лечения тяжелой черепно-мозговой травмы с поддержанием стабильного внутричерепного давления (ВЧД) и церебрального перфузионного давления (ЦПД) не представляется возможным без мониторинга ВЧД.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа показателей ВЧД у пострадавших с ТЧМТ, получавших консервативное и хирургическое лечение.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 82 пациентов с ТЧМТ, поступивших в нейрохирургическое отделение РНЦЭМП в период 2020–2023 гг. Из них мужчин было 67 (81,7%), женщин – 15 (18,3%), средний возраст составил $44 \pm 5,7$ года. Критерии отбора: исходное нарушение сознания ниже 9 баллов по шкале Глазго (кома I), наличие очаговой симптоматики, травматические изменения головного мозга, выявленные при проведении компьютерно-томографического исследования. Больные разделены на 2 группы: 1 группа – проведено хирургическое лечение 58 (70,7%); 2 группа – проведено консервативное лечение 24 (29,3%). По виду повреждения мозга: в 1 группе – субдуральная гематома – 20 (34,5%), эпидуральная гематома – 11 (18,9%), контузионные очаги 3–4 вида – 27 (46,6%); во 2 группе субарахноидальное кровоизлияние – 7 (29,2%), контузионные очаги 1–2 вида – 17 (70,8%). Всем больным первым этапом по общепринятой методике установлен паренхиматозный датчик измерения ВЧД (Spiegelberg, Германия). Всем пациентам в 1 группе в последующем выполнена резекционно-декомпрессивная трепанация черепа с удалением травматического субстрата. Средняя длительность периода оценки ВЧД составил $9,7 \pm 1,2$ дня. Оценка уровня ВЧД проведена по общепринятой методике, при этом нормальные показатели – 3–15 мм рт. ст.; гипертензия

средней степени тяжести – 15–25 мм рт. ст.; выраженная гипертензия – более 25–35 мм рт. ст.; грубая – более 40 мм рт. ст.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, наиболее высокий уровень ВЧД – более 35 мм рт. ст. отмечен в 1 группе больных – 48 (84,4%) случаев до этапа декомпрессии. Быстрое снижение ВЧД к нормальным показателям – менее 15 мм рт. ст., после удаления травматического субстрата, отмечено в 41 (70,6%) случае с максимальным увеличением в послеоперационный период до 20 мм рт. ст. Наиболее длительно – до 3–5 суток сохранялась гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм рт. ст. – в 17 (29,3%) случаях, у больных с удалением контузионных очагов 3–4 вида. Во второй группе наиболее быстрая нормализация показателей ВЧД менее 15 мм рт. ст. отмечена в группе больных с субарахноидальным кровоизлиянием – 4 (14,8%). Сохранение внутричерепной гипертензии до 25 мм рт. ст., продолжающаяся более 5 суток, отмечено у больных с очаговыми ушибами головного мозга 1–2 вида – 20 (83,3%) случаев.

Выводы. Методы контроля уровня ВЧД в интраоперационный период позволяют судить об эффективности декомпрессивного эффекта операции и в перспективе позволяют рассмотреть вопросы необходимости удаления костного лоскута. Больные в коматозном состоянии с наличием контузионных очагов нуждаются в длительном контроле и коррекции ВЧД, независимо от вида контузионного очага.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАСТИЧНЫХ ТИТАНОВЫХ СТЕРЖНЕЙ

*Н.Н. Толипов, Ф.А. Машарипов, С.Ю. Наврузов,
А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев,
К.Ш. Салиев, Д.Д. Атаев*

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

Большинство переломов у детей лечится консервативными методами. Однако в последнее годы в практике детской травматологии произошли существенные изменения в тактике лечения переломов. Постоянно развивающиеся методы лечения переломов длинных костей у детей показали предпочтение использования интрамедуллярных эластичных стержней. Оперативное лечение диафизарных переломов костей конечности у детей с применением эластичных титановых стержней имеет следующие преимущества: минимальная травматизация конечности, малоинвазивность операции, раннее восстановление анатомической целостности поврежденных костей, уменьшение пребывания больного в стационаре.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения диафизарных переломов костей конечностей у детей с применением эластичных титановых стержней.

Материалы и методы. В отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз с 2019 года до 1-го полугодия 2024 года интрамедуллярный остеосинтез эластичными титановыми стержнями длинных костей конечностей выполнен у 215 детей и подростков. Использовались эластичные титановые стержни ООО «ChM» польской технологии и «Bombay ortho» (Индия). Среди пострадавших было 157 мальчиков и 58 девочек. Средний возраст пациентов – 6,5 года. Самый маленький пациент был в возрасте 2 лет, самый старший – 18 лет. У 102 (47,4%) больных интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями выполнен при диафизарных переломах бедренной кости, у 98 (45,6%) – при переломах костей голени и у 15 (7%) – при переломе плечевой кости. В сроки до 2 часов после травмы были доставлены 161 (74,9%) пострадавший, от 2 до 6 часов – 31 (14,4%), в течение до 24 часов – 14 (6,5%), 9 (4,2%) больных были переведены из других лечебно-профилактических учреждений.

Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий получили 98 (45,6%) пострадавших, бытовые травмы были у 43 (20%), уличные – у 56 (26,1%), кататравмы – у 13 (6%). В последнее время на улицах и дорогах нашей страны всё больше становится электро-самокатов, и, что печально, растет количество травм с их участием. 5 (2,3%) подростков получили травму в результате падения с электросамоката. По уровню перелома: переломы верхней трети – у 26 (12,1%), средней трети – у 127 (59,1%), нижней трети – у 55 (25,6%). По характеру перелома: винтообразные переломы наблюдались у 11 (5,1%) больных, косые – у 52 (24,2%), из них длинные косые – у 14 (26,9%), короткие косые – у 38 (73,1%) детей. Поперечные переломы были у 54 (25,1%) детей, оскольчатые – у 84 (39,1%). Открытые переломы были у 41 (19,1%) больных.

Методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза эластичными стержнями заключается в следующем: через маленькие разрезы-проколы до 1–2 см в метафизарных частях длинных костей вводится специально изогнутый гибкий стержень под контролем мобильного рентген-устройства – электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Стержень продвигали медленно, по каналу дистального отломка в проксимальный под контролем ЭОП. После этого на рану накладывали 1–2 шва и повязку. Проверяли стабильность фиксации, при недостаточной стабильности дополнительно производили иммобилизацию конечности гипсовой лонгетой сроком на 2–3 недели. С целью профилактики гнойно-септических осложнений антибиотики вводили интраоперационно однократно, после операции продолжали в случаях открытого перелома костей.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения были прослежены у всех оперированных детей. Хоро-

шие результаты отмечались у 23, удовлетворительные – у 4. Неудовлетворительных результатов нет.

Хорошими считали результаты при полной консолидации перелома в сроке 3–6 месяца после операции в зависимости от возраста пациента при полном восстановлении функции поврежденной конечности (полный объем движений в суставах и опороспособность). Удовлетворительными результатами считали замедленную консолидацию перелома – от 6 до 9 месяцев после операции, в зависимости от возраста больного, с восстановлением опороспособности и с некоторым ограничением функций суставов конечности. К неудовлетворительным результатам отнесли случаи, когда имело место медленное сращение поврежденной конечности и наличие допустимого укорочения сегмента. Эластичные стержни удаляли после контрольного рентгенологического исследования через 3–6 месяцев после операции, в зависимости от возраста пациента и степени консолидации перелома, затем осуществлялось этапное восстановительное лечение (ЛФК, физиотерапия).

Следует отметить, что при использовании методики закрытого интрамедуллярного остеосинтеза эластичными титановыми стержнями при диафизарных переломах длинных костей конечностей у детей сроки стационарного лечения короче, чем таковые при скелетном вытяжении, открытых методах остеосинтеза и т. д., на 7–14 суток в зависимости от возраста пациента и характера перелома.

Таким образом, наш опыт лечения диафизарных переломов длинных костей конечностей с применением эластичных титановых стержней показывает эффективность метода лечения у детей. Внедрение его применения у данной категории больных детей позволяет улучшить анатомо-функциональные результаты лечения и сокращает срок пребывания больного в стационаре.

ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ф.А. Машарипов

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости считаются наиболее частыми переломами локтевого сустава у детей. Несмотря на множество существующих методов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей, как оперативных, так и консервативных, доля осложнений и неудовлетворительных исходов составляет 18–86%. В практике детской травматологии чрезмыщелковые переломы плечевой кости привлекают внимание своей трудностью лечения и значительным количеством неблагоприят-

ных исходов и осложнений. Одной из основных задач является выработка алгоритма выбора метода лечения в каждом виде перелома с позицией получения хороших результатов.

Целью нашего исследования является анализ методов и исходов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

Материалы и методы. Для оценки эффективности разных методов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей проведен анализ результатов лечения 220 пациентов, которые находились на лечении за период с 2019 до 2023 г. в отделении детской травматологии РНЦЭМП. Мальчиков было 142 (64,5%), девочек – 78 (35,5%). Наибольшее количество переломов отмечено в возрасте от 4 до 10 лет. При анализе пути доставки больных в стационар и объема оказанной догоспитальной помощи нами установлено, что значительное число детей – 198 (90%) было доставлено самотеком, без иммобилизации конечности. 166 (75,4%) больных обратились в течение от 2 до 24 часов, и 54 (24,6%) больных обратились в более поздние сроки с момента травмы. Среди пострадавших с запоздалым обращением преобладали жители сельской местности, где им оказывали помощь врачи общехирургического профиля, недостаточно знающие анатомо-физиологические и клинико-рентгенологические особенности переломов дистального отдела плечевой кости у детей. Важно отметить особую группу больных – 12 (5,4%), которым на догоспитальном этапе помощь была оказана табибами со всеми вытекающими из этого последствиями. Именно в этой группе пострадавших детей наиболее часто наблюдались усугубления патологического процесса в сосудах и нервах. Нарушение кровообращения в виде отсутствия пульса на артериях предплечья на поврежденной конечности наблюдались у 21 (9,5%) больного. Клиника выпадения функции периферических нервов наблюдалась у 39 (17,7%) больных, у которых был поврежден срединный нерв – в 23 (59%) случаях, лучевой нерв – в 10 (25,6%), локтевой нерв – в 6 (15,4%).

При лечении чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости со смещением костных отломков учитывали возраст больного, характер перелома и смещения костных отломков, а также сроки поступления больных в клинику. Использован консервативный и оперативный методы лечения. Консервативный метод лечения проведен у 25 (11,4%) больных, а у 195 (88,6%) – оперативный. Консервативный метод лечения заключался в проведении закрытой репозиции и наложении гипсовой повязкой с последующим контрольным рентген-исследованием на 4–5 сутки (после спадения посттравматического отека области локтевого сустава). Следует отметить, что при поступлении больных в приемное отделение, после оказания первой помощи, с целью устранения грубых деформаций, при выявлении нестабильного характера перелома, а также большой вероятности вторичного смещении костных отломков

мы повысили показания к оперативному лечению. При хирургическом лечении применены 3 вида остеосинтеза: закрытая репозиция, чрескожный металлоостеосинтез спицами, внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз и остеосинтез с использованием разработанного устройством клиники при ротационных смещениях и чрезмыщелковых переломах, осложненных повреждениями сосудисто-нервного пучка.

Чрескожный металлоостеосинтез спицами выполнен у 56 (25,4%) детей. Показанием к остеосинтезу спицами явились младший возраст больных, успешная попытка закрытой репозиции под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). После выполнения остеосинтеза во всех случаях на поврежденную конечность наложена гипсовая лонгета от основания пальцев кисти до верхней трети плеча. При анализе результатов лечения при применении чрескожного остеосинтеза спицами выявлено, что при данном методе был высокий риск ятрогенного повреждения локтевого нерва и развитие контрактуры локтевого сустава в ближайшем отдаленном результате. Закрытый остеосинтез аппаратом Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз применен у 84 (38,2%) больных. При анализе данного метода были некоторые недостатки, так как устранить ротационные смещения было невозможно, а иногда интраоперационно приходилось выполнять перемонтаж аппарата Илизарова, который привел к увеличению времени операции.

Нами разработана программа для диагностики и выбора лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей (№ DGU 02169 ГПВ РУз, от 29.03.11 г.). По программе тактика лечения детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости с сосудистыми и неврологическими осложнениями заключалась в консервативном и оперативном методах лечения. При хирургическом методе лечения у 80 (36,4%) больных с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, осложненными нарушением кровообращения (21 больной – 26,3%), и при выявлении ротационного смещения костных отломков на более чем 20 градусов (59 – 73,7%) нами было применено разработанное «Устройство для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей» (№ FAP 00772 от 31.10.2012 г.). Были выполнены следующие виды операции при нарушении периферического кровообращения: ревизия, высвобождение от сдавления костными отломками и артериолиз плечевой артерии – в 10 случаях; ревизия, тромбэктомия и боковой шов плечевой артерии – в 3; анастомоз плечевой артерии «конец в конец» узловыми швами – в 6; в 1 случае, из-за повреждения стенки плечевой артерии на протяжении, выполнено ее аутовенозное протезирование; в 1 случае, из-за спазма плечевой артерии на всем протяжении плеча, выполнена механическая дилатация плечевой артерии; ревизия, невролиз периферических нервов – в 11 случаях. В результате проведенного лечения у больных

детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, сосудистыми и неврологическими осложнениями в 95,4% случаях мы получили положительные исходы. С помощью устройства у всех больных легко устраняли ротационное смещение костных отломков, достигнута более точная репозиция костных отломков. Устройство удаляли через 3–4 недели, в зависимости от возраста ребенка и степени консолидации перелома. Ближайшие результаты лечения в сроки от 2 до 6 месяцев с момента удаления устройства изучены у всех больных, при этом в 77 (96,3%) случаях получен хороший, а в 3 (3,7%) случаях – удовлетворительный анатомический и функциональный результат. Неудовлетворительных результатов не было. При изучении в сроке до 2 месяцев движения в локтевом суставе были в полном объеме, а в сроке до 2 лет деформации в локтевом суставе не наблюдалось.

Таким образом, выбор метода лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей зависит от возраста больного и особенностей возможных последствий данного перелома. Анализ результатов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей показывает, что разработанный нами протокол лечения является наиболее оптимальным методом.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАСТИЧНЫХ СТЕРЖНЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов,
Д.Д. Атаев, А.А. Аскаров*

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

Среди различных органов и систем при сочетанной травме преобладают повреждения опорно-двигательной системы (ОДС), особенно переломы длинных трубчатых костей конечностей. При сочетанных травмах конечности повреждаются в 22,9% случаев, грудь – в 31%, живот – в 25–29%. Множественные внечерепные повреждения в сочетании с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) встречаются в 15% случаев. Так, частота сочетанной травмы, по данным литературы, составляет от 13,6 % до 30,2 % от всех травм ОДС у детей. Летальность при сочетанной травме у детей колеблется в пределах 12,5–20%. Оказание экстренной медицинской помощи детям с сочетанными повреждениями до сегодняшнего дня остается острой проблемой детской травматологии.

Цель. Анализ эффективности хирургического лечения переломов длинных трубчатых костей конечностей у детей с сочетанной травмой при использовании эластичных стержней.

Материал и методы. Анализу были подвергнуты результаты хирургического лечения 60 пострадавших

детей с сочетанной травмой, находившихся в отделении детской травматологии, хирургии повреждений детского возраста, нейрохирургии РНЦЭМП МЗ РУз в период 2019–2024 гг. Среди пострадавших мальчиков было 41 (68,3%), девочек – 19 (31,7%). Детей школьного возраста было 43 (71,6%), дошкольников – 17 (29,4%). В результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) травму получили 38 (63,4%) пострадавших, на улице и в быту – 16 (26,6%), кататравма была у 6 (10%). 48 (80%) детей поступили в течение 2 часов после получения травмы, 5 (8,3%) – от 2 до 24 часов, 7 (11,7%) – в более поздние сроки (спустя сутки), переводом из других лечебных учреждений. В состоянии травматического шока различной степени тяжести находились 45 (75%) детей. Из них шок I степени наблюдался у 26 (57,8%) пациентов, II степени – у 15 (33,4%), III степени – у 4 (8,8%). У 47 (78,3%) детей отмечалось преимущественно повреждение ОДС с черепно-мозговой травмой, у 6 (10%) преобладала ЧМТ с повреждением ОДС, у 7 (11,7%) пациентов наблюдались повреждения внутренних органов (селезенки – у 4, печени – у 2, легкого – у 1) в сочетании с повреждением ОДС и ЧМТ. Сотрясение головного мозга отмечалось у 31 (51,7%) ребенка, ушиб головного мозга различной степени – у 29 (48,3%). 5 (8,3%) больных были в состоянии комы I и II степени. У 14 (23,3%) пострадавших имелись повреждения двух и более сегментов ОДС – бедро и голень – 6 (42,9%) детей, кости голени и кости верхней конечности – 5 (35,7%), бедро, голень и таз – в 3 (21,4%) случаях.

Результаты и обсуждение. Основными критериями при выборе метода фиксации перелома в раннем периоде сочетанной травмы являются общее состояние пострадавшего и травматичность предполагаемой операции. Мы считаем, что пациентам в крайне тяжелом состоянии в остром периоде с целью улучшения состояния промежуточным этапом для фиксации переломов необходимо как можно раньше проводить стабилизацию отломков костей конечностей. Как малоинвазивный метод остеосинтеза с использованием современных технологий нами были применены закрытая репозиция и интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями, которые были выполнены в ранние сроки (первые 2 часа) – 47 (78,3%) пострадавших. У 13 (21,7%) детей с тяжелыми ЧМТ оперативное лечение переломов конечностей были произведены в отсроченном порядке (с третьих суток травмы) после стабилизации общего состояния больного.

Ранний остеосинтез на поврежденных сегментах у больных сочетанными травмами был выполнен одновременно либо последовательно, с хирургическими вмешательствами на черепе – в 8 (13,3%) случаях, на брюшной полости – в 6 (10%).

Изучение ближайших результатов хирургического лечения переломов длинных костей с применением эластичных стержней при сочетанной травме ОДС выявило хорошие результаты в 52 (86,6%), удовлетвори-

тельные результаты – в 8 случаях (13,4%), неудовлетворительных результатов не было.

Заключение. Таким образом, в определении тактики хирургического лечения переломов длинных костей конечностей у детей с сочетанной травмой в остром периоде приоритет принадлежит применению малоинвазивных методов остеосинтеза, в частности, закрытый интрамедуллярный остеосинтез с применением эластичных стержней. Ранняя хирургическая стабилизация переломов длинных костей конечностей при тяжелой сочетанной травме у детей позволила получить положительные результаты лечения в 86,6% случаев. Результаты хирургического лечения переломов длинных костей у детей при сочетанных травмах свидетельствуют о преимуществах малоинвазивного остеосинтеза с применением эластичных стержней.

ПОВРЕЖДЕНИЯ РОСТКОВЫХ ЗОН У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Ф.А. Машарипов, Р.А. Шералиев,
Д.Д. Атаев, А.А. Аскаров*

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

Костная система ребенка имеет свои анатомические и физиологические особенности. При выборе тактики лечения необходимо учитывать наличие зон роста, типы переломов и возможности самокоррекции остаточных смещений отломков. Важно понимание последствий локализации перелома в зоне роста – такие повреждения могут привести к преждевременному ее закрытию, что в последующем приводит к нарастанию осевых деформаций сегмента конечности. Переломы области локтевого сустава у детей являются самым сложным повреждением и часто дают осевые деформации конечности, потому что линия перелома кости, проходя через пластинку роста, повреждает ростковые зоны области локтевого сустава. В результате неполная адаптация костных отломков при лечении переломов плечевой кости у детей приводит к закрытию ростковой пластинки и развитию осевых деформаций конечностей. Особенно неблагоприятным является неустраненное ротационное смещение, наблюдающееся у подавляющего большинства детей с чрезмыщелковыми переломами и подлежащее во всех случаях обязательному устранению.

Цель исследования. Своевременная коррекция ротационного смещения костных отломков, не повреждающая ростковую пластинку с помощью разработанного устройства при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей.

Материал и методы. Для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей с остаточным ротационным смещением костных отломков в

отделении детской травматологии РНЦЭМП разработано «Устройство для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей» (№ FAP 00772 от 31.10.2012 г.). Устройство состоит из двух полуколец, каждое из которых имеет возможность вращаться по отношению друг к другу за счёт наличия щелевидной вырезки в полукольцах. Устройство применяется следующим образом: под внутривенным наркозом, после соответствующей обработки кожи поврежденной конечности антисептиками, чрескостно проводятся две спицы Киршнера. Первая спица проводится через верхнюю треть плечевой кости в сагиттальной плоскости, вторая спица – через проксимальный метафиз локтевой кости. Спицы фиксируются на полукольцах с щелевидной вырезкой. Затем на резьбовых штангах производится дистракция с целью устранения смещения костных отломков по длине. Убедившись в устранении смещения костных отломков по длине, сохраняющееся ротационное смещение устраняется вращением полуколец относительно друг друга. Резьбовые штанги закрепляются. Проводится третья спица Киршнера с упорной площадкой через дистальный конец проксимального отломка во фронтальной плоскости спереди назад и натягивается с помощью резьбовой штанги для устранения смещения костных отломков в передне-заднем направлении. Под электронно-оптическим преобразователем на операционном столе достигается окончательная репозиция. При этом спицы не проводятся через ростковую пластинку, так как эта зона дополнительно не повреждается.

Результаты и их обсуждение. За период 2019–2024 гг. устройство было применено у 102 больных детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости с остаточными ротационными смещениями костными отломками. С помощью устройства у всех больных легко устраняли ротационное смещение костных отломков, достигнута более точная репозиция костных отломков. Устройство удаляли через 3–4 недели, в зависимости от возраста ребенка и степени консолидации перелома. Ближайшие результаты лечения в сроки от 2 до 6 месяцев с момента удаления устройства изучены у всех больных, при этом в 98 (96,1%) случаях получен хороший, а в 4 (3,9%) случаях – удовлетворительный анатомический и функциональный результат. При изучении в сроке до 2 месяцев движения в локтевом суставе были в полном объеме, а в сроке до 2 лет деформации в локтевом суставе не наблюдались.

Таким образом, с помощью разработанного нами устройства для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей достигается своевременное устранение ротационного смещения отломков, дополнительно не повреждается ростковая пластинка. Своевременная коррекция рота-

ционного смещения костных отломков при чрез-
мышечковых переломах плечевой кости у детей
обеспечивает хороший анатомический результат
и предупреждает возникновение осевых деформа-
ций локтевого сустава.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

*Ф.А. Машарипов, К.Ш. Салиев,
Р.А. Шералиев, Д.Д. Атаев*

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

В системе экстренной медицинской помощи в
составе детского травматизма нередко встреча-
ются патологические переломы. Патологическими
считаются переломы, произошедшие под воздей-
ствием травмирующей силы или даже физиоло-
гических нагрузок на кость. Риск возникновения
патологического перелома в зависимости от харак-
тера процесса, по данным разных авторов, коле-
блется от 3 до 70%. Наиболее часто эти переломы
встречаются на плечевой кости, бедренной и ко-
стей голени. Несмотря на развитие современных
методик остеосинтеза при переломах конечностей,
на сегодняшний день остается дискуссионным
вопрос о выборе методов лечения при патологиче-
ских переломах у пациентов детского возраста.

Материал и методы. В период с 2010 по 2023 г.
в отделении детской травматологии РНЦЭМП были
пролечены 32 ребенка с патологическими перело-
мами длинных трубчатых костей в возрасте от 7
до 18 лет. Распределение больных по локализации
патологического процесса было следующим: пере-
ломы плечевой кости – 7 (21,9%) случаев, бедрен-
ной кости – 14 (43,7%) случаев, на большеберцовой
кости – 11 (34,4%) больных. Мальчиков было 18
(56,3%), девочек – 14 (43,7%).

Комплексное обследование больных включа-
ло в себя клинический осмотр, сбор тщательного
анамнеза, рентгенографию в 2 проекциях, ком-
пьютерную томографию и магнитно-резонансную
томографию. При обследовании больных детей с
подозрением на патологический перелом особое
внимание обращали на появление жалоб на первые
симптомы и их связь с травмой, характер и интен-
сивность болей. При определении механизма трав-
мы проведен сбор анамнеза, обращали внимание на
низкоэнергетическое воздействие травмирующей
силы. Следует отметить, что у более 26 (81,2%) слу-
чаев обратившихся по поводу травмы конечности
после рентгенологического обследования впервые
обнаружен патологический перелом, т. е. перелом

происходил в месте уже имевшегося патологиче-
ского процесса костной ткани.

На основании жалоб, анамнеза травмы, данных
рентгенологических обследований был выставлен
предварительный диагноз: патологический пере-
лом, фиброзная дисплазия? остеобластокластома?
костная киста? и оказана помощь, как при трав-
матических переломах длинных костей. Оконча-
тельный диагноз был установлен после осмотра
онколога. При патологических переломах на фоне
доброкачественных опухолей и опухолеподобных
поражений онкологии также следует придержи-
ваться активной хирургической тактики и выпол-
нять резекцию кости в сочетании с остеосинтезом в
первые дни после его возникновения, не дожидаясь
возможного срастания отломков.

Выбор метода лечения зависел от локализации,
размеров патологического участка, возраста ребен-
ка, а также характера смещения костных отломков.
Переломы без смещения костных отломков лечили
консервативно, была наложена гипсовая повяз-
ка – 12 (37,5%). Переломы со смещением костных
отломков лечили функциональными методами – 7
(21,9%) случаев и оперативными методами лече-
ния – 13 (40,6%) больных.

При патологических переломах длинных костей
своевременное адекватное оперативное лечение
позволяет восстановить утраченную функцию сег-
мента. При оперативном методе лечения мы при-
меняли малоинвазивные методы остеосинтеза –
закрытый интрамедуллярный остеосинтез эла-
стичными стержнями – 10 (31,3%) случаев, а в 3
(9,4%) случаях применяли метод открытого интра-
медуллярного остеосинтеза штифтом.

Результаты. Изучение ближайших результатов
примененными нами методами лечения при пато-
логических переломах показало, что в 27 (84,4%)
случаях получены хорошие анатомо-физиологиче-
ские результаты. Удовлетворительные результаты
были в 5 (15,6%) случаях, неудовлетворительных
результатов не было.

Вывод. При лечении патологических переломов
длинных костей у детей каждый случай требует
дифференцированного подхода к лечению. Учиты-
вая, что в некоторых травматологических пунктах
в системе экстренной медицинской помощи боль-
ным с патологическими переломами длинных труб-
чатых костей иногда не могут оказать адекватную
помощь, необходимо выработать единый протокол
по выбору метода лечения.

**ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ
КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ
ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

*А.Б. Сайдалиходжаев, Ф.А. Машарипов,
Д.Д. Атаев*

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

По литературным данным отечественных и зарубежных авторов, переломы костей голени составляют около 6–21% из всех переломов опорно-двигательного аппарата. Современные методы остеосинтеза позволяют применять их при любом переломе, любой локализации. Но в детском возрасте локализация повреждений, их характер и механогенез травмы представляют сложность при выборе хирургической тактики и методов лечения. Однако, несмотря на всё многообразие переломов и их особенности, могут быть найдены концептуальные критерии для определения лечебной тактики и избрания оптимальных методов лечения, общих для переломов различной локализации. Формулирование подобных критериев возможно при одновременном учете анатомо-физиологических особенностей детского организма, механогенеза и характера перелома, его локализации на отдельном сегменте и величины смещения отломков.

Цель. Оценка эффективности хирургического лечения и возрастные аспекты диафизарных переломов длинных костей конечностей у детей с применением эластичных стержней.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2022–2024 гг. были оперированы 27 больных в возрасте от 1 до 18 лет с переломами костей голени. Среди пострадавших мальчиков было 22 (81,4%). В возрасте 3–11 лет было 12 (44,3%) больных, 12–18 лет – 15 (55,7%). В сроки до 2 часов после травмы были доставлены 20 (74%) пострадавших, от 2 до 6 часов – 7 (26%). Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий получили 12 (44,4%) пострадавших, бытовые травмы были у 6 (22,2%), уличные – у 7 (31%), в результате падения с высоты – у 2 (2,3%). По уровню перелома переломы верхней трети были у 8 (29,6%), средней трети – 51,8%, нижней трети – у 5 (18,5%).

Оперативное лечение производилось с использованием малоинвазивного метода остеосинтеза с применением эластичных стержней. Методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза эластичными стержнями заключается в следующем: больному под рентгеновским контролем, с использованием электронно-оптического преобразовате-

ля (ЭОП) производится ручная репозиция костных отломков длинной кости. Затем делается разрез кожи от 1,0 до 2,0 см, в зависимости от толщины мягких тканей, по внутренней и наружной боковым поверхностям сегмента на уровне метафиза. Подлежащие мягкие ткани раздвигаются тупым способом. С помощью шила формируется вход в костномозговой канал, через который вводят эластичный стержень, диаметр которого зависит от диаметра внутрикостного канала. Стержень продвигают медленно по каналу дистального отломка в проксимальный при переломах бедренной кости, а при переломах большеберцовой кости – по каналу проксимального отломка в дистальный под контролем ЭОП. Проверяют стабильность фиксации, при недостаточной стабильности дополнительно производят иммобилизацию конечности гипсовой лонгетой сроком на 2–3 недели.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали по трехбалльной системе. Хорошими считали результаты при полной консолидации перелома в сроках 3–6 месяцев после операции в зависимости от возраста пациента при полном восстановлении функции поврежденной конечности (полный объем движений в суставах и опороспособность). Удовлетворительными результатами считали замедленную консолидацию перелома – от 6 до 9 месяцев после операции в зависимости от возраста больного с восстановлением опороспособности и с некоторым ограничением функций суставов конечности. К неудовлетворительным результатам отнесли случаи, когда имело место медленное сращение или несращение перелома в сроках более 9–10 месяцев с явным ограничением функции поврежденной конечности и наличием укорочения сегмента. Эластичные стержни удаляли после достижения полной опороспособности поврежденной конечности. Результаты лечения были прослежены у 18 пациентов. Хорошие результаты отмечались у 14, удовлетворительные – у 4. Неудовлетворительных результатов нет. У больных с переломами голени до 7 лет сращение костей более быстрое, чем у больных в возрасте 12–17 лет, т. е. компенсаторный механизм у детей младшего возраста более быстрый, чем у детей более старшего возраста.

Таким образом, интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями является эффективным методом лечения диафизарных переломов длинных костей конечностей у детей и подростков. Его применение позволяет значительно сэкономить время операции, стабилизировать перелом в правильном положении, практически не вызывает кровопотерю, резко снижает опасность вторичного смещения костных отломков при нестабильных переломах и существенно сокращает срок пребывания больного в стационаре.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

Т.Т. Ниязалиев, А.М. Махмуров, Э.М. Тилаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Хирургическое лечение пациентов с разрывами ахиллова сухожилия продолжает оставаться актуальной проблемой в экстренной помощи. Одним из ключевых моментов хирургического вмешательства при разрывах ахиллова сухожилия является не выбор способа наложения сухожильного шва, а послеоперационное осложнение. По данным мировой литературы, в травматологии для восстановления ахиллова сухожилия традиционно используется шов Cuneo и П-образные швы. В настоящее время за рубежом много публикаций с информацией о применении для этой цели шва Krakow, в том числе его четырехжильной модификации giftbox, но проблема в том, что после операции случаются воспалительные осложнения.

Цель исследования. Проанализировать механическую прочность на разрыв сухожилий, сшитых по способу Krakow в модификации giftbox, и определить причину воспаления.

Материалы и методы. Материал исследования составили 15 наблюдений с повреждениями ахиллова сухожилия на разных уровнях, поступивших в Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и находившихся на стационарном лечении в отделении сочетанных травм с нейрохирургией в период с 2022 по 2023 г. Открытое повреждение ахиллова сухожилия было у 10 (66,6%) больных, у 5 (33,3%) больных – закрытое повреждение. Повреждения сухожилий восстанавливались по методике Cuneo – у 8 (53,3%) больных, из них у 5 (62,5%) больных – открытые повреждения, у 7 (46,6%) больных – по методике Krakow в модификации giftbox. Для восстановления сухожилия использовали лавсановые нити – у 8 (53,3%) больных, у 7 (46,6%) больных использовали пропилен из плетеного полиэстера с покрытием толщиной Metric 3, USP № 3/0. После операции через 3 месяца у 5 (33,3%) больных обнаружались открытые повреждения ахиллова сухожилия с осложнениями воспалительного процесса. Воспалительные осложнения открытых повреждений ахиллова сухожилия связаны с зараженной инфекцией полученной травмой. После удаления лавсановой нити воспаление уменьшалось, и рана полностью заживала. У остальных больных рана заживала без особенностей.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что шов Krakow в модификации giftbox и Cuneo обладает большей прочностью при разрыве ахиллова сухожилия.

Заключение. При восстановлении целостности открытых повреждений ахиллова сухожилия следует использовать нити пропилен из плетеного полиэстера и лавсановые нити при закрытых повреждениях ахиллова сухожилия.

УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ (СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ)

*М.М. Разжабов¹, А.Ш. Муминов¹, М.А. Муминов¹,
У.Р. Нарзуллаева²*

¹Бухарский филиал РНЦЭМП

²Международный университет Азии

Актуальность проблемы обусловлена тем, что своевременное оказание первой помощи пострадавшим предупреждает ухудшение состояния больного, что в значительной степени влияет на снижение летальности, инвалидности и сроков временной утраты трудоспособности больных и пострадавших, существенно снижает расходы на их лечение и реабилитацию. Особое значение медицинская помощь на догоспитальном этапе (ДГЭ) приобретает при выраженных нарушениях кровообращения и дыхания, клинической смерти, кровотечении, переломах, термических и химических ожогах, когда неоказание помощи или запаздывание ее быстро приводит к значительному ухудшению состояния и даже смерти. По данным большинства публикаций стран постсоветского пространства – стран со схожей системой организации на догоспитальном этапе неотложной помощи – в первые 2–3 часа после получения травмы в травмпункте погибают до 80% пострадавших с политравмой (ПТ). В развитых странах, где реализуется принцип «золотого часа», летальность также высока и превышает 50%, но значительно ниже «наших реалий». Принцип «золотого часа» отражает развитие прогрессирующей полиорганной дисфункции, которая инициируется тяжелой травмой, кровопотерей и шоком и определяет танатогенез у большинства этих пострадавших в первые 60 минут посттравматического периода. При этом динамика неблагоприятных исходов четко зависит от сроков начала медицинской помощи. Так, если медицинская помощь оказывается в первые 15 минут, летальность не превышает 50%, если она оказывается позже, то летальность в течение первого часа каждые 20 минут возрастает на 15%.

Цель исследования. Анализ эффективности экстренной медицинской помощи в структуре лечебных, неотложных работ на догоспитальном этапе для улучшения исходов при политравме.

Материал и методы. Изучено течение ТБ у 187 больных с ПТ, госпитализированных в Центр экстренной помощи города в период с 2017 по 2023 г.

Средний возраст – 41,1 года (от 16 до 76 лет). Все пострадавшие поступали в клинику в тяжёлом состоянии, большинство – в шоке. По виду повреждений: автодорожная травма (66,2%), преобладали кататравма (14,4%) ранения (15,2%) и другие (4,2%). В структуре повреждения: живота – у 21,2%, грудной клетки – у 19,2%, головы – у 38,1%, конечностей – у 21,1%, таза – у 0,4%. ТБ сопровождалась развитием различных осложнений у 74,5% пострадавших, летальность составила 14,5%.

Результаты и обсуждение. В большинстве клинических ситуаций ПТ происходит вследствие кататравмы и ДТП. В таких случаях экстренная медицинская помощь пострадавшим, как правило, оказывается бригадами экстренной медицинской помощи (ЭМП), в 13–23% пострадавшие доставлялись в стационарные учреждения личным транспортом, без какой-либо лечебной помощи. Кроме того, если несчастный случай в условиях города – ЭМП прибывает к месту происшествия в течение 15–25 минут, если вне населенных мест – от 25 до 80 и более минут. Поэтому после получения травмы у пострадавших с ПТ можно выделить «нулевой период» продолжительностью от 10 минут до 1,5 часа, в течение которого никакой медицинской помощи не предоставляется. Нередко этот период значительно затягивается при осложнении ситуации. По нашим анализам, с опозданием объем медицинской помощи при транспортировке бригадами ЭМП и неоказание какой-либо помощи при немедицинской транспортировке установлен у 36,3% пострадавших, госпитализированных с ПТ. При этом дефекты при оказании экстренной медицинской помощи связаны с неправильной иммобилизацией переломов конечностей (40,4%), отсутствием доступа венозного и инфузионного лечения (35,4%), наложением необоснованного гемостатического жгута (14,1%) и отсутствие шейного фиксатора у пострадавших в шоковом состоянии (10,1%).

Вывод. Таким образом, исследование показало, что своевременная организация экстренной помощи в начальные минуты после ПТ для прогноза имеет большое значение и сокращение течения исходов ТБ. Анализ реанимационной помощи бригадами СМП на ДГЭ свидетельствует о неукоснительном соблюдении ключевых алгоритмов во всех наблюдениях, но поддерживающая терапия имела значимые недостатки. Для оптимальной доставки кислорода тканям на всех этапах лечения необходимо обеспечение микроциркуляторной перфузии, форсированной противошоковой инфузионной терапией. Также в основе эффективности неотложной помощи на ДГЭ лежит ее строго регламентированная организация, включающая лечебные мероприятия, связь и транспортировку. Объем неотложной помощи при ПТ на ДГЭ следует определять исходя из тяжести состояния пострадавшего

и корректировать в зависимости от характера имеющихся повреждений. Всем пострадавшим с ПТ на ДГЭ необходимо проведение комплекса реанимационных мероприятий, устранение последствий травмы (анестезия, гемостаз, иммобилизация) и профилактика прогрессирования полиорганной недостаточности, респираторной поддержки и восполнение кровопотери.

ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТА НА КРУПНЫХ ЖИВОТНЫХ (СВИНЬЯХ) ПО ПРИМЕНЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО ПАКЕТА ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

У.А. Расулов, Р.А. Садилов,
А.Х. Бабаджанов, К. Усманов

Центральный военный клинический
госпиталь МО РУз

РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова,
Ташкент, Узбекистан

Аннотация. Тяжесть минно-взрывных ранений обусловлена их сочетанным характером (одновременным поражением нескольких анатомических областей) и острой массивной кровопотерей. Объем кровопотери при МВР у 35% раненых составляет 1,0–1,5 л, у 50% – 1,5–2,0 л, у 15% – более 2,0 л.

Несмотря на то, что лечение пострадавших с МВТ конечностей является важной задачей хирургии на протяжении многих десятилетий, актуальность этой проблемы остается высокой. Разработка и совершенствование методов остановки кровотечения должна стать приоритетной задачей военной медицины.

Цель исследования. Определить эффективность разработанного отечественного гемостатического препарата в виде раневых покрытий при минно-взрывных ранениях конечностей с массивным (обширным) разрушением мягких тканей.

Методика проведения эксперимента. Для проведения эксперимента использовались три свиньи породы *Sus scrofa domesticus* (Pietrain) возрастом 2 месяца и весом 13,100 кг; 14,580 кг; 11,850 кг.

Эксперимент проводили на полигоне Министерства обороны, в условиях, максимально приближенных к условиям поля боя. Температура воздуха – 42 °С.

Метод седатации и анестезии: Седатацию свиней проводили путем введения препарата *Xila* в дозе 1 мг/кг в вену, расположенную на наружной поверхности ушной раковины. Отключение сознания наступало в течение 1 минуты. Далее с целью анестезии вводили в ту же вену пропофол в дозе 2,0

мг/кг массы тела животного. Анестезия наступала через 2 минуты.

Укладка животных: После дачи наркоза свиньи помещались на специально изготовленный столик с металлическим каркасом. Лежак стола выполнен из плотного брезента, на котором сделано отверстие таким образом, чтобы на нем можно было уложить животное, высунув в созданное отверстие левую заднюю конечность (лапку) до паховой складки. Под брюхо животного укладывали пластину бронежилета, размерами 30x25 см, для предотвращения повреждения внутренних органов. Далее на внутреннюю поверхность левого бедра свиньи прикрепляли капсюль-детонатор КД-8а (содержание взрывчатого вещества – 1,2 г тетрила) и производили взрыв, зажигая огневой шнур детонатора.

В результате взрыва все свиньи получили *минно-взрывное ранение левой нижней конечности с массивным разрушением мягких тканей бедра, с повреждением сосудов левого бедра, с раздробленным многооскольчатый переломом левой бедренной кости*.

Эксперимент № 1 (с перевязочным пакетом из сумки медицинской фельдшера – СМФ). Свинья весом 13,100 кг. Взрывное ранение нанесено вышеописанным способом. В результате взрыва на внутренней поверхности левого бедра образовалась обширная рана размерами 21x15 см, с массивным разрушением мышц бедра. Поврежденные мышцы обильно кровили. Отмечался перелом бедренной кости. ***Рана перевязана марлевыми салфетками в количестве 10 штук из медицинской сумки фельдшера.*** Конечность иммобилизована подручными средствами. В течение 3 часов после ранения повязка на ране несколько раз менялась из-за нестойкости гемостаза. Состояние животного тяжелое, отмечается гипотония, тахикардия и тахипноэ. Через 3 часа 16 минут после ранения животное погибло.

Эксперимент № 2 (с гемостатическим гелем отечественного производства). Свинья весом 14,580 кг. Взрывное ранение нанесено вышеописанным способом. В результате взрыва на внутренней поверхности левого бедра имелась обширная рана размерами 22x18 см, с массивным разрушением мышц бедра. Отмечается артериальное кровотечение из поврежденной бедренной артерии. Поврежденные мышцы также обильно кровят. Отмечается перелом бедренной кости. В ране имеются множественные костные отломки. Артериальное кровотечение остановлено пальцевым прижатием артерии. ***На рану наложена повязка с гемостатическим гелем отечественного производства.*** Рана перевязана эластичным бинтом с иммобилизацией конечности подручными средствами. Животное перенесено в тенистое место. Через 6 часов после ранения повязка на ране незначительно промокла

кровью, гемодинамические показатели животного были стабильными.

Эксперимент № 3 (комбинированный способ с применением гемостатической «подушки» и гемостатическим гелем отечественного производства). Свинья весом 11,850 кг.

Рана на внутренней поверхности левого бедра размерами 22x18 см, с массивным разрушением мышц бедра и продолжающимся артериальным кровотечением ***перевязана гемостатической «подушкой» и гелем отечественного производства.*** Рана перевязана эластичным бинтом с иммобилизацией конечности подручными средствами. Через 6 часов после ранения повязка на ране умеренно промокла кровью, гемодинамические показатели животного были стабильными.

Выводы:

Гемостатический гель отечественного производства способен остановить кровотечение из магистральных артерий и из мягких тканей с обширным повреждением без применения жгута.

Гемостатическая «подушка», наружный слой которой выстлан гемостатической пленкой, также плотным прикладыванием к месту ранения способен остановить кровотечение из магистральных артерий и из мягких тканей с обширным повреждением без применения жгута.

Перевязка с гемостатическим гелем и гемостатической подушкой может стать методом выбора при ранении анатомических областей, где применение кровоостанавливающего жгута невозможно.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ И МИННО-ВЗРЫВНЫЕ РАНЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

У.А. Расулов

**Центральный военный клинический
госпиталь МО РУз**

Аннотация. Опыт локальных военных конфликтов последних десятилетий свидетельствует о том, что частота ранений мягких тканей не уменьшается. Дальнейшее совершенствование стрелкового и минно-взрывного оружия сопровождается повышением частоты и усилением тяжести ранений, в том числе и мягких тканей. В настоящее время общепризнано, что при огнестрельных ранениях характерно воздействие на ткани энергии «бокового» удара (10% кинетической энергии) и временной пульсирующей полости. Именно эти факторы во многом обуславливают особенности морфологических изменений в тканях, определяющих специфичность лечебно-диагностических мероприятий при огнестрельных ранениях.

Огнестрельные ранения имеют три зоны поражения: раневой дефект, зону первичного некроза, зону вторичного некроза. В зоне вторичного некроза наряду с тканями в состоянии парабиоза могут находиться ткани с необратимыми расстройствами. При этом ткани, жизнеспособность которых снижена, могут либо восстановиться полностью, либо перейти в состояние некроза. Поэтому зона вторичного некроза представляет наибольший интерес для практических хирургов, так как именно она обуславливает особенности хирургической тактики при огнестрельных ранениях.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения огнестрельных и минно-взрывных ранений мягких тканей с учетом патоморфологии огнестрельных ран.

Материал и методы исследования. Материалом нашего исследования явились 39 пациентов/раненых огнестрельным оружием в период 2018–2023 гг., возраст варьировал от 19 до 47 лет, все мужского пола.

По этиологии полученного огнестрельного ранения распределение было следующим: огнестрельное пулевое ранение было в 16 случаях, минно-взрывное ранение – в 23 случаях. По характеру ранений все минно-взрывные были множественные, при пулевых ранениях множественные наблюдались в 36,4%, одиночные – в 63,6% случаев. По локализации ранения распределение пациентов/раненых было следующим: грудная клетка – 16 (41%), живот – 4 (11%), сосудисто-нервный пучок – 8 (20%), с переломом костей – 11 (28%). С места происшествия/получения ранения пациенты были доставлены в военные лечебные учреждения всего в 17 случаях, в остальных 22 случаях пациенты были доставлены в ЛПУ системы Минздрава. Это объясняется тем фактом, что пациенты были доставлены в кратчайшие сроки в ближайшие стационары.

Применялись стандартные лучевые методы исследования, такие как цифровая рентгенография и скопия, мультиспиральная компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Всем раненым в первые часы поступления выполнялась первичная хирургическая обработка ран (ПХО). Ранее классической идеей ПХО было «иссечь мертвое», мы же придерживались принципа «сохранить живое», создавая условия для сохранения жизнеспособности максимально возможного объема тканей. После операции назначались анальгетики, антибиотики широкого спектра, препараты, улучшающие реологию крови и микроциркуляцию. Патогенетически обосновано применение антигипоксантов в комплексе лечебных мероприятий, т. к. доказана гипоксия тканей при огнестрельном ранении. Также применяли «вакуум-терапию». В ходе наблюдения на перевязках экономно иссекали не-

кротизированные ткани. Количество некрэктомий у раненых составляло от одной до четырёх.

Течение минно-взрывных ранений было более длительным и сложным, так как все они носили характер множественных и комбинированных (огнестрельное ранение + механическая травма + термическая травма).

Результаты. Летальных исходов при ранениях мягких тканей не было. Ампутация нижней конечности выполнена в двух случаях. Щадящий подход при ПХО огнестрельных ран вместо иссечения тканей в пределах здоровых тканей с ранним закрытием ран привел к увеличению среднего койко-дня на 3,6 дня. Но при этом экономное иссечение мягких тканей конечностей позволило сохранить фаланги пальцев и сегменты конечностей.

Выводы:

1. При лечении огнестрельных ран необходимо придерживаться принципа «сохранить живое». Сохранность максимального объема мягких тканей и нервно-сосудистого пучка при огнестрельных ранениях конечностей является залогом успешного лечения и сохранения конечности.

2. Применение вакуум-терапии следует рассматривать как неотъемлемую часть лечения при огнестрельных ранениях конечностей с повреждением сосудов и нервов.

3. Применение антигипоксантов при лечении огнестрельных ран позволяет снизить осложнения и летальность среди раненых.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов

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

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ), учитывая ее распространённость среди лиц наиболее трудоспособного возраста и высоких показателей летальности и инвалидизации – остается актуальной проблемой нейрохирургии. В настоящее время доказана способность ликвора усиливать отек головного мозга, проникая в ткань мозга через периваскулярные пространства при ТЧМТ. Современные высокотехнологичные вмешательства с ранней санацией ликвора являются одним из ключевых моментов лечения внутричерепной гипертензии, помимо традиционных декомпрессивных вмешательств.

Цель исследования. Сравнение результатов традиционной декомпрессивной краниэктомии (ДК) с ДК и микрохирургическим вскрытием ци-

стерн основания головного мозга у пациентов с ТЧМТ.

Материалы и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 128 больных с ТЧМТ, пролеченных в нейрохирургическом отделении Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, в период 2019–2021 гг. Критерием выборки больных являлись нарушения сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) менее 8 баллов, наличие сдавления головного мозга внутримозговой гематомой. Средний возраст больных составил $39,8 \pm 2,2$ года, среди них мужчин было 114 (89,1%), женщин – 14 (10,9%). Больные были разделены на две группы: в первой группе – 86 (75,4%) случаев ДК с удалением внутримозговой гематомы. Во второй группе – 42 (24,5%) случая, после ДК с удалением внутримозговой гематомы, под микроскопическим увеличением последовательно и целенаправленно вскрыты оптико-хиазмальная, оптико-каротидная, межмозжечковая, прехиазмальная цистерны, завершая вмешательство вскрытием терминальной пластинки. Критерием успешности процедуры явилось поступление эритрохромного ликвора на каждом этапе вскрытия цистерн, приводящего к интраоперационному снижению внутримозгового давления. Всем больным выполнена компьютерная томография в до- и послеоперационный период (на 1–2 сутки), с измерениями объема гематом, размеров ширины паравентрикулярных цистерн мозга.

Результаты и их обсуждение. Наши исследования показали, что в обеих группах средний объем гематом составил $74,4 \pm 24,7$ см³. В первой группе в послеоперационный период средний размер обводной цистерны составил $2,1 \pm 1,1$ мм, в группе с дополнительным вскрытием цистерн $3,4 \pm 0,6$ мм. При сравнении размеров ширины мостовой цистерны в первой группе – $4,02 \pm 2,01$, во второй – $5,7 \pm 1,4$. При статистическом анализе результатов получено статистическое значимое различие $p < 0,05$. Полученные данные свидетельствовали о более полном раскрытии паравентрикулярных цистерн после микрохирургического вскрытия цистерн мозга и регрессе дислокационного синдрома.

При оценке результатов лечения по шкале исходов Глазго в первой группе: 5 баллов (хорошее восстановление) – 19 (45,2%); 4 балла (умеренные нарушения жизнедеятельности) – 11 (26,1%); 3 балла (тяжелые нарушения жизнедеятельности) – 5 (11,9%); 2 балла (вегетативное состояние) – 2 (4,7%); 1 балл (умерли) – 13 (15,1%). Во второй группе соответственно: 5 баллов – 19 (45,2%); 4 балла – 11 (26,1%); 3 балла – 7 (16,6%); 2 балла – 3 (7,1%), умерли 2 (4,7%).

Выводы. Полученные результаты лечения при применении микрохирургического подхода в лечении больных с ТЧМТ показывают необходимость дальнейшего развития методики.

ВНУТРИСОСУДИСТАЯ КОРРЕКЦИЯ СОСУДИСТОГО СПАЗМА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В.Б. Саломов, У.В. Бафоев

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Сосудистый спазм, вызванный субарахноидальным кровоизлиянием после черепно-мозговой травмы, является актуальной проблемой нейрохирургии. Пациенты с субарахноидальным кровоизлиянием в результате черепно-мозговой травмы и возникшей у них отсроченной вторичной ишемии головного мозга являются наиболее тяжелой группой больных, требующих длительного лечения, и часто имеют сомнительный прогноз для жизни. Для диагностики спазма используют современные методики оценки и визуализации мозгового кровообращения, так же, как МРТ и МСКТ головного мозга в ангиографическом режиме и транскраниальная доплерография (ТКДГ). Ранняя диагностика спазма обуславливает проведение мер, направленных на коррекцию этого патологического состояния до развития необратимых осложнений. Профилактика и терапия вазоспазма блокаторами кальциевых каналов являются рутинной большинства сосудистых центров.

Цель. Изучить результаты лечения больных с субарахноидальным кровоизлиянием после черепно-мозговой травмы средней степени тяжести ушиба головного мозга.

Материалы и методы. В нейрореанимационном и нейрохирургическом отделениях Бухарского филиала РНЦЭМП за период 2023 года находилось на стационарном лечении 42 пациента (8 мужчин и 12 женщин) субарахноидальным кровоизлиянием после черепно-мозговой травмы средней степени тяжести ушиба головного мозга. Возраст больных варьировал от 17 до 57 лет. Все пациенты проходили стандартный алгоритм обследования, включающий выполнение МСКТ головного мозга и ТКДГ. Во всех случаях у всех пациентов имело место выраженного сосудистого вазоспазма по данным ТКДГ. Всем пациентам выполняли длительное введение шприцом-инфузоматом нимодипина в течение первых 3 суток с последующим переходом на таблетированную форму нимодипина. После выполнения процедуры отмечалась положительная динамика по данным ТКДГ с улучшением сосудистого кровотока.

Вывод. Таким образом, суточное введение нимодипина позволило улучшить результаты лечения больных с субарахноидальными кровоизлияниями, снизить частоту стойких неврологических нарушений и улучшить результаты лечения больных в остром периоде черепно-мозговой травмы,

осложненной субарахноидальным кровоизлиянием, улучшить качество жизни больных в последующем. Внутрисосудистые методы коррекции сосудистого спазма являются мощным резервом активной терапии у больных с субарахноидальным кровоизлиянием после черепно-мозговой травмы и должны активно применяться в практике.

ЭКСТРЕННАЯ АУТОТЕНДОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ СУХОЖИЛИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Д.Б. Туляганов, Д.А. Худайназаров, Т.Р. Минаев,
О.Н. Низов, Дж.Х. Давлатов, А.Б. Хакимов*

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

В экстренной микрохирургии встречаются случаи, когда при открытых сочетанных травмах верхних конечностей приходится иметь дело с обширными дефектами сухожилий на значительном протяжении. Подобные травмы обычно бывают при тракционном или раздавливающем механизме и нередко сочетаются также с дефектами кожи и мягких тканей. Из-за высокого риска развития инфекционных осложнений восстановительные операции в таких случаях обычно откладываются на более отдаленный «холодный» период. При этом возникает необходимость работать в рубцовой зоне с наличием той или иной степени суставной контрактуры; восстановление при этом нередко приходится выполнять в два и более этапов, что значительно удлиняет период реабилитации.

С 2007 по 2023 год в РНЦЭМП было пролечено 15 пациентов с дефектами сухожилий; при этом с повреждениями сгибателей было 9 (60%), разгибателей – 6 (40%). Мужчин было 12 (80%), женщин – 3 (20%). Средний возраст больных составил 28,9 года. Все они были оперированы в первые 12 часов после получения травмы.

Следует отметить, что у 7 (46,7%) больных удалось использовать оставшиеся относительно малоповрежденные мышцы, чтобы произвести так называемую мышечно-сухожильную транспозицию для восстановления наиболее необходимых функций. В остальных 8 (53,3%) случаях пришлось выполнять ауто сухожильную пластику с использованием в качестве графтов широкой фасции бедра – у 5 (33,3%) и свободных фрагментов утильных сухожилий – у 3 (20%). Имевшиеся кожные дефекты в 10 (66,7%) случаях удалось закрыть местными перемещенными лоскутами, причем у 2 (13,3%) из них – с добавлением еще и свободных полнослойных аутокожных трансплантатов. Лучевой лоскут был использован в 4 (25,7%), а лоскут на ножке с передней стенки живота – в 1 (6,7%) случае. После-

операционное течение было в основном гладкое. В ближайшем периоде отмечено 2 (13,3%) случая осложнений в виде краевых кожных некрозов перемещенных лоскутов, которые не потребовали дополнительных вмешательств. При гладком послеоперационном течении среднее время пребывания в стационаре составило 6 суток.

Большинство больных приходило к нам на контрольный осмотр после снятия швов и окончания сроков иммобилизации, в сроки от 1 до 6 месяцев после операции. Но отдаленные результаты удалось проследить только у 6 (40%) пациентов, из которых с повреждениями сгибателей оказалось 2, а разгибателей – 4.

Больные, которым были произведены мышечно-сухожильные транспозиции, первыми показали достаточно хорошие отдаленные результаты. Это объяснялось тем, что у них сухожильный шов выполнялся на одном уровне, и потому рубцовый процесс был на гораздо меньшем протяжении, что значительно сокращало период реабилитации.

Больные, которым пришлось выполнять ауто-сухожильную пластику с использованием в качестве графтов свободных утильных сухожильных фрагментов или широкой фасции бедра, восстанавливались значительно дольше. Основной причиной было то, что в процессе приживления трансплантата, вокруг него формировалась соединительнотканная «манжета», через которую осуществлялось кровоснабжение. Через 2–3 месяца эта «манжета» подвергается рубцовому перерождению, что резко ограничивало подвижность трансплантата. Кроме того, поскольку этим больным выполнялся остеосинтез, процесс костной консолидации занимал 2–3 месяца. Ну и, наконец, всем этим больным одновременно произведена кожная пластика, когда ауто сухожильный графт закрывался или островковым (лучевым) лоскутом, или лоскутом на ножке с передней стенки живота, приживление которых также усиливало местный рубцовый процесс.

На контрольных осмотрах через 3 месяца, после полного приживления лоскутов, снятия гипса и удаления спиц, больные только начинали период разработки, и у всех у них отмечалось наличие выраженных сухожильно-суставных контрактур. Однако спустя еще 2 месяца у 2 из них был достигнут удовлетворительный уровень как мышечной силы, так и амплитуды движений. Необходимо отметить, что если бы восстановление сухожилий не было выполнено в экстренном порядке, то начать производить его можно было бы только сейчас, т.е. после окончания сроков иммобилизации и выполнения реабилитации для разработки контрактур. А это, с учетом того, что понадобится, возможно, несколько этапов операции, – еще от 3 до 6 месяцев нетрудоспособности.

Выводы:

Выполнение реконструкций при дефектах сухожилий в экстренном порядке связано с опреде-

ленным риском развития инфекционных осложнений.

Отрицательные моменты реконструкций в отдаленном периоде – это необходимость работать в рубцовой зоне с наличием той или иной степени суставной контрактуры и то, что восстановление нередко приходится выполнять в два и более этапов.

Тем не менее, по сравнению с экстренными реконструкциями восстановление сухожилий и нервов в плановом порядке, с учетом того, что понадобится, возможно, несколько этапов операции, может продлить период нетрудоспособности еще от 3 до 6 месяцев.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РАЗМОЗЖЕНИЯ И ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТКАНЕЙ

*Д.А. Худайназаров, Д.Б. Туляганов
О.Н. Низов, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов,
Дж.Х. Давлатов, Ш.Ш. Комилжонов*

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

Обширные травматические кожно-мягкотканые дефекты занимают особое место в структуре открытых травм верхних конечностей. При работе на различных обрабатывающих станках, имеющих вращающиеся элементы, а также в результате дорожно-транспортных происшествий в результате действия травмирующего агента одномоментно происходит механическое повреждение тканей на участках значительной площади, что сопровождается кровопотерей и развитием травматического шока. Раны при этом, как правило, первично загрязненные и зачастую имеют характер рвано-скальпированных, с обширными участками размозжения. Неправильное, несвоевременное или неполноценное закрытие таких дефектов может привести к развитию тяжелых раневых осложнений и в итоге не только к нарушению функции, но даже к потере конечности. В связи с этим при разработке способов закрытия подобных ран необходимо применять наиболее рациональные методы, позволяющие при минимальном объеме хирургического вмешательства в наиболее короткие сроки восстановить утраченную трудоспособность.

За период с 2007 по 2023 год в РНЦЭМП было пролечено 94 больных с обширными травматическими дефектами верхних конечностей. При этом мужчин было 77 (81,9%), женщин – 18 (18,1%), в том числе детей до 17 лет было 7 (7,4%). В первые 6 часов после травмы обратились 87 (92,5%), от 6 до 12 часов – 7 (7,5%) больных. В большинстве случаев (79 – 82%) – дефекты локализовались в области предплечья и кисти. По линии СМП было достав-

лено 13 (13,8%), из других клиник переведен 21 (22,3%) больной. При этом 6 (6,4%) больных поступили в состоянии травматического шока I степени.

В большинстве случаев – 70 (74,5%) – травмы были получены при работе на различных станках с вращающимся механизмом. 24 (24,5%) больных получили травмы в результате ДТП, находясь внутри транспортного средства.

К категории сложных относились глубокие кожно-мягкотканые дефекты, сочетающиеся с повреждением анатомических структур: костей, мышц, нервов, сосудов, число которых составило 55 (58,5%). Кроме того, в 4 (4,3%) случаях имела место декомпенсация кровообращения конечности и в 22 (23,4%) – субкомпенсация, что требовало выполнения реваскуляризации.

При выполнении восстановительных операций нам приходилось прежде всего выполнять первичную хирургическую обработку, очищение раны от загрязненных и разможенных тканей, и только потом решался вопрос о способах закрытия дефектов. При этом в 43 (45,7%) случаях выполнена комбинированная кожная пластика. Лучевые лоскуты использовались в 8 (8,5%) случаях при обширных травматических дефектах кисти. Свободная полнослойная АДП (аутодермопластика) была выполнена в 27 (28,7%) случаях у больных с обширными, но поверхностными дефектами. Только в 1 (1,1%) случае в отсроченном порядке была выполнена пластика торакодорсальным лоскутом при обширном травматическом дефекте раны плеча. Пластика лоскутами на временной питающей ножке у исследованного контингента больных не применялась.

Из общего числа операций (n=94) в большинстве случаев послеоперационный период протекал гладко. Полное приживление свободных трансплантатов при первичной свободной аутодермопластике достигнуто у 18 (19,1%), при первичной комбинированной аутодермопластике (в том числе лучевых лоскутов) – у 47 (50%) больных. Полное отторжение аутотрансплантатов при первичной свободной аутодермопластике наблюдалось в 3 (3,2%), при первичной комбинированной аутодермопластике – в 2 (2,1%) случаях. Частичные некрозы, не повлёкшие за собой отторжения лоскутов, отмечены при первичной свободной аутодермопластике в 6 (6,4%), при комбинированной – в 2 (2,1%) случаях.

Выводы:

Решение о выполнении первичной кожной пластики принимается интраоперационно, исходя из возможности полного очищения раны от загрязненных и визуальнo нежизнеспособных тканей.

Отказ от выполнения первичной кожной пластики является вполне обоснованным в случаях обширного загрязнения и разможения ран.

Выбор способа пластики зависит, прежде всего, от механизма повреждения, общего состояния

больного, глубины и площади раневого дефекта, а также от степени нарушения кровообращения сегмента.

Комбинированная пластика является методикой выбора при глубоких травматических дефектах.

Восстановление адекватного кровообращения при правильно выполненной хирургической обработке создает оптимальные условия для заживления ран.

Первично выполненная кожная пластика при благоприятном течении послеоперационного периода значительно сокращает сроки лечения больных и создает условия для проведения ранней реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС

*А.А. Уразбаев, Ж.Д. Уразбаев, Х.Р. Хударганов,
А.Р. Джабберганов*

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

Переломы костей голени и плеча – частый вид травмы. Основную массу переломов голени и плеча довольно успешно лечат консервативными методами. Одномоментная репозиция отломков при хорошем обезболивании места перелома дает возможность хорошо сопоставить отломки, а правильно наложенная гипсовая повязка – удержать их в этом положении до наступления консолидации. В тех случаях, когда не удается одномоментно сопоставить отломки, с успехом может быть использована внутрикостная фиксация интрамедуллярных гвоздей с блокированием. Применение блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) является золотым стандартом остеосинтеза диафизарных переломов длинных трубчатых костей. Интрамедуллярная фиксация большеберцовой кости может быть успешной только при переломах диафиза в пределах в проксимальном отделе менее 8–10 см от суставной поверхности, в дистальной части – не менее 6 см. Высокие и низкие переломы не могут быть в достаточной степени фиксированы интрамедуллярными стержнями, введенными в костномозговой канал.

Цель. Улучшение эффективности результатов лечебно-тактического подхода с применением малоинвазивных методов остеосинтеза при переломах костей голени и плеча с внедрением метода БИОС.

Материалы и методы. С 2020 по 2022 г. в Хорезмский областной филиал РНЦЭМП у 200 больных со множественными переломами костей голени и плеча произведено 300 операций остеосинтеза плечевой и большеберцовой костей методом БИОС.

Из числа больных было 170 (56,6%) мужчин, 130 (43,3%) женщины. Все операции проводились с помощью электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Оперативные вмешательства у 140 (46,6%) больных проводили под СМА, у 80 (26,6%) больных – регионарная, у 40 (13,3%) больных – перидуральная, у 40 (13,3%) больных – в/в анестезия. Производились закрытая одномоментная ручная репозиция костных отломков большеберцовой и плечевых костей и из небольшого разреза после соответствующей обработки кожи антисептиками в области коленного сустава и проксимального эпифиза плечевой кости – антеградный остеосинтез большеберцовой и плечевой кости блокирующими гвоздями продукция фирмы ChM (Польша), Igene (Китай), DoubleMedical (Китай) полыми цельными гвоздями.

Результаты. В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения начинали со 2–3 суток. Ходьба с частичной нагрузкой на поврежденную конечность разрешалась с 3–4 дня индивидуально. В раннем послеоперационном периоде у 3 больных отмечалось нагноение мягких тканей в области перелома, которое удалось купировать антибиотиками и антисептиками, в 7 случаях отмечалась замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости, при которых произведена динамизация гвоздя, перелом винтов – в 3, миграция винтов – в 2, сращение после остеосинтеза – в 290 (96,6%) случаях. Несращение – у 1 больного, остеомиелит – у 2 больных, недавно оперированных.

Выводы:

Малоинвазивный остеосинтез переломов большеберцовой и плечевой кости с интрамедуллярными стержнями с блокированием способствует восстановлению опороспособности конечностей.

Применение малоинвазивных методов остеосинтеза позволяет сэкономить время операции, не вызывает кровопотерю, способствует стабилизации поврежденных конечностей, снижает опасность вторичного смещения.

При применении БИОС отсутствует необходимость в дополнительной внешней иммобилизации.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ж.Д. Уразбаев, А.А. Уразбаев

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП

В структуре травм опорно-двигательного аппарата переломы проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) составляют от 3,9 до 18% среди всех переломов и являются одними из наиболее

тяжелых в связи с высокой инвалидизацией и смертностью. В Международной классификации болезней-10 (МКБ-10) переломы в области ПОБК представлены: S72.0. Перелом шейки бедренной кости, перелом в области тазобедренного сустава (без дальнейших уточнений); S72.1. Чрезвертельный перелом, перелом межвертельный, перелом вертела; S72.2. Подвертельный перелом.

Среди переломов ПОБК наиболее частым и тяжелым является перелом шейки бедренной кости.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения с переломами проксимального отдела бедренной кости, определить факторы риска перелома.

Материал и методы исследования. В Хорезмский филиал РНЦЭМП было госпитализировано 157 больных с различными переломами проксимального отдела бедренной кости. Из числа больных мужчин было 87 (55%), женщин – 70 (45%). Переломы шейки бедренной кости были у 72 (45%) больных, чрезвертельные переломы – у 67 (42%), подвертельные переломы – у 18 (13%). Переломы слева были у 95 (61%), справа – у 62 (39%) больных. Больных пожилого возраста было 109 (70%), среднего возраста – 48 (30%). У всех больных пожилого возраста в анамнезе фиксировалась низкоэнергетическая травма (падение с высоты собственного роста), у остальных причиной перелома была высокоэнергетическая травма (ДТП, кататравма и др.). При переломах шейки бедренной кости использовали классификации Garden, Pauwels. Для уточнения диагноза кроме рентгенографии проводили МСКТ-исследование. У пожилых больных для определения остеопороза проводили дополнительные лабораторные исследования (определили в крови микроэлементы, вит. Д, Са, Р, Mg) и делали рентгенологический метод полуколичественной оценки остеопороза, трабекул проксимального отдела бедра по индексу M. Singha.

У 57 больных пожилого возраста с переломами шейки бедренной кости для ранней активации с учётом остеопороза производили тотальное эндопротезирование с цементным и бесцементным компонентами. Остальным пожилым больным с переломом шейки бедренной кости проводили консервативную терапию в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями.

У больных с чрезвертельными и подвертельными переломами проводили различную методику остеосинтеза с пластинами LCP, PFNA и конюлированными винтами.

После эндопротезирования на третьи и последующие сутки после операции больным разрешалось перемещаться с помощью подручных средств опоры, не нагружая оперированную нижнюю конечность, с проведением активных движений в смежных суставах.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного эндопротезирования были оценены по шкале Харриса для тазобедренного сустава. При этом хорошие результаты получены у 21 больных, удовлетворительные – в 30 случаях, у 6 больных из-за сопутствующих заболеваний активация состоялась позднее.

Выводы. Эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедренной кости у больных пожилого возраста с учётом остеопороза является наиболее оптимальным методом хирургического лечения в условиях экстренной травматологии.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ ДИАФИЗИДАН СИНИШЛАРИДА КАМИНВАЗИВ УСУЛЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ АФЗАЛЛИГИ

Усаров Х.Р., Ганиев М.А.

РШТЁИМ Тошкент вилояти филиали

Кирриш: Болаларда биллак суякларининг синиши таянч-ҳаракат аъзолари шикастланишлари ичидан энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Адабиётлардаги маълумотларга кўра биллак суякларининг синиши елка камари синишларининг 65–67 % ини ташкил қилади.

Мақсад. Болаларда биллак суяклари синишларида каминвазив усулда остеосинтезлашнинг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва услублар. Республика шошилиinch тиббий ёрдам илмий маркази Тошкент вилояти филиалида 2021–2024 йил I чорагигача бўлган вақт давомида бизнинг кузатувимизда 144 та бемор болалар биллак суякларининг диафиз қисмидан синишлари билан даволанган ва бу кўрсаткич болалардаги барча суяк синишларининг 32% ини ташкил қилади. Болаларда биллак суяклари диафиз қисмидан синишларининг асосий қисмини консерватив усулда даволанилди. Шундан 48 та беморда жарроҳлик амалиёти бажарилди, 39 (81,2%) тасида биринчи кун бир лаҳзалик репозиция қониқарсиз бўлганлиги сабабли ва 9 (18,7%) тасида консерватив даволашнинг илк кунларида иккиламчи силжишлар кузатилганлиги сабабли каминвазив усуллар ёрдамида жарроҳлик амалиёти бажарилди. Беморларда интерпозицион, ротацион, майдаланиб ва энига 3/2 қисмидан кўп бўлган силжишларни оператив давога кўрсатма қилиб олинди. 48 та бемордан 7 (14,6%) тасида биллак суякларининг юқори/3 лигидан, 28 (58,3%) та беморда ўрта/3 лигидан ва 13 (27,0%) та беморда пастки/3 лигидан синишлар кузатилди. Шундан 43 (89,6%) та беморда ёпиқ синишлар, 5 (10,4%) та беморда очиқ синишлар кузатилди. Беморларда биллак суякларининг диафиз қисмида синишларини 39 (61,7%) та

беморларда ЭОП (Электрон оптик телерентгено-скопия C-APM) аппарати ёрдамида ёпиқ усулда репозиция қилиниб, Илизаров, Кишнер кегайлари ва ESIN (elastic stable intramedullary nailing) методи бўйича каминвазив усулда интрамедулляр остеосинтезлаш, 3 (8,8%) та беморда Богданов штифтлари ёрдамида очиқ интрамедулляр остеосинтезлаш, 6 (17,6%) та беморда комбинирланган интрамедулляр Илизаров кегайлари ва Илизаров аппаратлари ёрдамида остеосинтезлаш каби оператив даво усуллари қўлладик.

Натижа. Биз барча беморларни касалхонага ётқизилган куни 1–2 соат ичида клиник-лаборатор, рентгенологик текширувлар, кўрсатма бўйича педиатр ва бошқа мутахассислар кўригидан сўнг шошилиш равишда аксарият ҳолатларда каминвазив усулда оператив даво қўлладик. Чунки шикастлангандан кейин ўтадиган ҳар бир дақиқа боланинг психоэмоционал ҳолатига салбий натижаларини кўрсатмай қолмайди. Билак суяклари диафиз қисмидан синишларини оператив даволаш натижалари 48 бемордан 47 (97,9%) тасида қониқарли ва 1 (2,0%) та беморда қониқарсиз натижа, бизга қайта муружаат қилган бемор стационардан ташқари шаброитда қайта йиқилиши сабабли.

Хулоса. Болаларда даволаш тактикаси унинг ёши, жароҳат турлари, суяк синишларининг тури ҳамда суяк бўлақларининг силжиш юзаларини ҳисобга олган ҳолда имкон қадар каминвазив усулнинг танланиши муҳим. Бу эса болаларда стационар шароитда даволаш муддати ҳамда психоэмоционал ҳолатининг сезиларли қисқаришига ёрдам беради.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

*У.А. Хайдаров, С.А. Шарифбаев,
И.А. Жиянов, З.И. Ашуrow, К.А. Абдусаттаров,
А.А. Гуломов, Н.Х. Усманов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) составляет 43–68% в структуре сочетанных повреждений и наблюдается у 23–63% пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Летальность при СЧМТ достигает 35%, а при крайне тяжелых сочетанных повреждениях (например, травма опорно-двигательного аппарата в сочетании с повреждением паренхиматозных органов и тяжелой ЧМТ), особенно с массивным кровоотечением, достигает 90–100%. Большой объем экстракраниальной патологии и тяжелая ЧМТ обуславливают высокий уровень летальности и инвалидизации у пострадавших с СЧМТ. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) составляет 43–68% в структуре сочетанных повреждений и наблюдает-

ся у 23–63% пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Цель исследования. Оптимизация организации медицинской помощи пациентам с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой (ТСЧМТ) с расстройством сознания не более 12 баллов на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения. Летальность в этой группе больных за 2022–2023 гг. в отделении нейрохирургии Наманганского филиала РНЦЭМП. За этот период госпитализировано 3452 пациента с ЧМТ, среди которых сочетанная травма имела место у 1800 (49,1%). Особого внимания заслуживали 80 (4,5%) пациентов с ТСЧМТ, у которых расстройство сознания было не более 12 баллов по ШКГ, потому что летальность среди них составила 90%. В 2700 (75%) случаев травма была в результате ДТП, 65,5% больных доставлено по линии СМП с места происшествия в стационар в течение 1 часа после травмы. Сочетанные повреждения с ЧМТ по частоте распределялись следующим образом: травма опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевая травма, травма груди, живота, переломы костей таза, травма почек и позвонков.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного исследования выявлена зависимость между механизмом травмы и видом повреждения головного мозга у пострадавших с СЧМТ ($p < 0,05$). Так, у пострадавших в результате ДТП ($n = 58$) наиболее часто встречались субдуральные гематомы – у 15 больных (25,1%) и очаги ушиба и разможжения мозга в сочетании с внутримозговыми гематомами – у 12 (21,2%). Диффузное аксональное повреждение мозга ($n = 4$) наблюдали только у пострадавших в ДТП – у 100% больных. У пациентов, получивших травму в результате падения с большой высоты ($n = 22$), преобладали множественные повреждения головного мозга – 7 (25,6%) больных и субдуральные гематомы – 6 (23,2%). У пострадавших в результате криминальной травмы ($n = 24$) – вдавленные переломы черепа – 8 (31,5%) больных и субдуральные гематомы – 6 (24,9%). При падении с высоты роста ($n = 8$) с наибольшей частотой встречались эпидуральные гематомы – у 3 (40%) пациентов. Достоверное влияние на исход хирургического лечения оказывали тяжесть сочетанной травмы, локализация (анатомическая область) внечерепных повреждений, возраст пострадавших, наличие эпизодов гипоксии и артериальной гипотонии, угнетение уровня бодрствования перед операцией, наличие глазодвигательных нарушений и нарушение фотореакций, изменения мышечного тонуса, стадия развития дислокационного синдрома, объем очага повреждения мозга, смещение срединных структур, аксиальная дислокация и наличие отека мозга во вре-

мя операции, развитие осложнений ($p < 0,05$, метод Спирмена).

Выводы:

1. На догоспитальном этапе важны не только скорость доставки, но и эффективные противошоковые мероприятия.

2. Госпитализация пациентов с тяжелой сочетанной ЧМТ должна проводиться в многопрофильных травматологических стационарах, в которых возможно оказание помощи и при массовом поступлении пострадавших.

3. Необходима организация отделений сочетанной травмы и диагностического комплекса, работающих круглосуточно (МСКТ, УЗИ, экспресс-лаборатория и т. д.).

4. После поступления пострадавшего в приемное отделение определить тактику ведения больных должен ответственный дежурный врач по стационару.

5. В дежурной бригаде обязательно должны присутствовать специалисты разного профиля (нейрохирург, травматолог, полостной и сосудистый хирург, челюстно-лицевой хирург).

**КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО
СПОНДИЛОЛИТЕЗА НА ПОЯСНИЧНОМ
УРОВНЕ ПОЗВОНОЧНИКА**

А.Т. Чулиев, Ж.Т. Назимов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Выбор оптимальных методов оперативных вмешательств при позвоночно-спинальной травме является до конца не решенным. Главная задача хирурга – выполнить полноценную декомпрессию спинного мозга и его корешков и обеспечить надежную стабильность позвоночника, выбрав безопасный вид операции, не расширяя объема вмешательства и сокращая сроки ограничения физической активности и внешней иммобилизации.

Как правило, основным методом диагностики спондилолистезов являются рентгенологические исследования: спондилография с функциональными пробами, компьютерная (МСКТ) и магнитно-резонансная томографии (МРТ). Однако при травмах на поясничном уровне проведение функциональных проб является противопоказанием для их выполнения. Это связано с возможным наличием более тяжелых повреждений костных структур позвонка. При травматическом спондилолистезе (ТСЛ) патогенетическим механизмом его развития, в отличие от других видов спондилолистеза, является перелом в области суставных отростков и дужки.

Цель. Изучить компьютерно-томографическую характеристику спондилолистезов травматического генеза.

Нами проанализированы результаты МСКТ-исследования 32 пациентов с ТСЛ поясничного отдела позвоночника за период 2020-2022 гг. Давность травмы колебалась от 1 часа до 8 дней. Возраст больных составил от 38 до 58 лет. В зависимости от уровня ТСЛ, по данным МСКТ, спондилолистез vL_3 выявлен у 4 (12,5%) пациентов, vL_4 – у 11 (34,4%), vL_5 – у 17 (53,1%). При проведении МСКТ с 3-мерной реконструкцией и анализе результатов нами была выявлена характерная особенность ТСЛ, а именно: при передних антелистезах выявлены двусторонние переломы суставных отростков и корня дужек в 23 (71,9%) наблюдениях. Причём в 17 (73,9%) случаях – перелом суставных фасеток верхних суставных отростков нижележащего позвонка, а в 6 (26,1%) – нижних отростков сместившегося позвонка. Изолированный перелом суставных отростков был выявлен у 9 (28,1%). Во всех наблюдениях отмечался стойкий болевой (радикулярный) синдром с люмбалгией и явлениями радикулоишемического синдрома.

Полученные нами данные свидетельствовали, что отличительной особенностью ТСЛ в дифференцировке от других видов (дегенеративный, диспластический-истмический) явились отсутствие дегенеративно-дистрофических изменений в межпозвонковом диске. Это, в свою очередь, характеризовало выбор тактики и объёма оперативного вмешательства.

Таким образом, проведённое нами исследование показало, что при травматическом спондилолистезе, по данным МСКТ, как правило, на поясничном уровне позвоночника – характерные различия от других видов спондилолистезов, а именно: отсутствие изменений непосредственно в межпозвонковом диске, что при дегенеративном и истмическом является неотъемлемой частью в формировании спондилолистеза.

Неотъемлемой частью травматического спондилолистеза, по данным МСКТ, явилось наличие перелома суставных фасеток, как самого сместившегося позвонка, так и нижележащего.

THE PARTICULARITIES OF BRAIN TRAUMA IN
CHILD OF THE BREAST AGE

*Sharifbaev S.A., Jiyonov I.A., Ashurov Z.I.,
Karimbaev Sh.T., Gulomov A.A., Madiyev U.B.*

Namangan branch of Emergency Medical Research
Centre of Uzbekistan, Uzbekistan

Cranio-cerebral injuries are the most wide-spread type of the injuries, consists 36-40% of all injuries. In children of the breast age the main reason of the brain injuries are home factors: fall from different heights incidentally due to less attention of parents.

Purpose of the study: to study clinic features of craniocerebral injuries in children of the breast age.

Material and methods: During 2019-2023 were admitted 110 children of the breast age with craniocerebral injuries: 78 with mild, 25 with moderate, 7 with severe craniocerebral injuries.

Although severe craniocerebral injuries have different clinical features, characteristic for early age, basically accompanied with heavy conditions, with similar pathophysiological and clinical manifestations in children of the senior age.

Mild and moderate head injuries of breast age children often course without clinical manifestations, both common cerebral and local. The reason for referring to hospital is a casual finding by parents the edema in head and capricious of children. Meantime, in the absence of clinical symptoms in breast age children, on X-ray examination revealed fractures of the skull. On CT revealed zone of lowered density close on tomodesimetric factor to edema of the cerebrum. In some cases existent somatic sings such as increased body temperature, anxiety, dyspepsia cause to admit children to non specialized branches.

Conclusions: 1. Craniocerebral injuries in children of the breast age has characteristic features and does not pass without leaving a trace.

2 Amounts of consequences of craniocerebral injuries in children of the early age make stationary examination amenable.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов, Т.С. Арзикулов

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Черепно-мозговая травма является сочетанной, если ей сопутствуют повреждения скелета, внутренних органов. Это особый вид травматической патологии, при которой страдают регулирующий всю жизнедеятельность орган – головной мозг – и исполнительная система. Основными механизмами получения травмы у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмы становятся ДТП и падение с большой высоты, вследствие которых отмечаются наиболее тяжелые виды повреждений головного мозга – субдуральные и внутримозговые гематомы, очаги ушиба и размозжения мозга, а также множественные повреждения. Проведенный нами анализ летальных исходов при СЧМТ показал, что почти у половины пострадавших травма была не совместима с жизнью: тяжелые, обширные ушибы ствола мозга, массивные размозжения мозговой ткани, разрывы крупных сосудов, паренхиматозных и полых органов. Больные погибали в первые часы после травмы. В других случаях причинами смерти были травматический шок и кровопотеря, дислокация и ущемление ствола мозга, жировая эмболия, гнойно-септические осложнения со стороны легких, мозга и его оболочек, трофические расстройства.

Цель исследования – проанализировать результаты хирургического лечения пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой с применением высокотехнологичных методов лечения для снижения сроков лечения, летальности и осложнений.

Материалы и методы. Материал исследования составили 4134 наблюдений пострадавших с сочетанными черепно-мозговыми травмами, находившихся на стационарном лечении в ТОФ РНЦЭМП с 2020 по 2023 г. Основной причиной травм были дорожно-транспортные происшествия – 2378 (57,5%) больных, кататравмы и другие виды травм – 1127 (27,2%) больных, бытовые травмы – 629 (15,2%) больных. Мужчин было 2745 (66,4%) больных, женщин – 1389 (33,5%). Средний возраст пострадавших составил $44,2 \pm 1,2$ года (16–76 лет). Большинство 2756 (66,7%) пострадавших были доставлены скорой помощью с места получения травмы, 1378 (33,4%) переведены из других стационаров в течение первых 5 суток после получения травмы. В момент поступления в стационар и в зависимости от нарушения уровня сознания по шкале комы Глазго чаще всего пациенты обращались в ясном сознании (15 баллов) – 1206 (29,1%) больных, умеренное оглушение (13–14 баллов) – 783 (18,9%) больных,

глубокое оглушение (10–12 баллов) – 673 (16,2%) больных, сопор (8–9 баллов) – 558 (13,4%) больных, кома умеренная (6–7 баллов) – 474 (11,4%) больных, кома глубокая (4–5 баллов) – 362 (8,7%) больных, кома терминальная (3 балла) – 78 (1,8%) больных. Учитывая основные клинические формы пострадавших с черепно-мозговой травмой, пациенты в основном наблюдались с сотрясением мозга – 1701 (41,1%) больных, ушиб мозга легкой степени – 1143 (27,6%) больных, ушиб мозга средней степени – 936 (22,6%) больных, ушиб мозга тяжелой степени – 354 (8,5%) больных. Черепно-мозговая травма сопровождалась сочетанными скелетными повреждениями, в том числе переломы верхних и нижних конечностей – 1530 (37,0%) больных, ключицы – 996 (24,0%) больных, ребер – 959 (23,1%) больных, костей лицевого скелета – 295 (7,1%) больных, тазовых костей – 198 (4,7%) больных, перелом позвоночника – 156 (3,7%) больных.

Результаты и обсуждение. Среди причин сдавления мозга на первом месте стоят внутричерепные гематомы: эпидуральные – 94 (26,5%) больных, субдуральные – 102 (28,8%) больных, внутримозговые – 68 (19,2%) больных, субдуральные гигромы – 38 (10,7%) больных. Причиной сдавления мозга могут быть и вдавленные переломы костей черепа – 52 (14,6%) больных. В результате повреждений внутренних органов с сочетанной черепно-мозговой травмой лапароцентез произвели 96 (20,8%) больным, лапароскопию – 238 (51,7%) больным, торакоскопию – 126 (27,3%) больным. Всем пациентам выполнены высокотехнологичные хирургические вмешательства: эндопротезирование тазобедренного сустава – 175 (4,2%) больным, БИОС – 752 (18,1%) больным, остеосинтез ЛСР-пластинами – 964 (23,3%) больным, установление металлоконструкций позвоночника – 78 (1,8%) больным. Пролечены и выписаны пациенты в удовлетворительном состоянии – 2130 (51,5%) больных, в состоянии средней тяжести – 1235 (29,8%) больных, в тяжелом состоянии – 691 (16,7%) больных, умерли – 78 (1,8%).

Заключение. На основании проведенного исследования установлено, что основными механизмами получения травмы у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой становятся ДТП и падение с большой высоты, вследствие которых отмечаются наиболее тяжелые виды повреждений головного мозга – субдуральные и внутримозговые гематомы, очаги ушиба и разможжения мозга, а также множественные повреждения. Послеоперационная летальность у пострадавших составляет 1,8%. Ведущими причинами смертельного исхода были отек, дислокация мозга и пневмония. Внечерепными факторами риска развития неблагоприятного исхода у пострадавших становились наличие множественных внечерепных повреждений, позвоноч-

но-спинальной травмы или травмы органов брюшной полости, возраст пострадавших старше 70 лет, наличие эпизодов гипоксемии и артериальной гипотензии, развитие осложнений в послеоперационном периоде.

ТЕХНИКА И ВНЕДРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ ЗАКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ГИБКИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ СТЕРЖНЯМИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

А.Т. Эрметов, Т.Т. Ниязалиев, Х.Р. Усаров

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Перелом бедра у детей – достаточно распространенное травматическое повреждение. Пациенты с этой травмой составляют почти 17% от общего числа больных, госпитализируемых в детские травматологические отделения, по литературным данным – 4% от всех случаев переломов костей конечностей у детей. При этом на долю переломов в области диафиза приходится 60%.

Цель исследования. Оценить эффективность закрытого остеосинтеза эластичными стержнями диафизарных переломов бедренной кости у детей.

Материал и методы. В детское хирургическое отделение ТОФ РНЦЭМП в период с 2022 по 2023 год госпитализировано 18 детей с переломами бедренной кости в области диафиза. Возраст пациентов не превышал 17 лет. Всем пациентам требовалось оказание помощи в условиях стационара. Всем больным выполнен малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез титановыми эластичными стержнями по методу ESIN (elastic stable intramedullary nailing). Оперативное вмешательство при переломах бедренной кости в области диафиза показано при неэффективности консервативного лечения, интерпозиции мягких тканей между отломками, сочетании с переломами костей верхней или нижней конечности, все нестабильные переломы и переломы с высокой вероятностью вторичного смещения. Оперативное лечение производили под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Для остеосинтеза бедренной кости, как правило, применяли два стержня диаметром от 2,5 до 4,0 мм. У всех больных остеосинтез выполнялся закрытым способом, при латеральном ретроградном введении – изгибанием стержней S-образной формы интрамедуллярно так, чтобы при окончательной установке стержней была сформирована форма «вазы» с центром на зону перелома. Это позволяет добиться адекватной относительной стабильности в зоне перелома. Стабильность остеосинтеза периодически проверяли в операционной под контролем ЭОП. Внешнюю

иммобилизацию после выполнения остеосинтеза применяли в большинстве случаев гипсовой лонгетой, и она носила дисциплинирующий характер. Стабилизация переломов бедренной кости в области диафиза эластичными стержнями дала нам возможность раннего снятия лонгеты и начала реабилитационно-восстановительного периода.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях применение методики (ESIN) интрамедуллярного остеосинтеза гибкими стержнями отмечена своевременная консолидация переломов в оптимальные сроки. Использование данной методики по сравнению с открытым остеосинтезом имеет преимущества. В подавляющем большинстве случаев удается выполнить металлоостеосинтез титановыми стержнями без вскрытия зоны перелома, что обеспечивает благоприятные условия формирования костной мозоли, позволяет достичь консолидации в обычные сроки 6–8 месяцев. Течение раннего и позднего послеоперационного периода у всех пациентов протекало без осложнений. Ограничения движений в суставах не наблюдалось. Неврологических и сосудистых осложнений не отмечалось.

Выводы. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез титановыми эластичными стержнями является наиболее оптимальным методом фиксации при переломах диафиза бедренной кости у детей. Данный метод остеосинтеза является малоинвазивным и в большинстве случаев не требующим обнажения зоны перелома. Это позволяет достичь прогнозируемой консолидации костных отломков и полного восстановления свободной функции нижней конечности.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов, У.Б. Болтаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Челюстно-лицевая травма занимает особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей. Упущенное на начальных этапах лечения время приводит к тяжелым инфекционным осложнениям и стойким, трудно устранимым посттравматическим деформациям лица, а нередко – и к летальному исходу.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения у пострадавших больных с челюстно-лицевой травмой.

Материал и методы. Проведен анализ 97 историй болезней пострадавших больных с челюстно-лицевой травмой, находившихся на стационарном лечении в отделении сочетанной травмы с нейрохирургией ТОФ РНЦЭМП в период с 2021 по 2023 г.

Из полученных данных большинство случаев составили мужчины – 65 (67,0%) больных, из них 32 (32,9%) женщины. С травматическими повреждениями костей лица, в том числе: переломы верхней челюсти – 21 (21,6%) больной; переломы нижней челюсти – 34 (35,0%) больных; переломы скуловых костей – 9 (9,2%) больных; переломы костей носа – 26 (26,8%) больных; переломы передней стенки лобной пазухи – 7 (7,2%) больных.

Результаты и обсуждение. В качестве лечения при вароалонных повреждениях мягких тканей обычно используются эстетические швы и тканевые клеи, а при повреждениях твердых тканей (костей) – пластины, проволока и винты для сближения (восстановления) сломанных костей. Иногда челюсти временно соединяются друг с другом с помощью проволоки или мини-винтов. Скрепление челюстей вместе называется закрытым лечением (нехирургическим лечением) и является одним из видов лечения, обычно применяемых при переломах челюстного сустава. Все операции открытой репозиции проводились под общей анестезией по эндотрахеальной методике. После лечения челюстно-лицевых травм, как и при других хирургических вмешательствах, применялся специальный медикаментозный и диетический режим.

Заключение. При правильной фиксации костей восстановительный период обычно проходит относительно безболезненно. Наибольший дискомфорт может вызывать не боль, а послеоперационные отеки и подкожные кровоизлияния. Эти симптомы, как правило, исчезают самостоятельно через 10–14 дней после вмешательства. При лечении травм нижней и верхней челюстей может потребоваться их фиксация, которая затруднит прием пищи. В этом случае пациентам на протяжении 2–6 недель показана диета из мягких блюд, не требующих жевания. После операций при переломе носа со смещением и без него на нос пациенту могут надевать пластиковую шину, а ноздри закрывать тампонами. Эти приспособления иногда приходится носить на протяжении недели.

ТИЗЗА БЎҒИМИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЮҚОРИ ИННОВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИ ҚўЛЛАШ УСУЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ АФЗАЛЛИГИ

*Эшбоев А.Т., Тўраев Ф.Т., Дўстқобилов Ў.Н.,
Хидиров Э.А., Нормуродов А.А.*

**Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий
маркази Сурхондарё филиали**

Мақсад: Тизза бўғимидаги жароҳатланишларни имкон қадар артроскопик усулда даволаш.

Кириш: Тизза бўғими жароҳатларини даволаш травматологиянинг асосий муаммоларидан

бири ҳисобланади. Барча катта бўғимлар жароҳатланишларининг 55% улуши тизза бўғими жароҳатларига тўғри келади. Кўпгина муаллифларнинг маълумотларига қараганда тизза бўғими олд хочсимон бойламининг жароҳатлари барча тизза бўғим капсуласи ва бойламлар жароҳатланишларининг 8,5% дан 67% гача қисмининг ташкил этади. Баъзи муаллифларнинг маълумотларига қараганда, тизза бўғими юмшоқ тўқималари барча шикастланишларининг 60–70% ини олд хочсимон бойламининг жароҳатларига тўғри келади. Бугунги кунда тизза бўғими жароҳатланишларида қўлланилаётган реконструктив операцияларнинг энг самарадор усуллари қўлланилишига қарамасдан 15% дан 25% гача беморларда операциядан кейинги даврда ностабиллик сабабли тизза бўғимида доимий оғриқ кузатилиши ва остеоартроз ривожланишига сабаб бўлмоқда.

Материаллар: РШТЁИМ Сурхондарё филиалига 2022–2023 йил давомида 1114 та тизза бўғими жароҳатлари билан мурожаат бўлган. Шулардан 851 (76,39 %) та мениск тоғайи, 211 (19,2 %) нафари олдинги хочсимон бойлами жароҳатлари, 52 (4,66 %) нафар беморда гонартроз белгилари аниқланди.

Текширув натижалари: Кузатувларда аниқланишича, 84,6% бемор спорт машғулотида жароҳат олган. Қолган 15,4% беморда тизза бўғимидаги касалликка эрта аниқ ташхис қўйилмаганлиги сабабли турли хил тизза бўғими касалликлари келиб чиқади (гипертрофик синовит, артроз, остеоартроз). Бу муаммоларни барта раф этиш, беморларда кузатиладиган асоратларнинг эрта олдини олиш учун замонавий текшириш ва даволаш имкониятларига эга бўлган артроскоп аппарати лозим бўлади.

Хулоса.

Афзаллиги:

1. Анъанавий амалиётларга қараганда артроскопик усул каминвазив, асорати камроқ ва костметик устунликка эга.

2. Диагностик артроскопия бу ноинвазив текширув усулларида қараганда кўпроқ ва аниқроқ маълумот беради.

3. Беморларни эрта фаоллаштириш, шифохонада даволаниш муддатини камайтириш имкониятини беради.

БОШ МИЯНИ ТЕШИБ ЎТУВЧИ ХАВФЛИ ТРАВМАСИДА МУВАФФАҚИЯТЛИ ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Эшбоев А.Т., Имомқулов С.Р., Тошқулов А.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали

Долзарблиги. Тиббиётнинг мураккаб муаммоларидан бири шошилич тиббий ёрдамни ўз вақтида кўрсатиш, даволаниш вақтини қисқартириш, шунингдек, ўлимни камайтириш бўлиб, амалиётдаги шифокорлар учун катта аҳамиятга эгадир.

Текширув мақсади. Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали болалар хирургик жароҳатланиши бўлимида хавфли травма билан оғриган беморни муваффақиятли даволаш ҳолатини тақдим этамиз.

Текширув материаллари ва усуллари. Бемор Б.Ф. 16 ёш. 27.01.2024 куни соат 09:00 да бизга тез тиббий ёрдам машинасида кўз соҳасида қонаш, ҳуши қарахт, оғриқ шок ҳолда қабул бўлимига олиб келинган, ҳолатни баҳолаб реанимация бўлимига ётқизилган.

Анамнездан бемор 27.01.2024 соат 08:40 ларда Олимпия захиралари спорт коллежида камонбозлик машқи пайтида спорт камони билан кўз соҳасига камон ўқи билан жароҳат етказилган ҳолда мурожаат қилиб олиб келинган, йўлда мураббийси томонидан камон ўқи жароҳатдан олинган.

Қабул қилингандан бемор ҳуши қарахт эди ва саволларга қўрқув билан жавоб берди. Нафас олиш жараёнида оғиз орқали, нафас олишда кўкрак қафаси симметрик иштирок этади, нафаси 1 дақиқада 28 марта юзаки. А/Д100/60 мм.сим. уст.да. Пульси ритмик, 1 дақиқада 116 марта кам тўлиқликда. Қорин нафас олишда иштирок этади, пальпацияда оғриқсиз, жигар ва талоқ пайпасланмайди, оғриқсиз. Ичаклар перистальтикаси яхши эшитилади, қорин парда таъсирланиши манфий, пешоб ва ахлат қилиши ўзгаришсиз.

Status localis: кўрилганда OS-кўз олмаси бурчагида санчилган жароҳат, бошнинг энса соҳасида санчиб ўтувчи 1,0x0,2 см жароҳат, бироз қонаш кузатилади. Невростатус: ҳуши қарахт. Контактга киришмайди. Умум мия белгилари ва психомотор қўзғалувчанлик кучли ифодаланган. БМН: I – ҳид билиш ўткир ҳидга нисбатан сақланган. II – кўриш OS абс. III–IV–VI – қорачиқлар ОД ёруғликка реакция сақланган. OS ёруғликка реакция аниқланмайди. V – корнеал ва конъюнктивал рефлекслари сақланган. VII – юз симметрик. VIII – эшитиш сақланган. IX–X – ютиш ва фонация бузилмаган. Кўл ва оёқларда пай рефлекслари ошган. Чап томонлама гемипарез, мушак кучи 4 балл. Менингеал белгилар – енгил энса мушаклари ригидлиги чақирилади. Ромберг ҳолатида тутолмайди.

Реанимация бўлимида бемор шокка қарши, мембрана стабилловчи, гормонал терапия, бактериал

асоратлар профилактикаси учун антибактериал терапия, антиконвульсантлар, ноотроплар, витамин-терапия, қон реологиясини яхшиловчи терапия, ПСА ва инфузион терапия муолажалари қилиниб МСКТ текшируви ўтказилганда субарахноидал қон қуйилиши, бош мия ичи босимининг ошиши, бош мия пневмоцефалияси, энса суягининг синиши аниқланди. Окулист хулосасига кўра чап кўз олмаси шох парда 09:00 да тешиб ўтувчи жароҳати аниқланди. 6 соатдан кейин қайта бош мия МСКТ текшируви ўтказилди. Динамикада беморда бир неча марта тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилди.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ГРУДНО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Н.Н. Юдашев, Д.А. Пирназаров

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Введение. Реконструктивная методика лечения больных с травмами позвоночника преимущественно в груднопоясничном переходе отличается вариацией подходов и применением различного вида фиксирующих устройств для коррекции деформаций и стабилизации позвоночника. Широкое распространение получила транспедикулярная фиксация, позволяющая достичь реклинации и репозиции позвонка, восстановить ось позвоночника и прочно зафиксировать поврежденный сегмент. Несмотря на использующийся принцип траспедикулярной фиксации позвонка, отмечаются случаи потери коррекции, вторичных смещений и дестабилизации остеосинтеза, что делает актуальным анализ причин данных осложнений и поиск средств их профилактики.

Цель исследования. Анализ осложнений хирургического лечения пациентов с травмами грудно-поясничного отдела позвоночника, оперированных с применением траспедикулярной фиксации по методике free-hand.

Материалы и методы. Все пациенты оперированы с 2016 по 2024 год на базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Объектом исследования стали 79 пациентов (44 мужчин и 35 женщин) с травмой грудно-поясничного отдела позвоночника, обязательным условием хирургической коррекции являлась задняя инструментальная стабилизация. Критерием включения в исследование являлась установка транспедикулярных винтов в теле Th11-L5 позвонков по методике free-hand. Установку винтов проводили по стандартной методике на основании анатомических ориентиров с применением средств пассивной интраоперационной навигации.

Контроль результата операции в послеоперационном периоде проводили путем стандартной рентгенографии сразу после операции, при необходимости МСКТ грудно-поясничного отдела позвоночника.

Результат. Проведенный анализ осложнений транспедикулярного остеосинтеза по методике free-hand позволил выделить следующие ошибки: неправильная оценка травматического повреждения; тактические – неадекватное планирование остеосинтеза; нарушение основных принципов используемого метода; несоблюдение больным предписанного режима. Преобладали осложнения позднего послеоперационного периода: переломы стержней-шурупов, неудовлетворительная коррекция, деформации и инфекционные осложнения.

Вывод. Планирование остеосинтеза, соблюдение методик оперативного лечения с учетом анатомических особенностей травмированного позвоночника, понимание и применение биомеханического подхода к исправлению деформаций поможет применять траспедикулярный остеосинтез по методике free-hand с минимальным количеством ошибок и осложнений.

К ВОПРОСАМ КОНСЕРВАТИВНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕРТЕБРО-СПИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

*Ш.С. Юлдашев¹, А.Ш. Шодиев²,
С.А. Аллазов², Р.М. Джалалов¹*

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучить результаты консервативного и хирургического методов лечения урологических осложнений у больных с вертебро-спинальными травмами (ВСТ).

Материал и методы исследования. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2017–2021 гг. в отделении урологии находились на стационарном лечении 55 больных с урологическими осложнениями ВСТ. 89,1% больных были мужского, и только 10,9% больных – женского пола. Больные по возрасту распределились в следующем образе: до 17 лет – 1 (1,8%), 18–20 лет – 3 (5,4%), 21–30 лет – 7 (12,7%), 31–40 лет – 14 (25,4%), 41–50 лет – 17 (30,9%), 51–60 лет – 9 (16,4%), 60 лет и старше – 4 больных (7,4%). Больные по виду нарушения функции спинного мозга были выделены в 2 группы. В 67,3% случаях у больных отмечались частичное и в 32,7% – полное нарушение функции спинного мозга.

Урологические осложнения у этих больных наблюдались в основном по четырем видам симптомов. Больных с нейрогенным мочевым пузырем

было 12 (21,8%), с острой задержкой мочеиспускания – 23 (41,8%), затрудненным мочеиспусканием – 11 (20,0%) и недержанием мочи – 9 (16,4%). По способам урологических манипуляций: 6 (10,9%) больным были проведены периодические катетеризации мочевого пузыря, 25 (45,5%) – постоянный катетер на мочевой пузырь, 13 (23,6%) – перкутанная цистостомия и 11 (20,0%) больным были установлены эпицистостомии. Однако эти преимущества имеют место лишь в случае правильного применения системы: катетер должен быть точно подобран по диаметру уретры (более тонкий способствует мочевым затекам, а более толстый – пролежням уретры); через каждые 7 дней систему Монро отключают, переводя больного на три дня на периодическую катетеризацию.

Оценку эффективности коррекции урологических нарушений производили с учетом достигнутой степени компенсации. Различают 4 степени компенсации тазовых функций:

1. При оптимальной степени компенсации мочеиспускания больной может удерживать мочу в течение 4–5 часов при емкости пузыря 250–350 мл. Остаточной мочи нет. Больные чувствуют наполнение пузыря или его косвенные признаки в виде своеобразных ощущений – тяжесть внизу живота, покалывание, жжение в области мочевого пузыря, у них может возникать гиперемия лица, резкая потливость, после чего происходит акт мочеиспускания.

2. Удовлетворительная степень компенсации предполагает удержание мочи 2–2,5 часа и осуществление мочеиспускания произвольно или с натуживанием. Емкость мочевого пузыря – 200–250 мл, остаточной мочи – 50–70 мл. Позыв и ощущение прохождения мочи по уретре слабо выражены.

3. Минимальная степень компенсации устанавливается у лиц с недостаточным контролем мочеиспускания. Мочевой пузырь опорожняется часто (через 30–60 мин), нередко при интенсивном натуживании выделяется малое количество мочи (40–70 мл). Отсутствуют позыв, чувство наполнения и прохождения мочи по уретре. Емкость мочевого пузыря, как и количество остаточной мочи, зависят от тонуса детрузора и сфинктера (при гипотонии детрузора в пределах 500–700 мл, при гипертонии – 20–125 мл).

4. Неудовлетворительной степенью компенсации считается состояние больных, при котором акт мочеиспускания полностью не контролируется, непроизвольное мочеиспускание происходит либо каждые 10–30 мин либо наблюдается полное недержание мочи, либо ее полная задержка. Емкость пузыря при гипотонии детрузора 500–800 мл, остаточной мочи – 500–700 мл, при гипертонии детрузора – емкость 20–50 мл.

Результаты. После проведенного лечения 38,2% больных имели оптимальную степень компенсации мочеиспускания, 20,0% больных – удовлетворительную степень компенсации мочеиспускания, 25,4% больных – минимальную степень компенсации мочеиспускания и у 16,4% больных были неудовлетворительные результаты. Из всех 25 больных, которые имели постоянный мочевой катетер при поступлении, после проведенного комплексного лечения у 11 (44,0%) больных отмечалось восстановление самостоятельного мочеиспускания, у 7 (28,0%) – улучшение мочеиспускания и у 7 (28,0%) больных особых изменений не были выявлены.

Из 13 больных с перкутанной цистостомией при поступлении после проведенного лечения у 2 (15,4%) больных отмечалось восстановление мочеиспускания, у 9 (69,2%) – улучшение, и у 2 (15,4%) больных особых положительных изменений не наблюдалось. У больных с эпицистостомией (11 больных) после проведенного лечения у 3 (27,3%) отмечалось восстановление, у 6 (54,5%) – улучшение мочеиспускания и у 2 (18,2%) больных положительных изменений не отмечались.

Заключение. Таким образом, в настоящее время отсутствует «идеальный» вариант или способ оказания урологической помощи по восстановлению или отведению мочи у больных с ПСМП, позволяющий предотвратить осложнения в мочевой системе и восстановить нарушенное мочеиспускание. Представляет особые сложности определение сроков нахождения дренирующей системы в мочевых путях и перехода к самостоятельному мочеиспусканию, а также способы его восстановления без ущерба не только мочевому тракту, но и неврологическому статусу.

IV. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

PERIOPERATIVE USE OF LEVOSIMENDAN IN PATIENTS WITH SEVERE LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION UNDERGOING MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

Abdusalom A. Abdurakhmanov, Shaxboz Abduganiev, Shaxboz Buranov, Farxod Mamataliev, Saidjalol Tursunov, Danyar Toxtarbaev.

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

Abstract:

Objective: Patients with preoperative low left ventricular ejection fraction (LVEF) are known to be associated with high morbidity and mortality. The aim of this study was analysis of perioperative use of levosimendan in patients with coronary artery disease and severe left ventricular failure undergoing coronary artery bypass grafting.

Methods: The study included 48 patients operated on for ischemic heart disease. The main group consisted of 24 patients who received preoperative infusion of levosimendan; 24 patients who received standard therapy for the underlying disease in the preoperative period were observed as a control group. The age of patients ranged from 46 to 69 years (53.8 ± 6.8 years) in the main group and from 44 to 69 years (54.8 ± 7.9 years) in the control group. According to echocardiography findings, all patients in both groups had EF less than 35%. The average level of EF in the main group of patients was $31.8 \pm 2.9\%$; and among patients in the control group – $33.09 \pm 2.8\%$ ($p < 0.05$). All patients had post-infarction cardiosclerosis. All patients received traditional therapy, including diuretics, ACE inhibitors, low doses of selective β -blockers and antiplatelet agents. Levosimendan was administered 2-3 days before surgery. 24 hours after the administration of levosimendan, an echocardiography examination was performed. All patients underwent coronary bypass surgery, the average number of bypasses was 2.48 ± 0.67 , in main group and 2.51 ± 0.7 – in control group respectively.

Results: During the period of levosimendan administration, there were no significant changes in hemodynamic parameters. The use of levosimendan during CABG in patients with heart failure led to reduction of dose and duration of postoperative inotropic support ($p < 0.05$). In the main group, the frequency of off-pump-to-on pump conversion was 3 (12.5%) cases, in the control group it was 6 (25%) cases. The average length of stay of patients in the

intensive care unit during the postoperative period was 2.53 ± 1.1 days for the main group, and 3.81 ± 1.1 days for the control group ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: Thus, the data we presented indicate the possibility and feasibility of including levosimendan in the perioperative protocol for coronary artery bypass grafting in individuals with reduced left ventricular ejection fraction.

OFF-PUMP TO ON-PUMP CONVERSION DURING BEATING HEART CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY

Abdusalom A. Abdurakhmanov, Shaxboz Buranov, Farhod Mamataliev.

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

Abstract:

Objective: Coronary artery bypass grafting on a beating heart is one of the effective methods of surgical myocardial revascularization in patients with coronary artery disease. However, in some cases there is a need to switch to CPB. We aimed to analyze the results of off-pump CABG and the rate and reasons of conversion on heart-lung machine.

Methods: The study included 3615 patients operated on at the Department of Cardiac Surgery of the Republican research Centre of Emergency Medicine (RRCEM) from 2013 to 2023 (mean age 57.7 ± 9.0 years, 96% of patients were male). A history of myocardial infarction was observed in 46.3% of patients. Left ventricular dysfunction (EF less 40%) was observed in 28.4% of patients. Left main stenosis was detected in 28.8% of cases.

Results: Intraoperatively in 44 (1.2%) cases there was a need for conversion to CPB. Reasons for switching to cardiopulmonary bypass were as follows: arrhythmias resistant to drug and electrical impulse therapy (12 patients (0.3%)), hypotension resistant to the medical therapy (15 (0.4%)), ascending aortic dissection (2 (0.06%)), anaphylactic shock (due to protamine infusion) (1 (0.03%)), anatomical features of target vessels-14 (0.4%). The average stay in the intensive care unit was 66.5 ± 5 hours in the conversion group and 31.4 ± 4 hours among patients operated on a beating heart. Mortality in cases of conversion was 6.8% (3 cases), and in patients without conversion - 0.5% (19 cases).

Conclusions: The conversion to cardiopulmonary bypass during off-pump coronary artery bypass surgery

can increase mortality and the length of the hospital period. Conversion to CPB is an unpredictable event, and with increasing the experience of the surgical team and improvement in myocardial stabilization devices, the incidence of conversion to cardiopulmonary bypass can decrease.

COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIO IN ASSESSMENT OF THE LATE OUTCOME AFTER OPCAB

*Abdusalom A. Abdurakhmanov,
Shaxboz Buranov, Farhod Mamataliev.*

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

Objective: Although modern coronary artery bypass grafting (CABG) practice has increasingly focused on multiarterial bypass grafting or bilateral thoracic artery grafting, the saphenous vein (SSV) is still the most commonly used CABG graft and accounts for 80% of all CABG grafts. . However, studies examining modifiable surgical factors such as anastomotic technique are limited. This study aimed to compare clinical outcomes and graft patency according to vein graft anastomosing techniques using CT angio in 5 years postoperatively. **METHODS:** From January 2013 to December 2020, 600 patients who underwent CABG using a sequential or individual bypass technique were included in the study. Graft patency was assessed using coronary computed tomography angiography in 5 years postoperatively.

Results: The study included 600 patients, 200 in the sequential bypass group (33.3%) and 400 (66.7%) in the individual (Y-type) bypass group. There were no significant differences in overall mortality [hazard ratio [HR], 0.96; 95% confidence interval [CI], 0.79 to 1.17; $P = 0.67$]. The rates of cumulative death, nonfatal myocardial infarction, and repeat revascularization also did not differ significantly between the sequential and individual CABG groups (HR, 0.91; 95% CI, 0.75 to 1.09; $P = 0.30$). Sequential grafts according to CT angio tend to be more competent than Y-type grafts (98% VS 91% competent graft ration accordingly). **CONCLUSIONS:** Sequential and individual (Y-shaped) bypass techniques did not show significant differences in safety and effectiveness, but long-term patency of the sequential grafts was better than Y-type (composite) grafts.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ПОДГОТОВКЕ К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

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

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

Цель исследования. Определить тактику предоперационной медикаментозной подготовки больных ишемической болезнью сердца с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и разной степенью компенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН), изучить возможности использования левосимендана (Л) в этой подготовке.

Методы. Исследованы 35 пациентов с тяжелой стенокардией напряжения, многососудистым поражением коронарных артерий, обширным постинфарктным рубцом, ФВЛЖ $\leq 35\%$, ХСН и доказанным коронарное шунтирование (КШ). Все пациенты до операции получали длительную стандартную терапию ХСН: петлевой диуретик, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина, бета-блокатор, антагонист альдостерона. В первой, ретроспективной части исследования (15 больных), определяли, какие факторы могут быть ассоциированы с периоперационной острой сердечной недостаточностью (ОСН). Во второй, проспективной части (20 больных), сравнивали исход операции и течение раннего послеоперационного периода у пациентов с компенсированной и некомпенсированной ХСН; вторые дополнительно к стандартной терапии за 2 сут. до операции получали Л. В третьей, ретропроспективной части исследования (15 больных), была оценка этих же показателей у пациентов с некомпенсированной ХСН при разной предоперационной медикаментозной подготовке.

Результаты. Статистически значимое прямое влияние на развитие периоперационной ОСН оказал комбинированный признак – венозный застой легких (ВЗЛ) + ортопноэ ($p < 0,01$). Больным с наличием этого признака, т.е. с некомпенсированной ХСН, до операции вводили Л; в этом случае исходы операции и параметры течения раннего послеоперационного периода оказались сходными с таковыми у больных, исходно компенсированных; статистически значимо более высоким был лишь инотропный индекс (ИИ) к моменту окончания операции ($p = 0,03$). Эффект Л подтвержден при анализе больных только с некомпенсированной ХСН: у получавших препарат значимо ($p < 0,05$) меньшими были ИИ, длительность инотропной поддержки,

время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии и госпитальный койко-день.

Выводы. У кандидатов на КШ с низкой ФВЛЖ и декомпенсированной ХСН дооперационное применение левосимендана улучшает исход операции и течение раннего послеоперационного периода.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Д.Э. Абдулжабборова, Б. Казаков

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST на ЭКГ представляет собой критическое состояние, сопровождающееся высоким риском тяжелых осложнений, таких как кардиогенный шок, отек легких, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и разрыв миокарда. Своевременная диагностика и мониторинг этих осложнений жизненно важны для улучшения клинических исходов.

Цель. Изучить клинические и лабораторные предикторы развития ранних и поздних осложнений у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, а также разработать алгоритм оптимизации диагностики и лечения данных осложнений.

Материалы и методы. Исследование включало 157 пациентов с документированным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, госпитализированных в кардиологическое отделение. Возраст пациентов варьировался от 39 до 75 лет (средний возраст $52,3 \pm 7,87$ года). Для диагностики и мониторинга осложнений проводились следующие методы:

1. Электрокардиография (ЭКГ): регистрация в 12 отведениях при поступлении и в динамике.
2. Эхокардиография (ЭхоКГ): оценка структурно-функциональных параметров сердца.
3. Лабораторные исследования:
 - Биохимические маркеры некроза миокарда: миоглобин (60 ± 5 мкг/л), КФК (210 ± 15 Ед/л), КФК-МВ (45 ± 4 Ед/л), ЛДГ (460 ± 20 Ед/л), тропонин I ($0,6 \pm 0,1$ нг/мл).
 - Уровни АЛТ (70 ± 5 Ед/л), АСТ (85 ± 7 Ед/л) для оценки печеночной функции.
 - Уровни натрийуретического пептида (BNP) на 1-е сутки после тромболитической терапии (ТЛТ) и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ): $320,0 \pm 3,5$ нг/мл.
4. Холтеровское мониторирование: для выявления реперфузионных аритмий.

Результаты. В исследовании выявлены следующие клинические и лабораторные предикторы осложнений:

- Кардиогенный шок: Наиболее часто встречался у пациентов с высоким уровнем BNP в 1-е сутки ($320,0 \pm 3,5$ нг/мл). Значительное повышение уровней АЛТ (70 ± 5 Ед/л) и АСТ (85 ± 7 Ед/л) также коррелировало с развитием кардиогенного шока.
- Отек легких: У пациентов с отеком легких отмечались повышенные уровни BNP ($315,0 \pm 3,4$ нг/мл).
- Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА): в группе пациентов с ТЭЛА наблюдалось значительное повышение уровней BNP ($310,0 \pm 3,2$ нг/мл) и маркеров некроза миокарда (миоглобин 60 ± 5 мкг/л, тропонин I $0,6 \pm 0,1$ нг/мл).
- Разрыв миокарда: уровни BNP были существенно выше у пациентов с разрывом миокарда, составляя $310,0 \pm 3,3$ нг/мл.

Заключение. Определение уровней BNP, АЛТ и АСТ в сочетании с холтеровским мониторированием и стандартными биохимическими маркерами некроза миокарда является важным компонентом в диагностике и мониторинге осложнений у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Ранняя идентификация пациентов с высоким риском осложнений позволяет своевременно корректировать тактику лечения и улучшать прогноз заболевания.

НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ХОЛИНА

*У.А. Абдуллаева, М.Г. Туйчиева,
У.А. Матхаликова, И.М. Сохибоев*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Проблема терапии нейродегенеративных болезней, воспалительных и ишемических повреждений центральной нервной системы имеет большое значение для современной медицины и представляет собой серьезную социальную проблему. В настоящее время для лечения этих заболеваний используется преимущественно симптоматическая терапия, которая не влияет на их течение, в связи с этим существует необходимость разработки лекарственных средств патогенетического действия.

Несмотря на разнообразную клиническую картину и различную этиологию этих заболеваний, ключевым звеном развития болезней считают гибель нейронов, поэтому нейропротекция рассматривается в качестве важнейшей цели для патогенетической фармакотерапии.

Одними из перспективных нейропротекторов являются предшественники холина – цитиколин и холина альфосцерат. Холины обладают широким

спектром действия – способствуют восстановлению поврежденных мембран клеток, ингибируют действие фосфолипаз, препятствуют избыточному образованию свободных радикалов, предотвращают гибель клеток, воздействуя на механизмы апоптоза, защищают от ишемии мембраны нейронов за счет сохранения сфингомиелина и кардиолипина; ингибируют фосфолипазу A2, что приводит к уменьшению воспаления в пораженном месте, улучшают нейротрансмиссию и метаболизм нейронов, нормализуют активность Na⁺-K⁺-АТФазы, активируют нейрональные митохондриальные цитохромоксидазы, нормализуя тканевое дыхание. Недавние исследования показывают, что предшественники холина оказывают терапевтический эффект как при острой фазе цереброваскулярного нарушения легкой степени, так и при лечении его последствий.

Клинические испытания показали, что их использование актуально при лечении биполярного расстройства, кокаиновой зависимости, неартериальной ишемической невропатии зрительного нерва, глаукомы, амблиопии, черепно-мозговых травм легкой степени. Предшественники холина увеличивают мышечную силу людей, перенесших нетравматическое церебральное кровоизлияние, улучшают биоэнергетику фронтальной доли головного мозга, повышают обучаемость и память, показывают умеренную клиническую эффективность для профилактики и лечения последствий инфаркта головного мозга. В ряде работ показано благоприятное влияние предшественников холина на процессы обучения и памяти при болезни Альцгеймера и цереброваскулярной патологии.

Таким образом, совокупность экспериментальных и клинических данных позволяет рассматривать предшественники холина в качестве перспективных нейротерапевтических лекарственных средств.

**ЮРАК АУСКУЛЬТАЦИЯСИ УСУЛИНИНГ
ҲОЗИРГИ КУНДАГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТДАГИ ЎРНИ
(КОРРЕЛЯЦИОН ТАҲЛИЛ)**

*Абдурахманов А.А., Тохтарбаев Д.Б.,
Шакаров Ш.Б.*

**Республика шошилиньч тиббий ёрдам
илмий маркази, Тошкент**

Кириш: Ҳозирги кунга келиб юрак аускультацияси усули таъсир доираси торайганига қарамасдан замонавий тиббиётда классик ташхис қўйиш усули сифатида ўз ўрнига ва аҳамиятига эгадир. 1816 йилда француз шифокори René-Théophile-Hyacinthe Laënnec биринчи бўлиб сте-

тоскопни кашф этди ва юрак тонлари ҳақидаги биринчи илмий ҳулосаларни нашр қилди. Бу кашфиётдан кейинги даврларда юрак аускультацияси усули билан амалий тиббиёт шифокорлари юрак тонларини тўғри интерпретация қилиш орқали юрак анатомик нуқсонларига ва унинг физиологик ишлашига тўғри баҳо бериб келди. Лекин, бугунги кунда юрак аускультацияси амалий жиҳатдан кам ёки ноадекват қўлланилиши бу услуга бўлган умумий академик қизиқишнинг камайишига олиб келди. Бу тажрибамиз орқали Республика шошилиньч тиббий ёрдам илмий маркази кардиожарроҳлик бўлимида клиник ординаторларининг аускультатив усул билан бирламчи ташхис қўйишнинг тажриба ва аниқлик орасидаги корреляцион таҳлилини тақдим этамиз.

Материал ва усуллар. Бу таҳлилга 8 та клиник ординатор икки ой давомида амалий иштирок этди. Тажрибада «Littmann Master Cardiology» ва «Littmann Classic III» стетоскопларидан фойдаланилди. Клиник ординаторлар тажриба бошланган кундан бошлаб 60 кун давомида митрал клапан ва аортал клапанлар етишмовчилиги ҳамда стенози бўлган беморларни аускультатив текширувдан ўтказишди. Юрак шовқинлари аниқланиб, сўровномага қайд этилди. Натижалар доимий равишда илмий раҳбар томонидан 10 баллик мезон асосида баҳоланди. Статистик таҳлил учун биринчи ўзгарувчи қилиб давомий 60 кунлик вақт ва иккинчи ўзгарувчи қилиб клиник ординаторларнинг шу вақт ичида олган баҳолари кўрсатилди. Олинган натижаларнинг нормал тақсимооти Колмогоров-Смирнов тести бўйича аниқланиб, ўзгарувчилар орасидаги боғлиқлик Пирсон мезони бўйича баҳоланди. Статистик амалиётлар «IBM SPSS Statistics 23.0.0» дастурида олиб борилди.

Натижалар: Статистик таҳлил шуни кўрсатдики, ўзгарувчилар орасидаги тақсимот нормал ($z = 0,2$) ва бир-бирига корреляцион боғлиқлиги кучли ($r\text{-Pearson} = 0,924$).

Ҳулоса: Ўзгарувчиларнинг корреляцион боғлиқлиги кучли мусбат характерга эга бўлиб, аускультатив амалиётнинг давомий такрорланиши шу соҳада тажрибанинг ортишига ижобий таъсир қилади.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ
РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
С ЗУБЦОМ Q У ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ
COVID-19 В АНАМНЕЗЕ**

А.А. Азимов, Ш.О. Абдувалиева

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

Актуальность. Встречаемость острого инфаркта миокарда (ОИМ) предопределяет множество факторов – возраст, гендерная принадлежность, сопутствующие соматические патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперлипидемия), особенности образа жизни, генетическая предрасположенность и доступность медицинской помощи. COVID-19, вызванный коронавирусом SARS-CoV-2, обуславливает различные кардиоваскулярные проблемы у пациентов – повышенный риск острой коронарной патологии, такой как ОИМ, вследствие увеличения тромбообразования, воспаления и повреждения эндотелия сосудов, а также повышение требований к кислороду из-за гипоксемии и гиперкоагуляции, глубоких венозных тромбозов и легочных эмболий. Не меньшей частотой встречаемости при COVID-19 характеризуется и развитие аритмий, включая фибрилляцию предсердий, желудочковые тахикардии и другие нарушения сердечного ритма, что обусловлено электролитными нарушениями, воспалением миокарда или даже прямым воздействием вируса на сердце.

Констатировано увеличение смертности от ОИМ во время пика COVID-19, возможно, из-за отсрочки поиска медицинской помощи из-за страха заразиться в больнице или из-за перенаправления ресурсов здравоохранения на борьбу с пандемией.

Влияние пандемии COVID-19 на распространенность ОИМ является важным исследовательским вопросом в кардиологии, так как в ходе пандемии многие страны столкнулись с изменениями в системе здравоохранения, режиме жизни населения, доступности медицинской помощи и другими факторами, которые могли повлиять на частоту случаев ОИМ.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ влияния факторов риска ОИМ с зубцом Q у больных с и без COVID-19 в анамнезе.

Материал и методы. В исследование были включены 235 больных ОИМ с зубцом Q, получивших стационарное лечение в период с 2022 по 2023 г., из них 70 (29,79%) женщин и 165 (70,21%) мужчин, в возрасте 30–95 лет, средний возраст – $61,40 \pm 10,36$ года.

Результаты исследования. Изучение силы влияния различных факторов на госпитальную летальность исследуемых пациентов позволило прийти к

выводу, что возраст, как изолированный фактор, обладает большой силой влияния на вероятность летальности в стационаре и имеет относительный риск (ОР) – 1,67 (95% ДИ: 1,2–2,6), практически отсутствует влияние гендерной принадлежности – ОР = 0,63 (95% ДИ: 0,22–0,96) ($p \leq 0,05$). При поправках на возраст статистически значимо влияли артериальная гипертензия – ОР=1,63 (95% ДИ: 1,1–2,5), гиперхолестеринемия – ОР=1,45 (95% ДИ: 1,1–1,8), избыточная масса тела – ОР=1,31 (95% ДИ: 1,2–2,1) и ожирение – ОР=1,44 (95% ДИ: 1,2–2,7), табакокурение – ОР=1,4 (95% ДИ: 1,1–1,9), так как в группах погибших их распространенность значимо превосходила распространенность среди живых ($p \leq 0,05$).

Идентичная картина складывается и при анализе влияния кардиоваскулярных заболеваний на госпитальную летальность, в частности ИБС и фибрилляция предсердий не повышают вероятности смерти в стационаре от ОИМ – ОР=1,03 (95% ДИ: 0,9–1,1) и 1,09 (95% ДИ: 0,8–1,2) ($p \leq 0,05$). Такие факторы, как гиподинамия, сахарный диабет 2 типа, плохие социально-экономические условия при расчете с поправками на возраст имели значимо большее распространение среди погибших в сравнении с выжившими больными, что позволяет их считать независимыми предикторами госпитальной летальности от ОИМ с зубцом Q – ОР=1,38 (95% ДИ: 1,3–2,4), 1,45 (95% ДИ: 1,1–2,2) и 1,27 (95% ДИ: 1,1–1,7) соответственно ($p \leq 0,05$).

Следует отметить, что гипертрофия миокарда ЛЖ статистически значимо увеличивала вероятность госпитальной летальности больных с ОИМ (ОР=1,47) (95% ДИ: 1,1–2,1) ($p=0,042$). Вероятность пережить первые 3 суток, в которые погибали 77,3% от числа умерших пациентов с ОИМ с зубцом Q худшей была у пациентов, перенесших COVID-19, что вполне ожидаемо, максимальной была вероятность выжить в первые 72 часа у больных без COVID-19 в анамнезе. Вероятность избежать госпитальной летальности также оставалась максимальной у больных без COVID-19 в анамнезе, несколько меньшей вероятность констатирована при применении комплексной терапии, минимальной была у пациентов, перенесших COVID-19 и получавших стандартную терапию, что однозначно обусловлено эффективностью проводимой комплексной фармакотерапией.

При применении разработанной нами комплексной фармакотерапией ОИМ с зубцом Q у больных, перенесших COVID-19, при выживании в первые 72 часа вероятность выжить в стационаре стремится к 100%. Таким образом, по итогам госпитального этапа лечения пациентов с ОИМ с зубцом Q выжили 90,64%.

Заключение. У пациентов с ОИМ с зубцом Q, перенесших COVID-19, возраст, как изолированный фактор, обладает большой силой влияния на про-

гноз течения и исход с относительным риском (ОР) – 1,67 (95% ДИ: 1,2–2,6), практически отсутствует влияние гендерной принадлежности – ОР=0,63 (95% ДИ: 0,22–0,96) ($p \leq 0,05$). При поправках на возраст статистически значимо влияли артериальная гипертензия – ОР=1,63 (95% ДИ: 1,1–2,5), гипертрофия миокарда ЛЖ – ОР=1,47 (95% ДИ: 1,1–2,1) ($p=0,042$), гиперхолестеринемия – ОР=1,45 (95% ДИ: 1,1–1,8), избыточная масса тела – ОР=1,31 (95% ДИ: 1,2–2,1) и ожирение – ОР=1,44 (95% ДИ: 1,2–2,7), табакокурение – ОР=1,4 (95% ДИ: 1,1–1,9), гиподинамия – ОР=1,38 (95% ДИ: 1,3–2,4), сахарный диабет 2 типа – ОР=1,45 (95% ДИ: 1,1–2,2), плохие социально-экономические условия – ОР=1,27 (95% ДИ: 1,1–1,7) ($p \leq 0,05$), ИБС – ОР=1,03 (95% ДИ: 0,9–1,1) и фибрилляция предсердий – ОР=1,09 (95% ДИ: 0,8–1,2).

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ

А.А. Азимов, Ш.О. Абдувалиева

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. COVID-19 даже спустя несколько лет в мировом масштабе признается одной из актуальных медико-социальных проблем мирового здравоохранения, так как усугубляет течение множества внелегочных симптомов и патологий. Наиболее резко это проявляется у пациентов с кардиоваскулярной патологией, усиливая и активизируя их, что обуславливает формирование осложнений.

Цель исследования. Сравнить динамику изменений лабораторных показателей у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с зубцом Q после COVID-19 и без него.

Материал и методы. В исследование были включены 235 больных с ОИМ с зубцом Q, получивших стационарное лечение в период с 2022 по 2023 г., из них женщин было 70 (29,79%), мужчин – 165 (70,21%), в возрасте 30–95 лет, средний возраст – $61,40 \pm 10,36$ года.

В основную группу (ОГ) нами путём случайной выборки были включены 82 пациента, ранее переболевшие COVID-19 – 26 (31,7%) женщин и 56 (68,3%) мужчин, в возрасте 34–95 лет, средний возраст – $62,52 \pm 10,16$ года.

В группу сравнения (ГС) вошли больные обо-его пола и любого возраста с ОИМ с зубцом Q без COVID-19 в анамнезе, которым было проведено стентирование ИСКА – всего 153 пациента, из них 44 (28,76%) женщины и 109 (71,24%) мужчин в возрасте 30–90 лет, средний возраст – $60,79 \pm 10,44$ года.

Всем пациентам ОИМ с зубцом Q нами было проведено стентирование инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА). По проводимой медикаментозной терапии ОГ была разделена на 2 равные подгруппы. В ГС ($n=153$) и ОГ 1 ($n=41$) проведено на фоне стентирования ИСКА стандартное лечение из нескольких направлений медикаментозной коррекции: антиагрегантная, антикоагулянтная, гиполипидемическая терапия, β -блокаторы, ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы или ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. ОГ 2 подгруппа ($n=41$) получала дополнительно к ИСКА и стандартному базовому лечению: аторвастатин 80мг или розувастатин 40 мг ежедневно и пероральный антикоагулянт из группы прямых ингибиторов фактора Ха – ривароксабан (Ксарелто) в дозе 5–30 мг при клиренсе креатинина выше 30 мл/мин.

Результаты исследования. У пациентов с ОИМ с зубцом Q показатель на момент госпитализации ПТИ в 1,2–1,6 раза ниже нормы, АЧТВ двукратно превышает допустимые значения, уровень глюкозы крови натощак почти двукратно выше нормы, такие показатели, как АСТ, в ОГ превышали норму в 2,25 раза, а в ГС – почти четырехкратно, средний показатель всех пациентов в 3,2 раза был выше максимальной границы нормы, АЛТ в 1,5 раза превышала норму в ОГ и двукратно в ГС.

Одним из маркеров ОИМ признана креатинфосфокиназа (КФК) МВ, которая у наших пациентов с ОИМ с зубцом Q практически шестикратно превышала норму, в ОГ – в 4,5 раз, в ГС – в 6,36 раза, что, конечно, имеет статистически значимые отличия ($p \leq 0,001$).

Проведенные нами исследования уровня D-димера показали, что в ОГ превышает норму в 5,77 раз, а в ГС – в 3,4 раза ($p \leq 0,05$), концентрация ферритина – практически двукратно, СРБ – двукратно в ОГ и в 1,6 раза в ГС ($p \leq 0,05$).

Уровень тропонина I в ОГ достиг $5,94 \pm 0,74$ нг/мл, а в ГС – $5,14 \pm 0,44$ нг/мл, т.е. практически идентично, но многократно отличаясь от нормы (0,3 нг/мл) – в 19,8 и в 17,3 раза ($p \leq 0,05$).

Показатели коагулограмм под влиянием фармакотерапии проявляли более лучшую тенденцию к восстановлению в госпитальный период, причем по большинству показателей констатируется статистически значимая разница с уровнями при госпитализации на момент выписки из стационара, также следует отметить статистически значимую разницу к окончанию госпитального периода в показателе уровня фибриногена – $3,9 \pm 0,1$ г/л в ГС и $4,6 \pm 0,15$ г/л в ОГ1 ($p \leq 0,05$), при статистически значимой разнице ОГ1 с ОГ2 – $3,7 \pm 0,1$ г/л ($p \leq 0,05$), что говорит о сопоставимой результативности фармакотерапии в ГС и ОГ2 по данному показателю.

Такая же тенденция характеризует АЧТВ, так, констатируется статистически значимая разница к окончанию госпитального периода между ГС ($33,1 \pm 1,3$ сек.) и ОГ1 ($37,8 \pm 1,8$ сек.) ($p \leq 0,05$) и статистически значимая разница ОГ1 с ОГ2 – $34,2 \pm 1,5$ сек. ($p \leq 0,05$).

Такой показатель, как МНО, демонстрирует схожие показатели на 7-е сутки госпитального периода – $1,1 \pm 0,01$ сек. в ГС (при отсутствии каких-либо изменений относительно госпитализации), $1,38 \pm 0,05$ сек. в ОГ1 ($p \leq 0,05$) и статистически значимую разницу ОГ1 с ОГ2 – $1,12 \pm 0,02$ сек. ($p \leq 0,05$), также в ОГ1 и ОГ2 констатируется статистически значимая разница с результатами к окончанию первых 3-х суток – $1,2 \pm 0,1$ сек. и $1,3 \pm 0,1$ сек. соответственно ($p \leq 0,05$).

Наиболее яркую разницу демонстрирует сывороточная концентрация D-димера, так, еще при госпитализации его уровни в ОГ1 и ОГ2 статистически значимо отличались от показателя ГС – $1470,3 \pm 76,7$ нг/мл и $1474,4 \pm 78,4$ нг/мл против $877,3 \pm 38,5$ нг/мл соответственно ($p \leq 0,05$). Спустя 3 суток картина оставалась схожей – в ГС – $688,4 \pm 47,3$ нг/мл, что имело статистически значимое отличие от уровня при госпитализации в этой группе, как и в ОГ1 и ОГ2 – $1230,2 \pm 51,3$ нг/мл и $1105,1 \pm 49,7$ нг/мл соответственно ($p \leq 0,05$). Кроме того, показатели ОГ2 характеризовались статистически значимой разницей с уровнем ГС и ОГ1 на уровне $p \leq 0,05$ и занимали по уровню среднее место. На 7-е сутки концентрация D-димера во всех группах имела статистически значимое отличие от уровня при госпитализации и через 72 часа после нее на уровне $p \leq 0,05$. Показатели концентрации D-димера в ОГ2 имели статистически значимую разницу с показателями ГС и ОГ1 ($p \leq 0,05$).

Абсолютно идентичную D-димеру картину демонстрировала в разрезе сроков и групп концентрация ферритина. Сывороточный уровень СРБ при госпитализации в ОГ1 и ОГ2 статистически значимо отличался от показателя ГС – $12,7 \pm 0,7$ мг/л и $12,4 \pm 0,6$ мг/л против $9,8 \pm 0,5$ мг/л соответственно ($p \leq 0,05$). Концентрация СРБ на 7-е сутки во всех группах статистически значимо отличалась от исходных уровней при госпитализации, так, в ГС на момент окончания госпитализации – $6,9 \pm 0,6$ мг/л, в ОГ1 – $9,4 \pm 0,7$ мг/л, ОГ2 – $8,1 \pm 0,7$ мг/л ($p \leq 0,05$), причем результаты ОГ1 значимо разнились с ГС ($p \leq 0,05$).

Все остальные показатели биохимического анализа крови характеризовались статистически значимыми отличиями уровней на 7-е сутки от исходных концентраций, причем параметры мочевины и глюкозы характеризовались статистически значимыми отличиями от данных ГС в этот же период ($p \leq 0,05$), а все остальные показатели, за исключением креатинина, значимо отличались от уровней спустя 3 суток от госпитализации ($p \leq 0,05$). Уровни

АЛТ и АСТ при госпитализации в ОГ1 и ОГ2 статистически значимо отличались от показателя ГС на уровне $p \leq 0,05$.

Концентрация КФК МВ также имела статистически значимые отличия при госпитализации в ОГ1 и ОГ2 от показателя ГС – $113,2 \pm 9,7$ ед/л и $111,1 \pm 9,5$ ед/л против $159,4 \pm 11,6$ ед/л соответственно ($p \leq 0,05$). Уровни КФК МВ спустя 72 часа от госпитализации имели значимые отличия от исходных уровней, а уровни на 7-е сутки имели статистически значимую разницу с уровнями при госпитализации и через 3-е суток от нее ($p \leq 0,05$).

Показатели концентрации тропонина спустя 72 часа от госпитализации имели значимые отличия от исходных уровней ($p \leq 0,05$), а уровни на 7-е сутки имели статистически значимую разницу с уровнями при госпитализации и через 3-е суток от нее ($p \leq 0,05$), но ни в какой период не имели значимой разницы между группами.

Динамический мониторинг показателей липидного спектра демонстрирует отсутствие статистически значимых изменений всех показателей за 7 суток госпитального лечения, но такой показатель как ЛПНП демонстрирует статистически значимую разницу уровней ОГ1 и ОГ2 относительно ГС при госпитализации – $4,2 \pm 0,1$ ммоль/л и $4,4 \pm 0,2$ ммоль/л против $3,6 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно ($p \leq 0,05$), а также спустя 72 часа – $4,1 \pm 0,1$ ммоль/л и $4,2 \pm 0,1$ ммоль/л против $3,5 \pm 0,15$ ммоль/л соответственно ($p \leq 0,05$) и через 7 суток госпитального лечения – $3,9 \pm 0,1$ ммоль/л и $3,7 \pm 0,1$ ммоль/л против $3,4 \pm 0,15$ ммоль/л соответственно ($p \leq 0,05$).

Заключение. Наглядные статистически значимые динамические изменения лабораторных показателей исследуемых групп однозначно подкрепляют предварительный вывод и позволяют утверждать, что комплексная фармакотерапия ОИМ с зубцом Q после ИСКА у больных после COVID-19 позволяет приблизиться к уровню эффективности стандартного лечения ОИМ пациентов без COVID-19.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАТАМНЕСТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ

Азимов А.А.

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – одна из самых распространенных и весомых причин летальности и инвалидизации населения практически во всех странах мира, а его вариант с зубцом Q занимает существенную долю среди

случаев острых инфарктов. COVID-19, вызванный коронавирусом SARS-CoV-2, обуславливает различные кардиоваскулярные проблемы – гиперкоагуляцию и высокий риск тромбозов, аритмий и прирост острой коронарной патологии.

Цель исследования. Сравнить динамику исследуемых показателей у пациентов с ОИМ с зубцом Q после COVID-19 и без него.

Материал и методы. В исследование были включены 235 больных с ОИМ с зубцом Q, получивших стационарное лечение в период с 2022 по 2023 г., из них 70 (29,79%) женщин и 165 (70,21%) мужчин – в возрасте 30–95 лет, средний возраст – $61,40 \pm 10,36$ года.

В основную группу (ОГ) нами путём случайной выборки были включены 82 пациента, ранее переболевшие COVID-19 – 26 (31,7%) женщин и 56 (68,3%) мужчин, в возрасте 34–95 лет, средний возраст – $62,52 \pm 10,16$ года. В группу сравнения (ГС) вошли больные обоего пола и любого возраста с ОИМ с зубцом Q без COVID-19 в анамнезе, которым было проведено стентирование ИСКА – всего 153 пациента, из них 44 (28,76%) женщины и 109 (71,24%) мужчин в возрасте 30–90 лет, средний возраст – $60,79 \pm 10,44$ года.

Всем пациентам в острый период ОИМ с зубцом Q нами было проведено стентирование инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА). По проводимой медикаментозной терапии ОГ была разделена на 2 равные подгруппы. В ГС ($n = 153$) и ОГ 1 ($n = 41$) проведено на фоне стентирования ИСКА стандартное лечение из нескольких направлений медикаментозной коррекции: антиагрегантная, антикоагулянтная, гиполипидемическая терапия, β -блокаторы, ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы или ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. ОГ 2 подгруппа ($n = 41$) получала дополнительно к ИСКА и стандартному базовому лечению: аторвастатин 80 мг или розувастатин 40 мг ежедневно и пероральный антикоагулянт из группы прямых ингибиторов фактора Ха – ривароксабан (Ксарелто) в дозе 5–30 мг при клиренсе креатинина выше 30 мл/мин.

Применены клинико-анамнестический, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Результаты исследования. На протяжении катамнестического наблюдения на протяжении 3 месяцев с ежемесячным обследованием после выписки из стационара с применением Холтер-ЭКГ и ЭхоКГ, коагулограмм и определения липидного спектра, сывороточных концентраций D-димера и СРБ не погиб ни один больной. Вероятность прожить 3 месяца после выписки из стационара у всех пациентов нашего исследования равнялась 1, т. е. 100%.

Сравнительный анализ результатов инструментального исследования постинфарктного периода изучаемых пациентов позволил нам оценить его течение, так если тахикардия на ЭКГ в ГС на момент выписки из стационара констатирована у 20,7% пациентов, через 1 месяц – у 15%, а спустя 3 месяца – у 8,6%, в ОГ1 ее доля составляла 25%, 19,4% и 13,9% соответственно, а в ОГ2 – 21,6%, 16,2% и 10,8%, что демонстрирует большую эффективность лечения в ГС, и ОГ2 в отличие от ОГ1. В то же время брадикардия в ГС при выписке имела место у 8,6%, в ОГ1 – у 11,1%, в ОГ2 – у 8,1%, через 1 месяц доля брадикардии составляла 6,4%, 8,3% и 5,4% соответственно, а к концу наблюдения – 4,3%, 8,3% и 5,4% соответственно, что также демонстрирует большую эффективность терапии в ГС и ОГ2 относительно ОГ1.

ГЛЖ на ЭКГ практически не проявляла динамики ни в одной сравниваемой группе. Атриовентрикулярная блокада на ЭКГ в ГС при выписке имела место у 2,1% больных, через 1 месяц – у 0,7% и отсутствовала спустя 3 месяца после выписки из стационара.

В ОГ1 и ОГ2 при выписке атриовентрикулярная блокада отсутствовала, через 1 месяц констатирована у 8,3% и 2,7% соответственно, через 3 месяца – у 5,6% и 2,7% соответственно, что говорит о некотором ухудшении состояния пациентов ОГ1 в большей степени относительно ОГ2, что также демонстрирует результативность проводимого лечения.

Фибрилляция предсердий по показателям ЭКГ при выписке констатирована нами у 3,6% больных ГС, у 5,6% в ОГ1 и у 5,4% в ОГ2, через 1 месяц в ГС не было зафиксировано такого нарушения ни у одного пациента, в ОГ1 эта патология диагностирована у тех же 5,6%, а в ОГ2 – у 2,7% пациентов, через 3 месяца в ГС и ОГ2 не было больных с таким нарушением, а в ОГ1 – у 2,8%.

Блокада ножек пучка Гиса по результатам ЭКГ при выписке выявлена у 10,7% больных ГС, в ОГ1 – у 11,1%, а в ОГ2 – у 10,8%, спустя 1 месяц – у 4,3%, 8,3% и 5,4% соответственно, а через 3 месяца – 1,4%, 5,6% и 2,7% соответственно, что также говорит о большей эффективности фармакотерапии больных ГС и ОГ2 относительно пациентов ОГ1.

Прогрессирующая тенденция характеризует расширение полостей сердца по ЭхоКГ – так, при выписке в ГС это состояние зафиксировано у 10%, в ОГ1 – у 33,3%, в ОГ2 – у 29,7%, через 1 месяц – у 62,9%, 72,2% и 56,8%, а через 3 месяца – у 57,9%, 63,9% и 45,9%, т. е. компенсаторные изменения затрагивали всех пациентов, но преобладали в ГС и ОГ2.

Динамика гипо/акинеза на ЭхоКГ и осложнений ОИМ с зубцом Q демонстрирует схожую эффективность лечения в динамике изменений в сравнительном аспекте групп, так, лучшую динамику де-

монстрирует ГС после ОГ2 и хуже сравниваемых групп – ОГ1.

Следует отметить, что тромбоз стента фиксировали у 1,4% пациентов ГС при выписке, по 1 больному в ОГ1 (2,8%) и в ОГ2 (2,7%), в течение 1 месяца такое состояние возникало у 0,7% (1 больного) в ГС и у 1 (2,8%) больного ОГ1 на фоне отсутствия в ОГ2, спустя 3 месяца тромбоз стента отсутствовал в ГС и ОГ2 и констатирован у 1 (2,8%) представителя ОГ1. Необходимость в повторной госпитализации по поводу кардиоваскулярной патологии через 1 месяц после выписки из стационара наблюдалась у 2,9% больных ГС, 5,6% пациентов ОГ1 и 2,7% больных ОГ2, спустя 3 месяца – у 3,6%, 5,6% и 5,4% соответственно. ХСН через 1 месяц после выписки из стационара диагностирована в ГС у 5,7%, в ОГ1 – у 8,3%, в ОГ2 – у 5,4%, через 3 месяца – у 6,4%, 8,3% и 5,4% соответственно.

Показатель системы гемостаза ПТИ продемонстрировал статистически значимую разницу показателей спустя месяц после выписки относительно госпитальных показателей во всех группах, так, в ГС $87,2 \pm 1,6\%$ против $83,8 \pm 1,5\%$, в ОГ1 $107,3 \pm 1,7\%$ против $79,6 \pm 2,8\%$, в ОГ2 – $91,5 \pm 1,6\%$ против $83,2 \pm 2,3\%$ ($p \leq 0,05$), причем показатели ГС и ОГ2 статистически значимо отличаются от результатов ОГ1 на уровне $p \leq 0,05$, но не имеют значимой разницы между собой. Спустя 3 месяца показатели ГС и ОГ2 также статистически значимо отличались от результатов своих групп до лечения и результатов ОГ1 спустя 3 месяца на уровне $p \leq 0,05$, но не имели значимой разницы между собой.

Идентичная картина статистической значимости отличий характеризует такие показатели гемостаза, как АЧТВ и МНО, несколько менее статистически значимой разницей отличается фибриноген.

Спустя 1 и 3 месяца после выписки D-димер характеризуется статистически значимой разницей с госпитальными уровнями во всех группах, причем через 1 месяц показатели ГС и ОГ2 значимо отличаются от показателей ОГ1 ($303,6 \pm 33,6$ нг/мл и $457,7 \pm 32,8$ нг/мл против $541,2 \pm 35,7$ нг/мл) ($p \leq 0,05$), одновременно показатели ОГ2 и ОГ1 значимо различаются от результатов ГС ($p \leq 0,05$). Идентичная картина характеризует взаимоотношения между группами через 3 месяца, что демонстрирует лучшую эффективность лечения в ГС, хорошую – в ОГ2 и худшую – в ОГ1.

Характеристики статистических взаимоотношений показателей ферритина по группам и срокам наблюдения абсолютно идентичны взаимоотношениям D-димера, также нами констатирована сильная прямая корреляция D-димера и ферритина у пациентов ГС – $r = 0,65$ ($p = 0,037$), в ОГ1 – $r = 0,62$ ($p = 0,042$) и в ОГ2 $r = 0,61$ ($p = 0,039$).

Через 1 месяц после выписки в ГС СРБ составлял в среднем $6,2 \pm 0,6$ мг/л, что статистически значи-

мо отличалось от результатов ОГ1 ($9,3 \pm 0,6$ мг/л) ($p \leq 0,05$), при этом средний результат ОГ2 ($6,9 \pm 0,6$ мг/л) характеризовался статистически значимой разницей с ОГ1 ($p \leq 0,05$), ГС и ОГ2 не имели значимых отличий друг от друга. Идентичная картина характеризует СРБ и спустя 3 месяца после выписки из стационара – в ГС – $4,9 \pm 0,5$ мг/л, в ОГ1 – $7,3 \pm 0,6$ мг/л, что имеет статистически значимые отличия между собой ($p \leq 0,05$), ОГ2 не имело статистически значимой разницы ни с какой из групп.

Средние групповые показатели биохимического анализа крови (мочевина, креатинин, глюкоза, АСТ, АЛТ), как и показатели липидного спектра, а также КФК МВ и тропонин I, не претерпевали статистически значимых изменений в период наблюдения ни в одной из исследуемых групп.

Заключение. Представленный сравнительный анализ результатов проводимых инструментальных и лабораторных исследований позволил нам прийти к выводу о практически сопоставимой эффективности проводимой стандартной фармакотерапии ОИМ с зубцом Q на фоне стентирования ИСКА в ГС и предлагаемой комплексной терапии ОИМ с зубцом Q на фоне стентирования ИСКА в ОГ2 (после перенесенного COVID-19), что позволяет рекомендовать разработанное комплексное лечение ОИМ с зубцом Q на фоне стентирования ИСКА в практическое здравоохранение. При этом необходимо учитывать, что у пациентов с COVID-19 в анамнезе стандартная фармакотерапия ОИМ с зубцом Q на фоне стентирования ИСКА (ОГ1) не оказывает должного эффекта, что выражается в более тяжелом течении госпитального этапа заболевания, большей летальностью и худшим состоянием пациентов в постинфарктном периоде (как минимум на протяжении 3 месяцев).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ ПЕРФУЗИИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

У.Б. Ахмедов, Н.М. Джуроева, Х.Г. Халикулов, Ф.Х. Кенжаев, Д.А. Чернов, Х.А. Мирзаев

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель. Определить роль объемной компьютерной томографии в прогнозировании жизнеспособности миокарда левого желудочка до и после хирургической реваскуляризации.

Материал и методы. Анализу подвергнуты 68 пациентов ИБС, перенесших операцию коронарно-

го шунтирования в РСНПМЦХ имени акад. В. Вахи-дова за период с 2018–2024 годы. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнено, помимо общепринятого клинического обследования, ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ, объемная компьютерная томография с целью оценки жизнеспособного миокарда. Выполнено исследование КТ перфузии миокарда методом объемного сканирования сердца и коронарных артерий с внутривенным контрастированием (Юнигексол-350) на аппарате «Aquillion one» (версии Genesis Toshiba, Япония), который позволяет получать одновременно 640 срезов толщиной 0,5 мм за один сердечный цикл, захватывая всю область сердца, определять анатомическое расположение зоны дефектов перфузии миокарда ЛЖ (субэндокардиальные, трансмиокардиальные), с введением стресс-агента аденозинтрифосфата (1 мг/кг в течение 3 мин) и в покое. Для анализа томограмм использован метод полярного картирования, реконструированного томографического изображения миокарда с использованием модели 17 сегментарного деления по АНА (American Heart Association, 2002 г.) для ЛЖ. Тем самым выявляется область (сегмент) с различным накоплением контраста, выраженного в отношении кровоснабжения эндокарда к эпикарду – transmural perfusion ratio (TPR). Исследование проведено пациентам в дооперационном периоде, на 5-е сутки после операции, а также на 30-е сутки после операции.

Результаты. Все 68 пациентов, перенесших операцию многососудистого коронарного шунтирования, были обследованы в предоперационном и раннем послеоперационном периодах (5–6 дни) с помощью объемной КТ-перфузии миокарда с стресс-агентом для глобальной и региональной функциональной оценки перфузии миокарда левого желудочка (ЛЖ). До операции из возможных 1156 сегментов ЛЖ 717 сегментов (62%) имели аномальную региональную функцию, то есть дефицит перфузии миокарда, тогда как в остальных 439 сегментах (38%) отмечались признаки нормальной перфузии. Основываясь на данных КТ перфузии, всем пациентам проводилась реваскуляризация сердца, нацеленная на участки с дефицитом перфузии миокарда. Через 1 месяц после реваскуляризации миокарда 66% (473 из 717) в дисфункциональных сегментах отметились улучшение сократительной способности миокарда. Через 6 месяцев после реваскуляризации миокарда еще в 17% дисфункциональных сегментах отметились улучшение сократительной способности миокарда, что в совокупности составило 83% общей положительной динамики.

Вывод. Объемная КТ перфузии миокарда является важным предиктором жизнеспособности миокарда ЛЖ и может использоваться при определении стратегии реваскуляризации миокарда, от-

носящегося к тому или другому бассейну кровоснабжения коронарной артерии.

ЗНАЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ ПРИ ВАСКУЛИТАХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ

Е.Н. Воркель, М.В. Черкасова, Т.М. Решетняк

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Введение. Ассоциированный с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА) системный васкулит (АНЦА-СВ) представляет группу редких и потенциально тяжёлых системных заболеваний. Поиск надёжных методов оценки активности АНЦА-СВ остаётся актуальным. Считается, что ключевую роль в патогенезе АНЦА-СВ принадлежит гиперактивации нейтрофилов. Среди показателей активации нейтрофильного звена, появившихся в клинической практике, можно выделить оценку уровня сывороточного кальпротектина (КЛП), который может быть маркером для мониторинга активности васкулита и выявления пациентов с риском рецидива заболевания.

Цель. Исследовать уровень сывороточного КЛП у пациентов с АНЦА-СВ и оценить его значение в определении активности заболевания.

Материалы и методы. В проспективное одномоментное исследование были включены 64 пациента (37 с ГПА, 11 с ЭГПА, 16 с МПА) от 18 лет с достоверным диагнозом АНЦА-СВ, преобладали женщины – 44 (69%). В качестве здорового контроля было включено 30 человек (22 женщины, 8 мужчин). Медиана возраста больных составила 53 года [39,5; 63] и контроля – 30 лет [25; 37]. Диагноз морфологически был подтверждён более чем у трети больных (37,5%). Для измерения активности АНЦА-СВ использовали общепринятый международный Бирмингемский индекс активности заболевания (Birmingham Vasculitis Activity Score, BVAS, версия 3). Высокая активность АНЦА-СВ соответствовала значению BVAS > 3 баллов. В зависимости от активности АНЦА-СВ больные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 33 больных с высокой активностью, во II группу – 31 пациент с низкой. Все обследования проводились на базе ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой. Для определения КЛП у больных АНЦА-СВ и здоровых доноров использовали набор реагентов (Bulhamann Laboratoris AG, Швейцария). Уровень КЛП по 95-му перцентилю у 30 здоровых доноров составил 7,17 мкг/мл, показатели выше этих цифр у пациентов считались повышенными. Пациентам с АНЦА-СВ

было выполнено определение уровня высокочувствительного СРБ в сыворотке крови (нормальное значение ≤ 5 мг/л) с помощью иммунонефелометрического метода на автоматическом анализаторе (Siemens, Германия). Всем пациентам проводились общепринятые методы обследования, согласно стандартам оказания медицинской помощи больным с системными васкулитами.

Результаты. Уровень КЛП в крови у больных АНЦА-СВ достоверно не различался по сравнению со здоровыми донорами ($p=0,078$) и не зависел от пола, возраста больных ($p=0,4$, $r=0,107$), длительности заболевания ($p=0,8$, $r=0,03$), специфичности АНЦА ($p=0,63$). Концентрация КЛП у пациентов с АНЦА-СВ в активной стадии (Ме 5,34 [3,62; 9,94]) была достоверно выше по сравнению у больных с низкой активностью ($p < 0,001$). При этом у 40% пациентов с высокой активностью васкулита были высокие уровни КЛП ($> 7,17$ мкг/мл). Было выявлено, что уровни КЛП у больных с низкой активностью АНЦА-СВ и здоровыми донорами сопоставимы (Ме 2,97 [1,55; 5,16] и Ме 2,9 [2,18; 3,93] соответственно).

Отмечена значимая корреляция КЛП с параметрами воспаления, такими как количество лейкоцитов ($r=0,34$; $p=0,006$), нейтрофилов ($p=0,004$, $r=0,36$), отношением нейтрофилов к лимфоцитам (NLR – neutrophil to lymphocyte ratio) ($p=0,004$, $r=0,35$), системным индексом воспаления (SII – systemic immune-inflammation index) ($p=0,007$, $r=0,33$). Среди всех биохимических показателей уровни КЛП в крови коррелировали с креатинином при АНЦА-СВ ($p=0,026$, $r=0,28$), но связи с СКФ ($p=0,51$, $r=-0,085$) и мочевым осадком не выявлялось. Хотя уровни КЛП были связаны с активностью заболевания, они не коррелировали с острофазовыми показателями, включая СОЭ и СРБ ($p=0,17$, $r=0,17$ и $p=0,056$, $r=0,254$ соответственно).

Выводы. Результаты исследования сывороточного КЛП у пациентов с АНЦА-СВ выявили, что его концентрация была достоверно выше у пациентов с активным АНЦА-СВ и коррелировала с индексами воспаления NLR и SII, что позволяет его рассматривать кандидатом оценки активности заболевания. Дальнейшие исследования КЛП в крови и моче в динамике при АНЦА-СВ остаются актуальными.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ И ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов, С.П. Эргашев

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Даже при отсутствии синдрома низкого сердечного выброса (СВ) синдром вазоплегии может привести к длительному применению вазопрессоров у пациентов после протезирования митрального клапана (ПМК). Выявление потенциально модифицируемых факторов риска для длительной фармакологической поддержки сердечно-сосудистой системы (ССС) дает возможность изучить стратегию снижения частоты послеоперационных кардиальных, легочных и почечных осложнений.

Цель исследования. Изучение обратимых факторов, связанных с длительной сердечно-сосудистой поддержкой после ПМК в условиях ИК.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 146 больных с недостаточностью МК, которым выполнена операция по протезированию МК в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова». Средний возрастной ценз пациентов составил $41,1 \pm 3,0$ года. Превалировали пациенты мужского пола (56,8%). Дооперационная оценка СН проводилась по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) и практически у всех 146 пациентов наблюдалась выраженная СН, оцененная как ФК III и IV. В зависимости от степени МН превалировали пациенты с МН III степени. Анамнез леченной или нелеченной АГ был определен у 78,4% больных. Сахарный диабет с потребностью в лекарствах или инсулине был выявлен с частотой 32,4%. Анамнез перенесенной неврологической дисфункции в виде транзиторной ишемической атаки определен у 12,2%. Предоперационная легочная гипертензия (ЛГ) выявлена на основании критериев EuroSCORE у 81,1% больных. На основании собранного анамнеза лекарственной терапии пациенты в большинстве случаев принимали препараты группы АРА-2 и блокаторов рецепторов ангиотензина II. При предоперационной оценке риска планируемой операции ПМК были изучены показатели EuroSCORE, ASA, SAPS II и APACHE III. Учитывая ожидаемое влияние планируемой операции, прогнозируемую послеоперационную гемодинамическую и инфузионную нагрузку нами оценена функция почек. Предоперационные показатели креатинина сыворотки крови, исходный СКФ в среднем соответствовали нормальным значениям. При этом СКФ ниже 60 мл/мин был выявлен с частотой в 8,1%.

Результаты. В нашем исследовании в общей сложности у 58 (39,7%) пациентов была необходима пролонгированная сердечно-сосудистая фармакологиче-

ская поддержка. Эти пациенты были старше ($p < 0,02$) и имели более высокий показатель EuroSCORE II ($p < 0,0001$), более частое снижение ФВ ЛЖ $\leq 30\%$ ($p < 0,0001$) и более высокую предоперационную ЛГ ($p < 0,0001$). Чаше наблюдалось затрудненное отлучение от ИК ($p < 0,0001$), более длительное время окклюзии аорты ($p = 0,0280$), более длительное время ИК ($p = 0,01$) и увеличение продолжительности анестезии ($p = 0,01$). В группах, зависимых от вазопрессоров, уровень лактата после ИК был выше ($p = 0,005$), а уровень гематокрита после ИК был ниже ($p = 0,0005$). В послеоперационном периоде длительность ИВЛ ($p < 0,0001$), пребывание в ОРИТ ($p < 0,0001$) и продолжительность пребывания в стационаре ($p < 0,0001$) были больше у пациентов с длительной сердечно-сосудистой фармакологической поддержкой. Выявлена значимая ассоциация между длительной сердечно-сосудистой фармакологической поддержкой и развитием острого повреждения почек (ОПП) ($p = 0,049$). Кроме того, инфузионная терапия в первые 24 часа после операции была отмечена большим суточным балансом жидкости в ОРИТ ($p < 0,0001$). Факторами риска длительной фармакологической и инфузионной терапии после ПМК являлись EuroSCORE II $> 5\%$ (ОШ=3,59, 95% ДИ – 1,86–6,95), ФВ ЛЖ $\leq 30\%$ (ОШ=22,6, 95% ДИ – 2,9–176,0), дилатация ЛЖ (ОШ=2,56, 95% ДИ – 1,32–4,95), анамнез перенесенного COVID-19 средней и тяжелой степени тяжести (ОШ=3,62, 95% ДИ 1,9–7,2), тяжелая ЛГ (ОШ=10,6, 95% ДИ – 3,7–30,7), продолжительность анестезии (увеличение в час с ОШ=1,39, 95% ДИ – 1,11–1,75), продолжительность ИК (увеличение в час с ОШ=1,44, 95% ДИ – 1,03–2,01), средняя дозанорадреналина во время процедуры $> 0,1$ мкг/кг/мин (ОШ=3,99, 95% ДИ – 1,73–9,18), трудное отлучение от ИК (ОШ=2,86, 95% ДИ – 1,67–4,88), аномальный уровень лактата ≥ 2 ммоль/л в первые 24 часа в ОРИТ (ОШ=1,73, 95% ДИ – 1,03–2,89) и баланс жидкости за первые 24 часа (на 1 л, ОШ=1,78, 95% ДИ – 1,41–2,24).

Заключение. Факторами риска длительной фармакологической и инфузионной терапии после ПМК являются высокий EuroSCORE II, низкая ФВ ЛЖ, анамнез перенесенного COVID-19 средней и тяжелой степени тяжести, тяжелая легочная гипертензия, продолжительность анестезии и ИК, высокие дозы норадреналина во время процедуры, трудное отлучение от ИК, аномальный уровень лактата и положительный баланс жидкости в первые 24 часа в отделении реанимации и интенсивной терапии.

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ – КРАЕУГОЛЬНЫЙ КАМЕНЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*Е.Г. Скородумова, Е.А. Скородумова,
А.В. Сиверина*

**ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Россия**

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – распространенная и потенциально смертельно опасная форма венозной тромбоэмболии. Она является третьей по частоте причиной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и связана с многочисленными наследственными и приобретенными факторами риска, а также с пожилым возрастом. ТЭЛА и тромбоз глубоких вен (ТГВ) входят в спектр венозных тромбоэмболических заболеваний (ВТЭ). Клиническая картина острой ТЭЛА варьирует от бессимптомной и случайно обнаруженной до массивной ТЭЛА, приводящей к немедленной смерти.

В России в условиях многопрофильного стационара ТЭЛА наблюдается у 15–20 из 1000 лечившихся пациентов, включая подвергшихся оперативному вмешательству. При этом летальность среди нелеченых пациентов достигает 40%, тогда как при своевременной диагностике и терапии она не превышает 10%. В результате более 15 лет наблюдений за пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями установлено, что наиболее часто ТЭЛА встречается при ишемической болезни сердца (52,1%), инфекциях (41,4%), артериальной гипертензии (24,9%), дыхательной недостаточности (20,1%) и злокачественных новообразованиях (18,4%), в послеоперационном периоде (37%). У онкологических больных риск ТЭЛА в 4–7 раз выше. У лиц со злокачественными опухолями головного мозга – 7,5%, при раке желудка-кишечного тракта – в 1–25%, при раке молочной железы – в 4,5–17,5%, при раке легких – в 4–10%. И в 13% случаев ТЭЛА может выступать первым клиническим проявлением онкологической патологии.

Несмотря на большой пул диагностических и лечебных стратегий в отношении ВТЭ, данное заболевание продолжает являться одним из ведущих в структуре смертности, осложняя течение заболеваний как терапевтического, так и хирургического профилей. При этом риск рецидива ТГВ после 6 месяцев лечения высокий: у 12,9% пациентов – через 1 год, у 22,8% пациентов – через 5 лет. Смертность от данной патологии тоже большая: около 60–100 тысяч американцев в год погибает от ТГВ/ТЭЛА, а 10–30% умирает в течение месяца после постановки диагноза. При этом среди пациентов с ТЭЛА с клиническими симптомами: 10% умирает в течение 1 часа, 36% умирает в течение 1 дня,

а 48% умирает в течение 3 месяцев. Данные сравнительного анализа нескольких клинических исследований позволяют сказать, что на настоящий момент времени процент летальности при наличии кардиогенного шока остается таким же и составляет 32,6%, в то время как в 1964–1976 гг. составлял 31%. Летальность же в отсутствии кардиогенного шока ниже, но при сравнительном анализе оказывается также сопоставимой (4,5% против 4%), что позволяет сказать, что, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и терапии, есть уникальные особенности пациентов, которые могут повышать риск летального исхода у пациентов с ВТЭ. Около 33% людей, перенесших тромбоз глубоких вен или тромбоэмболию легочной артерии, в течение 10 лет столкнутся с еще одним тромбозом.

Цель исследования. Установить значимость клиничко-анамнестических и лабораторно-инструментальных параметров в оценке вероятности летального исхода.

Материал и методы. Проанализировано течение заболевания 120 пациентов (60 мужчин, 60 женщин, в возрасте от 35 до 86 лет (средний возраст – $55,2 \pm 14,7$ года)) с тромбоэмболией легочной артерии, проходивших лечение по поводу хронической сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса в 2021–2022 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». Летальность в общей группе больных составила 4,2%, и по данному критерию пациенты были поделены на две группы. Лечение пациентов осуществлялось согласно стратификации риска ранней смерти от тромбоэмболии легочной артерии по рекомендациям Европейского общества кардиологов.

Результаты. Был построен фенотип пациентов с использованием методов многофакторного моделирования. Портрет пациентов, имевших повышенный риск летального исхода, выглядел следующим образом: гипотония (80,0% против 12,9%), наличие синкопального состояния в анамнезе (60% против 26,1%) и набухание вен шеи (40,0% против 5%), повышение плазменной концентрации уровня тропонина (60% против 18,3%, $p < 0,05$), уровня мозгового натрийуретического пептида (361 ± 32 пг/мл против 124 ± 18 пг/мл). Отношение правого желудочка к левому $> 0,9$ (61,8% против 26,9%, $p < 0,05$) снижение ударного объема сердца < 30 мл (80,0% против 17,3%, $p < 0,01$), систолического давления в легочной артерии > 70 мм рт.ст. (40,0% против 12,1%, $p < 0,01$).

Полученные результаты были подвергнуты анализу отношения шансов (ОШ), при котором установлено, что все они повышают вероятность наступления летального исхода, но наиболее значимыми являются снижение ударного объема при ЭхоКГ (ОШ=19; 95% ДИ – 0,015–179,14; $p < 0,01$); гипотония $< 90/60$ мм рт.ст. (ОШ=10; 95% ДИ – 1,5–

64,86; $p < 0,01$); синкопальные состояния в анамнезе (ОШ=4,2; 95% ДИ – 1,6–26; $p < 0,01$); набухание вен шеи (ОШ=12,11; 95% ДИ – 1,69–75,5 $p < 0,01$).

Заключение. Прогностически наиболее значимыми для развития смертельного исхода являются такие симптомы, как снижение артериального давления $< 90/60$ мм рт.ст., наличие синкопального состояния в анамнезе, набухание вен шеи, снижение ударного объема сердца < 30 мл по результатам ЭхоКГ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.К. Эргашев, Д.А. Алимов, Р.П. Туляков

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценить эффективность применения эмпаглифлозина в комплексном лечении острого коронарного синдрома (ОКС), осложненного острой сердечной недостаточностью (ОСН), у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Изучены результаты применения эмпаглифлозина в составе комплексной медикаментозной терапии ОКС, осложненного ОСН, у 27 больных с СД 2 типа, госпитализированных в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП в период 2001–2023 гг. Мужчин было 19 (70,4%), женщин – 8 (29,6%). Средний возраст больных составил $62,0 \pm 12,3$ года с диапазоном от 46 до 83 лет. Больные были разделены на две группы: основная группа больных ($n=10$) дополнительно к основной терапии получала эмпаглифлозин 10–25 мг/сут, контрольная группа ($n=17$) – только традиционную терапию.

Результаты. У больных ОКС, развившимся на фоне СД 2 типа ($n=27$), в 24 (88,9%) случаях констатировали наличие гипертонической болезни, в 15 (55,6%) – ожирения, в 10 (37,0%) – анемии, в 8 (29,6%) – хронической болезни почек, в 3 (11,1%) – заболевания щитовидной железы.

На фоне традиционной терапии ОКС (в контрольной группе) отмечено более значимое снижение систолического АД ($AD_{\text{сист}}$) в госпитальный период – со $138,8 \pm 15,1$ до $112,6 \pm 13,5$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), тогда как в основной группе пациентов на фоне назначения эмпаглифлозина эта динамика была несколько менее выражена – со $139,5 \pm 15,5$ до $118 \pm 10,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), что, очевидно, указывает на более безопасное и мягкое влияние препарата эмпаглифлозин на показатели гемодинамики больных с ОКС, развившемся на фоне СД 2 типа.

У больных, принимающих эмпаглифлозин, динамика гидробаланса была достоверно более значимая ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы, что позволило снизить среднюю суточную дозу парентерального диуретика (фуросемида) в основной группе к 7–12 суткам с 54 мг до 26 мг ($p < 0,01$). В контрольной группе пациентов в эти же сроки наблюдения средняя суточная доза фуросемида сохранялась в пределах 62–64 мг.

В основной группе пациентов к 10-м суткам терапии эмпаглифлозином на Эхо-КГ наблюдали статистически значимую ($p < 0,05$) положительную динамику в показателях индексируемого объема правого предсердия, конечно-систолического объема ЛЖ, ФВ ЛЖ, систолического давления в легочной артерии. В эти же сроки в контрольной группе больных отмечали значимое ($p < 0,05$) повышение конечно-систолического объема ЛЖ, однако индексированный объем левого предсердия не претерпел особой динамики.

Летальность в основной группе пациентов составила 10%, в контрольной – 17,6% (точный критерий Фишера (двусторонний) = 1,000; $p > 0,05$).

Заключение. У больных СД 2 типа основную терапию ОКС целесообразно дополнить препаратом эмпаглифлозин с первых суток госпитализации. Эмпаглифлозин, вне зависимости от статуса углеводного обмена и ФВ ЛЖ, способствует более быстрому устранению клинических и эхокардиографических симптомов ОН, характеризуется более плавным снижением артериального давления и более выраженным усилением диуретического эффекта фуросемида. Эмпаглифлозин следует рассматривать данный препарат как эффективное дополнение к основной терапии с первых суток госпитализации.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

*С.Б. Турсунов, Д.А. Алимов, Б.Ш. Алимханов,
С.М. Джафаров, М.М. Бахадирханов,
Х.Ф. Мирзакаримов*

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

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) является одной из лидирующих причин смерти и инвалидизации населения в развитых странах. Реваскуляризация пораженного церебрального бассейна улучшает прогноз и снижает летальность, что было доказано рандомизированными исследованиями. На сегодняшний день существует несколько способов реканализации при ИИ – тром-

болитическая терапия, метод эндоваскулярной механической тромбэкстракции с использованием стент-ретриверов и/или аспирационных катетеров.

Цель. Оценить результаты эндоваскулярной реперфузии при ОНМК.

Материалы и методы. С 2022 по 2024 год в РНЦЭМП выполнены интервенционные методы восстановления церебрального кровотока у 33 больных, госпитализированных в рамках шестичасового «терапевтического окна». Возраст пациентов колебался от 49 до 74 лет. Мужчин было 19 (57,5%), женщин – 14 (42,5%). После поступления в центр всем пациентам выполнена МСКТ головного мозга, при отсутствии геморрагического компонента следующим этапом выполнена церебральная ангиография. У 3 (9,1%) больных выявлена острая окклюзия ВСА, у 21 (63,6%) – окклюзия СМА и у 9 (27,3%) – окклюзия ПМА. Троем (9,1%) пациентам выполнена тромбаспирация из ВСА, после тромбаспирации, учитывая критический стеноз, им выполнено стентирование ВСА. В 30 (90,9%) случаях нами выполнены эндоваскулярные методы реваскуляризации интракраниальных артерий головного мозга. Данные пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе 21 (63,6%) пациентам выполнена первичная тромбаспирация, которая была эффективна в 16 (48,5%) случаях. В 5 (15,1%) случаях, при неэффективной тромбаспирации, нами выполнена тромбэкстракция с помощью стента-ретривера, которая была эффективна у 4 (12,1%) пациентов. В 1 (3,03%) случае методы тромбаспирации и тромбэкстракции были неэффективны. Во второй группе 9 (27,3%) пациентам выполнена первичная тромбэкстракция с помощью стента-ретривера, которая была эффективна в 7 (21,1%) случаях, в 2 (6,06%) случаях тромбэкстракция была неэффективна.

Результаты. Таким образом, успех эндоваскулярных вмешательств достигнут в 30 (90,9%) случаях. У 3 (9,09%) пациентов просвет сосуда восстановить не удалось, из них у одного (3,03%) в реанимационном отделении на вторые сутки развилось нарушение ритма в виде фибрилляции желудочков, повлекшее за собой смерть больного. В остальных двух (6,06%) случаях развилась стойкая гемисимптоматика. Пациенты после успешного эндоваскулярного лечения выписаны на 7–8 сутки, без грубого неврологического дефицита.

Выводы. Эндоваскулярная реваскуляризация является методом выбора для большинства пациентов с острым ишемическим инсультом, при своевременной госпитализации в пределах «терапевтического окна». Результаты данного вмешательства имеют глобальное значение для структурирования систем оказания экстренной медицинской помощи и своевременного лечения пациентов с острым ишемическим инсультом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ
ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА
МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ, ОСЛОЖНЕННОГО
МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ**

*М.И. Хайдаров, Д.А. Алимов,
Ш.Н. Салахитдинов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Х.Ф. Мирзакаримов,
С.М. Джафаров, Ш.Ш. Аскарлов*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

Цель. Анализ результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике INOUE у больных со стенозом митрального отверстия (СМО), осложненного мерцательной аритмией (МА).

Материал и методы. БМВ выполнена у 75 больных со СМО, осложненным МА, в возрасте от 16 до 54 лет (в сред. $31,2 \pm 3,8$ года). Мужчин было 8 (10,7%), женщин – 67 (89,3%). Всем пациентам для исключения тромбоза ЛП проводилась транспищеводная ЭхоКГ. У 14 (18,7%) пациентов исходно имелась регургитация на МК до I степени. В 2 (2,7%) случаях БМВ выполнена пациенткам с беременностью сроком от 24 до 28 недель. У 4 (5,3%) пациентов с предотеком легких БМВ выполнена в экстренном порядке.

Баллонная митральная вальвулопластика проводилась последовательно, начиная с диаметра баллона от 24 мм с увеличением на 1 мм, под контролем трансторакальной ЭхоКГ на каждом этапе. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширении S_{mo} более $1,5 \text{ см}^2$ при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

Результаты. У 74 (98,7%) из 75 больных удалось произвести успешную баллонную митральную вальвулопластику. В 1 (1,3%) случае ошибочная пункция задней стенки правого предсердия не потребовала каких-либо вмешательств. По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия после БМВ увеличилась в среднем с $1,1 \pm 0,2$ до $2,1 \pm 0,9 \text{ см}^2$. Градиент давления на МК снизился в среднем с $19 \pm 2,4$ до $8 \pm 1,7$ мм рт. ст. По данным интраоперационной тензиометрии систолическое давление в ЛП снизилось с $34 \pm 2,3$ до $16 \pm 1,4$ мм рт. ст., диастолическое – с $16 \pm 2,0$ до $8,5 \pm 1,5$ мм рт. ст., среднее – с $22 \pm 2,1$ до $11 \pm 0,9$ мм рт. ст.

У 21 (28,1%) пациента появилась регургитация на МК до I степени. У 8 (10,7%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени увеличилась до II степени, у 1 (1,3%) – до III ст. У 25 (33,3%) пациентов с мерцательной аритмией давностью до 6 мес. выполнена электрическая кардиоверсия, синусовый ритм восстановлен в 22 (88,2%) случаях.

После вмешательства у 73 (98,6%) из 74 больных отмечено значительное улучшение клинического со-

стояния, исчезли или уменьшились явления НК. У 1 больной с регургитацией на МК III степени отмечено незначительное улучшение клинической картины заболевания, она направлена к кардиохирургам на открытую коррекцию порока. Все остальные больные в удовлетворительном состоянии выписаны домой с рекомендациями наблюдения и лечения у ревматолога по месту жительства.

Вывод. Баллонная митральная вальвулопластика по методике Inoue у пациентов со стенозом митрального отверстия, осложненным мерцательной аритмией, является эффективным методом лечения у большинства (96,2%) больных, что дает основание считать ее альтернативой хирургическим методам коррекции порока.

**БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ
ПО ТЕХНИКЕ INOUE У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ
МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ**

*Ш.Н. Салахитдинов, Д.А. Алимов,
М.И. Хайдаров, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Х.Ф. Мирзакаримов,
С.М. Джафаров, Ш.Ш. Аскарлов*

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

Цель. Анализ результатов баллонной митральной комиссуротомии (БМК) стеноза митрального отверстия (СМО) по технике Inoue.

Материал и методы. Попытка БМК предпринята у 120 больных в возрасте от 16 до 54 лет (в сред. $31,2 \pm 3,8$) со СМО. Мужчин было 46 (38,3%), женщин – 73 (60,8%). У 88 (73,3%) пациентов СМО был первичным, у 26 (21,6%) – рестеноз, у 5 (4,1%) – ререстеноз.

У 38 (31,6%) больных порок был осложнен постоянной формой фибрилляции предсердий, у 2 (1,6%) – трепетанием предсердий. Из числа больных с рестенозом у 3 (11,5%) в анамнезе имела место острая недостаточность мозгового кровообращения различной степени тяжести. Из сопутствующих заболеваний у 1 (0,8%) больного имелась бронхиальная астма, у 2 (1,6%) – ИБС, у 2 (1,6%) – сахарный диабет.

По данным ЭхоКГ, у 103 (85,8%) больных площадь митрального отверстия (S_{mo}) составляла в среднем $1,1 \pm 0,2 \text{ см}^2$, у 16 (13,3%) – $0,6 \pm 0,08 \text{ см}^2$. У 10 (8,3%) пациентов исходно отмечалась регургитация на митральном клапане до I степени. Трансмитральный градиент по данным ЭхоКГ был в сред. $26,9 \pm 2,95$ мм рт. ст.

Критериями успеха БМК СМО являлись: увеличение S_{mo} более $1,5 \text{ см}^2$, раскрытие хотя бы одного из межкомиссуральных сращений, снижение транс-

митрального градиента ниже 10 мм рт. ст., отсутствие или появление регургитации на митральном клапане не более I степени, клиническое улучшение состояния.

Результаты. У 117 (97,5%) больных удалось выполнить успешную БМК. У 3 (2,5%) пациентов БМК не удалась, у 2 из них пункция МПП была безуспешной и у 1 не удалось провести баллонный катетер из ЛП в ЛЖ через критически суженное отверстие митрального клапана. Эти неудачи имели место на начальных этапах освоения методики. Летальный исход отмечен в 1 (0,8%) случае у больной с критическим СМО ($S_{mo} = 0,45 \text{ см}^2$), которая поступила в клинику с отеком легких.

По данным ЭхоКГ, S_{mo} после успешной БМК увеличилась в среднем с $1,1 \pm 0,2 \text{ см}^2$ до $2,1 \pm 0,9 \text{ см}^2$. Градиент давления на МК снизился в среднем с $26,9 \pm 2,95$ до $9 \pm 1,7$ мм рт. ст.

У 8 (6,6%) пациентов после успешной БМК появилась регургитация на МК до I степени. У 2 (20,0%) из 10 пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени увеличилась до II степени, у 1 (10%) – до III степени, последние больные были направлены к кардиохирургам для открытой коррекции порока. У остальных 7 (70%) больных с исходной регургитацией недостаточность митрального клапана после БМК оставалась без изменений.

Вывод. Анализ результатов показал, что БМК по технике Inoue является высокоэффективным методом лечения больных со стенозом митрального отверстия, что дает основание считать ее альтернативой хирургической коррекции порока.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОИМ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов,
Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Ш.Ш. Аскарлов, М.И. Хайдаров*

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

Цель исследования. Анализ результатов интервенционных вмешательств у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. В исследование включены 78 больных с ОИМ после АКШ, средний возраст составил $57,1 \pm 6,9$ года. Мужчин было 75 (96,2%), женщин – 3 (3,8%). Давность АКШ при поступлении в среднем составила $7,1 \pm 1,1$ года. ОИМ с подъемом сегмента ST диагностирован у 45 (57,69%), без подъема – 33 (42,31%). Из сопутствующих заболеваний у 70 (89,7%) была гипертоническая болезнь,

у 53 (67,9%) – сахарный диабет, у 13 (16,7%) – ожирение различной степени. У 54 (69,2%) пациентов имелся ПИКС, у 3 (3,8%) – ОНМК по ишемическому и у 2 (2,6%) – по геморрагическому типу. Из анамнеза: у 11 (14,1%) больных до АКШ имели место чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Всем пациентам (78 больных) выполнены ЧКВ, у 40 (51,3%) из них – на нативных КА, у остальных 38 (48,7%) – на аортокоронарных шунтах. Все пациенты до интервенционного вмешательства получали тройную антитромботическую терапию: клопидогрель в нагрузочной дозе (600 мг) и аспирин (300 мг), затем по 75 и 100 мг в сутки соответственно, а также гепарин 1000 МЕ в час в течение 3 суток. После интервенционного вмешательства пациенты продолжали прием внутрь аспирин 100 мг и клопидогреля 75 мг ежедневно сроком не менее 9–12 месяцев.

Результаты. В группе с интервенционными вмешательствами нативных КА положительный клинический и ангиографический успех достигнут у 38 (95%) из 40 больных. В одном случае многочисленные попытки реканализировать окклюзированный ПКА не увенчались успехом, у этого больного произведено стентирование стенозированной подключичной артерии с восстановлением кровотока по МКШ и ПМЖА. TIMI III. После стентирования подключичной артерии отмечено улучшение кровообращения по маммарной артерии и, следовательно, по ПМЖА.

Во второй группе с ЧКВ аутовенозных шунтов во всех случаях получен положительный ангиографический результат. Во всех случаях ЧКВ выполнялись только в симптом-связанных аутовенозных шунтах (АВШ). У 18 (47,4%) больных произведено стентирование АВШ в ПКА, у 10 (26,3%) – АВШ в ОА, у 5 (13,2%) – АВШ в ВТК, и у 2 (5,3%) – АВШ в АИ. Следует отметить, что имеющийся сопутствующие поражения нативных КА и/или АВШ подвергались ЧКВ спустя 20–21 день как второй этап реваскуляризации.

Несмотря на полученный хороший ангиографический результат, у 3 больных (0,4 %) с диффузными поражениями КА и с исходной низкой фракцией изгнания ЛЖ после успешной ЧКВ сохранялись признаки сердечной недостаточности.

Летальных исходов и осложнений, связанных с ЧКВ, не было отмечено.

Выводы. Чрескожные коронарные вмешательства как в нативных коронарных артериях, так и в аутовенозных шунтах у больных с острым инфарктом миокарда после перенесенного КШ являются высокоэффективным и безопасным методом лечения.

**ИВ НА АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТАХ У
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов,
Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, М.М. Хайдаров, Ш.Ш. Асакаров*

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

Цель исследования. Оценить результаты стентирования аортокоронарных шунтов (АКШ) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В исследование включены 32 больных с ОИМ после АКШ, средний возраст составил $58,2 \pm 5,9$ года. Мужчин было 30 (93,75%), женщин – 2 (6,25%). Давность АКШ при поступлении в среднем составил $8,3 \pm 1,4$ года. ОИМ с подъемом сегмента ST диагностирован у 12 (37,5%), без подъема – 20 (62,5%). Из сопутствующих заболеваний у 28 (87,5%) была гипертоническая болезнь, у 21 (65,6%) – сахарный диабет, у 6 (18,7%) – ожирение различной степени. У 24 (75%) пациентов имелся ПИКС, у 3 (9,3%) – ОНМК по ишемическому и у 1 (3,1%) – по геморрагическому типу. Из анамнеза: у 6 (18,75%) больных до АКШ имели место чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Все пациенты до ЧКВ получали тройную антитромботическую терапию: клопидогрель в нагрузочной дозе (600 мг) и аспирин (300 мг), затем по 75 и 100 мг в сутки соответственно, а также гепарин 1000 МЕ в час в течение 3 суток. После ЧКВ пациенты продолжали прием внутрь аспирина 100 мг и клопидогреля 75 мг ежедневно сроком не менее 12 месяцев.

Результаты. У всех больных отмечен положительный клинический и ангиографический успех. У 4 (40%) из 10 больных выполнено стентирование АКШ в ОА. У 5 (50%) – АКШ в ПКА и у 1 (10%) – АКШ в ЗМЖА. Прямое стентирование стенозированного сегмента АКШ выполнено у 6 (60%), у 3 (30%) – БАП со стентированием и в 1 (10%) случае проведена реканализация окклюзии АКШ в ПКА со стентированием.

Следует отметить, что имеющиеся сопутствующие поражения нативных КА и/или АВШ подвергались ЧКВ спустя 20–21 дней как второй этап реваскуляризации.

Несмотря на полученный хороший ангиографический результат, у 3 больных (9%) с диффузными поражениями КА и с исходной низкой фракцией изгнания ЛЖ после успешной ЧКВ сохранялись признаки сердечной недостаточности, летальный исход и осложнения, связанные с ЧКВ, не были отмечены.

Вывод. Чрескожные коронарные вмешательства как в нативных коронарных артериях, так и в ауто-

венозных шунтах у больных с острым инфарктом миокарда после перенесенного КШ являются высокоэффективным и безопасным методом лечения.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО
ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

Р.П. Туляков, Д.А. Алимов, А.К. Эргашев

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

**Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП,
Ташкент, Узбекистан**

Цель. Изучить особенности клинического течения острого коронарного синдрома (ОКС) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. В исследование включены 55 больных ОКС, госпитализированных в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП. В зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего СД 2 типа пациенты были разделены на 2 группы: основную группу составили 30 (54,5%) пациентов с СД 2 типа, контрольную группу – 25 (45,5%) больных без СД. Средний возраст больных в указанных группах был взаимно сопоставим и составил, соответственно, $62,8 \pm 6,85$ и $66,7 \pm 7,25$ года ($p < 0,05$). Однако группы несколько отличались по гендерному составу – в основной группе пациентов преобладали женщины (63,3%; 19/30), тогда как в контрольной группе женщин было 44,0% (11/25) ($p = 0,152$).

Результаты. У больных основной группы по сравнению с контрольной группой значимо чаще наблюдали артериальную гипертензию (80,0% против 52,0%, $p = 0,028$) и ожирение (63,3% против 28,0%, $p = 0,021$). Замечено также, что на фоне СД начальный период ОКС достоверно чаще сопровождается атипичной локализацией или значительно меньшей выраженностью болевого синдрома (36,7% против 12,0%, $p = 0,037$). Больные с нарушениями углеводного обмена примерно в два раза чаще поступали в клинику с повторным эпизодом ОКС (16,7% против 8,0%, $p = 0,337$).

Более того, у 4 (13,3%) больных СД диагноз ОКС с трансформацией в острый инфаркт миокарда (ОИМ) был установлен только после появления на ЭКГ патологического зубца Q и подъема сегмента ST или же на основании выявления зон дискинезии левого желудочка на ЭхоКГ. У больных СД 2 типа несколько чаще ($p = 0,163$) отмечали развитие крупноочагового ОИМ (66,7% против 48,0%). При этом этот показатель достоверно зависел от стажа СД: у больных со стажем нарушения углеводного обмена менее 5 лет ($n = 13$) крупноочаговый ОИМ был диагностирован у 6 (46,2%) больных, тогда как у пациентов, страдающих СД более 5

лет ($n=17$), эта форма заболевания отмечена в 15 (88,2%) случаях ($p=0,013$). Наличие СД 2 типа ассоциировалось с несколько более высоким процентом развития острой сердечно-сосудистой недостаточности по Killip II–IV классов (26,7% против 12,0%, $p=0,176$).

У больных сравниваемых групп отличалось также течение постинфарктного периода. Так, на фоне СД 2 типа значительно реже наблюдали клинику ранней постинфарктной стенокардии по сравнению с пациентами без диабета (50,0% против 92,0%, $p<0,001$), что, вероятно, связано с наличием у больных основной группы диабетической нейропатии и, соответственно, развитием у них кардиальной автономной нейропатии.

Наличие СД 2 типа у больных ОКС достоверно чаще ассоциировалось также развитием нарушений ритма сердца по типу суправентрикулярной или желудочковой экстрасистолы, мерцательной аритмии и синусовой тахикардии (43,3% против 16,0%, $p=0,029$). Кроме того, у больных основной группы статистически значимо чаще развивалась сердечная недостаточность IIA–IIB стадии (66,7% против 40,0%, $p=0,048$).

Такую же тенденцию мы отмечали и по другим, наиболее распространенным, осложнениям ОКС: у больных СД 2 типа чаще отмечали сердечную астму и отек легких (16,7% против 8,0%, $p=0,337$).

Заключение. ОКС с сопутствующим СД 2 типа характеризуется преобладанием заболевания у женщин и лиц с артериальной гипертонией, а также более частой атипичной локализацией или значительно меньшей выраженностью болевого синдрома. На фоне СД чаще наблюдаются крупноочаговый ОИМ, острая сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения ритма сердца, сердечная астма и отек легких.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ИХ РЕЦИДИВОВ

Д.Р. Алимов, А.К. Исмаилов

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Для менингиом присущ большой спектр морфологических характеристик, которые определяют в конечном итоге тип и степень злокачественности данной группы опухолей головного мозга. Основным способ лечения как доброкачественных, так и злокачественных опухолей мозга – хирургическая операция с использованием микроскопа, которая позволяет наиболее полно удалить опухолевую ткань, устранить признаки сдавления мозга и внутричерепной гипертензии.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения менингиом головного мозга на основе изучения клинической картины, лучевой диагностики и разработать способы снижения рецидивов менингиом с учетом гистологического типа опухоли.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основании изучения собственного материала историй болезни 225 больных с менингиомами головного мозга, находившихся на стационарном лечении в отделении нейроонкологии РНПЦНХ и в ТОФ РНЦЭМП с 2009 по 2019 г. При анализе различных доступов при удалении менингиом головного мозга и их рецидивов чаще всего производили парасагитальную краниотомию – 118 (52,5%) больных, птериональную краниотомию – 49 (21,8%), бифронтальную краниотомию – 26 (11,6%) больных, окципитальную краниотомию – 18 (8,0%) больных, медианную субокципитальную краниотомию – 7 (3,2%) больных, латеральную субокципитальную краниотомию – 5 (2,3%) больных, супраорбитальную краниотомию – 2 (0,8%) больных. При распределении обеих групп в зависимости от степени злокачественности и степени радикальности удаления опухоли из 182 (80,8%) с первично оперированными больными, которые разделены по гистологической классификации Grade и шкале Simpson: Grade I и Simpson I–II ст. произведено 63 (34,6%) больных, Simpson III–IV ст. – 17 (9,3%) больных, Simpson V ст. – 1 (0,5%) больной. Grade II и Simpson I–II ст. произведено 44 (24,1%) больных, Simpson III–IV ст. – 14 (7,6%) больных, Simpson V ст. – 2 (1,0%) больных. Grade III и Simpson I–II ст. произведено – 22 (12,0%) больных, Simpson III–IV ст. – 17 (9,3%) больных, Simpson V ст. – 4 (2,1%) больных. Из 43 (19,2%) рецидивных оперированных больных в зависимости от степени злокачественности Grade I и Simpson I–II ст. – 2 (4,6%) больных. Simpson III ст. – 2 (4,6%) больных, Simpson IV–V ст. не отмечалось. Grade II и Simpson I–II ст. произведено – 6 (13,9%) больных, Simpson III–IV ст. – 6 (13,9%) больных, Simpson V ст. – 1 (2,3%) больной. Grade III и Simpson I–II ст. произведено – 11 (25,5%) больных, Simpson III–IV ст. – 12 (27,9%) больных, Simpson V ст. – 3 (6,9%) больных. Сравнивая обе группы, при первично оперированных больных по шкале Simpson I–II ст., в зависимости от радикальности удаления и злокачественности менингиомы, в процентном соотношении произведено больше, чем при рецидивных больных. Рассматривая III–IV и V ст. при рецидивных больных, объем операций в процентном соотношении превышает объем операций первично оперированных больных, но радикальность удаления опухоли способствует дальнейшему повторному росту опухоли.

Результаты и обсуждение. При анализе общего количества 182 (80,8%) первично оперированных

больных по поводу удаления менингиомы головного мозга и в зависимости от степени злокачественности опухоли больше всего в удовлетворительном состоянии выписаны при менингиомах Grade I степени – 73 (55,3%) больных. Из 43 (19,2%) рецидивных больных больше всего в удовлетворительном состоянии выписаны при менингиомах Grade III степени 9 (64,2%) больных. В состоянии средней тяжести из первично оперированных больных в основном отмечались при менингиомах Grade I степени 17 (62,9%) больных. При рецидивах в основном отмечались при Grade III степени 16 (61,5%) больных. В тяжелом состоянии наибольшее количество первично оперированных пациентов выписаны при Grade III степени 7 (50,0%) больных. При рецидивах, аналогично при Grade III степени, – 2 (100,0%) больных. Умершие из первично оперированных пациентов были при менингиомах Grade II степени – 5 (55,6%) больных. При рецидивах Grade III степени – 1 (100,0%) больной. При сравнении обеих групп положительные результаты хирургического лечения чаще всего наблюдались при доброкачественных менингиомах Grade I–II степени, с высокой степенью злокачественности Grade III степени. Из 43 (19,2%) пациентов, оперированных по поводу удаления менингиом головного мозга, рецидив менингиомы Grade I после ее радикального удаления Simpson I в течение первых 5 лет составляет 7 (16,2%) больных; рецидив менингиомы Grade II после ее радикального удаления (Simpson Grade I) в течение первых 5 лет составляет 12 (27,9%) больных; рецидив менингиомы Grade III после ее радикального удаления (Simpson Grade I) в течение первых 5 лет – 24 (55,8%) больных.

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований дали возможность найти один из способов хирургической профилактики менингиом, относящихся к вторичной и третичной профилактике менингиом, что позволяет сделать вывод о том, что повышенная радикальность удаления опухоли с иссечением твердой мозговой оболочки вокруг зоны роста является одним из эффективных методов профилактики их рецидивов, что особенно актуально у больных с удаленными менингиомами головного мозга.

ОЦЕНКА УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

А.Л. Аляви, А.Я. Латипов

**Бухарский государственный
медицинский институт**

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Целью данного исследования является анализ изменений уровня НУП у пациентов после ИМ различной локализации и оценка возможности использования этого показателя в качестве маркера реабилитационного процесса.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 пациентов, перенесших ИМ. Исходя из локализации инфаркта, пациенты были разделены на три группы. Уровень НУП измерялся с помощью иммуноферментного анализа в динамике: сразу после ИМ, через 1 месяц и через 6 месяцев.

Результаты. В рамках исследования была проведена оценка уровня натрийуретического пептида у пациентов, перенесших инфаркт миокарда различной локализации. Изучение включало две группы пациентов: первая группа состояла из пациентов с передним инфарктом миокарда, вторая – из пациентов с задним инфарктом миокарда. В обеих группах были измерены уровни натрийуретических пептидов типа В (BNP) и типа А (ANP) в острую фазу заболевания и в течение последующих 6 месяцев.

– В острую фазу после инфаркта миокарда у пациентов обеих групп наблюдалось значительное повышение уровней BNP и ANP по сравнению с нормой. При этом уровни BNP и ANP были значительно выше у пациентов с передним инфарктом по сравнению с задним.

– Постепенное снижение уровней BNP и ANP было зафиксировано в обеих группах в течение 6 месяцев. Однако скорость снижения уровней пептидов была более выражена у пациентов с задним инфарктом миокарда.

– К 6-месячному сроку уровни BNP и ANP в обеих группах приближались к верхнему пределу нормы, но всё ещё оставались повышенными у пациентов с передним инфарктом.

– Высокие уровни натрийуретических пептидов в острую фазу могут служить маркером более тяжелого повреждения миокарда, особенно при передней локализации инфаркта.

– Динамика уровней пептидов предоставляет важную информацию для оценки восстановления сердечной функции и риска развития сердечной недостаточности.

Заключение. Уровень НУП может служить важным биомаркером для оценки степени поражения

сердечной мышцы и эффективности реабилитационных мероприятий. Дальнейшие исследования необходимы для подтверждения данных выводов и разработки рекомендаций по использованию НУП в клинической практике.

Выводы. Измерение уровней натрийуретических пептидов предоставляет ценную информацию о степени повреждения сердечной ткани и динамике восстановления после инфаркта миокарда. Различия в уровнях пептидов между передней и задней локализациями инфаркта подчеркивают необходимость индивидуализированного подхода в лечении и мониторинге пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*М.А. Аминов, Б.К. Уринбоев,
И.С. Ашуров, М.Т. Тожиев*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение. Цереброваскулярная болезнь головного мозга (ЦВБ) остаётся актуальной медицинской и социальной проблемой, которая является основной причиной смерти и инвалидизации населения. В настоящее время в мире около 9 миллионов человек страдает цереброваскулярными болезнями (ЦВБ). Основное место среди них занимают инсульты, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн человек и уносящие 4,6 млн жизней. Смертность от ЦВБ находится на 3-м месте (после заболеваний сердца и опухолей всех локализаций) и достигает в экономически развитых странах 11–12%.

Целью настоящего исследования является усовершенствование и улучшение диагностики и методов оказания экстренной нейрохирургической помощи пациентам с геморрагическим инсультом, профилактика и ранняя реабилитация.

Материал и метод. В 2019–2022 гг. на лечении в отделениях нейрореанимации, экстренной неврологии и экстренной нейрохирургии ФФ РНЦЭМП находились 3677 пациентов с ОНМК, ишемическим инсультом – 2495 (67,8%), переходящими нарушениями мозгового кровообращения – 783 (21,4%) пациента, из них с геморрагическим инсультом – 399 (10,8%). За три года в отделение экстренной нейрохирургии и нейрореанимации находились 72 больных, из них 49 (68,1%) мужчин, 23 (31,9%) женщины. Больных старше 18 лет – 68 (94,4%).

Клиническая картина: при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях наблюдались выраженные общемозговые симптомы (острая возникающая головная боль, тошнота и рвота), сниже-

ние бодрствования от оглушения вплоть до комы. Для неврологического дефицита было характерно постепенное развитие от нескольких минут до нескольких часов (в отличие от эмболического инсульта), когда неврологическая симптоматика (двигательная и чувствительная) возникает сразу. Большинство пациентов поступили сразу в отделение нейрореанимации. Все пациенты проконсультированы смежными специалистами. Проведено МСКТ головного мозга, УЗИ органов плевральных и брюшной полостей, рентгенография черепа. По показаниям произведено хирургическое вмешательство.

Экстренная нейрохирургическая операция проведена при геморрагическом инсульте у 35 (10,3%) из 399 пациентам. Операции проводились с учетом тяжести состояния пациента, локализации гематомы, зоны распространения. Остальным пациентам проведено консервативное лечение. По нашим данным, послеоперационной летальности было 17 (48,5%).

Таким образом, данные ретроспективного анализа свидетельствуют о высокой послеоперационной летальности. Для снижения этих показателей необходимо создать отделения для пациентов с ОНМК с неврологическими, нейрохирургическими отделениями и нейрореанимацией, применять современные хирургические методы лечения внутримозговых кровоизлияний (эндоскопическое удаление гематом с проведением локального фибринолиза, мониторинг ВЧД), улучшать эффективность терапии артериальной гипертензии. Применение операции декомпрессии головного мозга при массивном ишемическом инсульте даёт хороший эффект и уменьшает послеоперационный летальный исход.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID -19

*М.А. Аминов, И.С. Ашуров,
Б.К. Уринбаев, О.И. Кузиев*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение. У пациентов, перенесших вирусную инфекцию, в том числе COVID-19, могут наблюдаться осложнения со стороны ЦНС, так как SARS-CoV-2 может длительное время сохраняться в ЦНС в виде неактивных фрагментов, а значит, сможет рецидивировать. Это предположение вызывает тревогу относительно отдаленных неврологических осложнений у инфицированных и вылеченных пациентов.

Цель исследования. Разработать алгоритм диагностики, консервативного или хирургического лечения пациентов, перенесших вирусную инфекцию COVID-19.

Материалы и методы. В нашей клинике пролечились двое пациентов, перенесших COVID-19 с хорошим исходом лечения.

Клиническое наблюдение № 1. Пациент Х.Г., 50 лет. Жалобы на общую слабость, головные боли, головокружение, рвоту, плохой аппетит, боль в шейно-затылочной области, периодическое повышение температуры тела до 37,5°. Заболевание связывает с перенесенной бронхопневмонией. При МРТ-исследования головного мозга заподозрена метастатическая опухоль или абсцессы головного мозга. При поступлении состояние пациента средней тяжести. Дыхание свободное, везикулярное. Гемодинамические показатели стабильны. Сознание ясное. По ШКГ – 15 баллов. Зрачки равны, фото-реакции сохранены. Горизонтальный нистагм при взоре вправо. Двигательных и чувствительных нарушений не выявлено. Умеренно выраженные менингеальные знаки. Окулист – ангиопатия сетчатки, на глазном дне отёков нет. При МРТ головного мозга с контрастным усилением выявлены очаги в теменных долях небольшого объема (зоны абсцесса мозга), с компрессией вещества мозга, накапливающего контрастное вещество. При поясничной пункции получена мутноватая СМЖ в двух порциях, которая содержит повышенный белок и цитоз, положительную реакцию Панди ++, нейтрофилез. В клинических анализах крови – признаки воспалительных изменений. Положительный анализ на D-димер 3359 (норма 0–250,0) нг/мл) и Ферритин-550 (норма – 20,0–350,0) нг/мл. Учитывая относительно удовлетворительное состояния пациента, отсутствие дислокационных признаков по данным МРТ головного мозга, множественные небольшого объема абсцессы мозга, пациенту проводилась консервативная терапия. В динамике регрессировали общемозговые симптомы, нормализовалась гипертермия.

Клиническое наблюдение № 2. Пациент М.Г., 62 лет. Ухудшение состояния на фоне повышения АД до 200/120 мм рт. ст. Развились речевые нарушения и правосторонний гемипарез. Пациент и его члены семьи перенесли вирусную инфекцию и 31.09.2021 года переболел двусторонней пневмонией генеза COVID-19. Общее состояние тяжелое. Дыхание учащенное, ЧД – 22 в мин. АД – 170/90 мм рт. ст. Пульс – 96 уд. в мин. Глубокое оглушение – сопор, по ШКГ – 12 баллов, психомоторное возбуждение. Зрачки равны, фотореакции вялая. Менингеальные симптомы положительные. Состояние пациента ухудшилось, появилась гипертермия. При посеве из носа высеена микрофлора *Pseudomonas aeruginosa* (обильный рост). При МСКТ головного мозга выявлены признаки субдуральной эмпиемы в лобной доле объемом 7,7 см³ с перифокальным отёком. Признаки пансинусита с признаками остеомиелита костей верхней челюсти и некроза твёр-

дого неба. Смещения срединных структур мозга не выявлено. Пациент был оперирован, наложено фрезевое отверстие в левую теменную кость, опорожнена эмпиема около 15 см³, дренирована. Состояние пациента в динамике с улучшением, сознание ясное, сохраняется моторная афазия, правосторонний гемипарез – до 3 баллов, центральный парез мимических мышц слева. Из послеоперационной раны стало выделяться гнойное содержимое. При контрольной МСКТ головного мозга выявлено содержимое в придаточных пазухах (гайморовой, основной, лобной пазухах и в клетках решетчатого лабиринта с обеих сторон) плотностью +39 ед. Н, с деструктивными и эрозивными изменениями твердого неба и левой скуловой кости, пансинусит, остеомиелит и некротические изменения, инфильтрат ретробульбарной клетчатки слева, экзофтальм, МСКТ-признаки абсцесса левой лобной доли и области базальных ядер. Смещение срединных структур мозга вправо на 7 мм. Оперирован повторно – удален и дренирован абсцесс левой лобной доли объемом около 40 см³. Состояние с улучшением, сохраняются умеренные психомоторные возбуждения, правосторонний гемипарез, моторная афазия в стадии регресса. Контрольная МСКТ головного мозга выявила рубцово-атрофические изменения в области абсцесса, признаков повторной эмпиемы или абсцесса не выявлено.

Заключение. У пациентов, перенёсших вирусное заболевание (COVID-19), длительное время может сохраняться очаг инфекции, который может вызвать одно из грозных осложнений, таких как энцефалит, абсцесс, отек головного мозга и остеомиелит костей лицевого скелета. Поэтому переболевшим вирусной инфекцией пациентам необходимо провести ряд диагностических исследований: кроме общеклинических анализов – анализ на ПЦР, рентгенографию легких, МСКТ или МРТ головного мозга. Эти методы нейровизуализации помогают своевременно дифференцированную тактику лечения, консервативно и/или хирургическое вмешательства.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ: ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

М.А. Аминов, Б.К. Уринбаев

Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение. Ишемический инсульт – это отмирание участка ткани головного мозга в результате недостаточного снабжения головного мозга кровью и кислородом вследствие закупорки артерии. На фоне цереброваскулярной болезни (ЦВБ) нарушения мозгового кровообращения как ишемический инсульт (ИИ) встречается чаще, чем геморрагический инсульт, венозный инфаркт,

субарахноидальное кровоизлияние. Причины возникновения, диагностика и методы лечения до сегодняшнего дня остаются актуальной проблемой. Эпидемиологическая распространённость в различных странах мира остаётся всё ещё большой. В Российской Федерации ИИ составляет 450 на 100 тыс. населения в год. В Узбекистане ежегодно регистрируется более 60 тысяч случаев инсульта (острое нарушение мозгового кровообращения). При этом инвалидность после инсульта составляет 83,8%, а процент госпитальной летальности – 17,3%. Согласно последним данным ВОЗ, опубликованным в 2020 году, смертельные случаи от инсульта в Соединенных Штатах достигли 158,520, или 6,33% от общей смертности и составляют 22,27 на 100 000 населения. США занимают 164 место в мире, а в Узбекистане в 2020 году смертельные случаи от инсульта достигли 21,534, или 13,34% от общей смертности, особенно у пожилых и у людей в преклонном возрасте, смертность составляет 103,48 на 100 000 населения, Узбекистан занимает 67 место в мире.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ заболеваемости ишемическим инсультом за период с 2022 по 2023 г.

Материалы и методы. На амбулаторный приём явились 50 пациентов, перенесших ишемический инсульт. Среди них было 70% мужчин и 30% женщин. Возраст пациентов варьировал от 30 до 72 лет. 10 пациентов перенесли повторный инсульт 3–4 раза в разные времена года. Супратенториальные ИИ наблюдались у 45, субтенториальные – у 5 пациентов. Причинами ИИ у всех пациентов были сосудистые аномалии развития внутренней сонной артерии (ВСА), стеноз просвета сосудов каротидного бассейна на фоне атеросклеротической бляшки, а у 5 пациентов встречались нарушения кровообращения в области мозжечка, чаще всего за счет стеноза в различных сегментах позвоночной артерии. У 40 пациентов частой причиной ИИ было нарушение кровообращения в каротидном бассейне в результате закупорки артерии мозга атеросклеротической бляшкой тромбоэмболического характера и сосудистой аномалии развития (Кинкинг, Койлинг).

Неврологический статус при супратенториальной локализации инсульта исход зависел от объема поражения в различных бассейнах сосудов головного мозга. В более чем 50% поражения зон кровоснабжения тканей мозга имело место злокачественное течение ИИ, при котором показано проведение экстренной операции декомпрессивной трепанации костей черепа.

Результаты исследования. Полученные данные позволяют думать о недостаточной изученности заболевания ишемическим инсультом головного мозга, несвоевременной диагностике причин

развития инсульта (доплерография сосудов брахиоцефальных артерий, МРТ-МР, ангиография и МСКТ-КТ-ангиография головного мозга), несвоевременной нейровизуализации.

Вывод. Возрастание заболеваемости ишемического инсульта можно объяснить несовершенством технологии учета заболеваемости по обращаемости населения в медицинские учреждения, улучшением диагностических обследований.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИБС С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

*С.А. Бабаджанов, В.М. Им, М.А. Султанов,
М.М. Умаров, С.Т. Камалов*

ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить результаты эндоваскулярных вмешательств больных сочетанными атеросклеротическими поражениями коронарных и каротидных артерий.

Материал и методы. Проанализированы результаты сочетанных РЭВ на каротидных и коронарных артериях у 75 больных. Возраст больных составлял от 56 до 80 лет (в среднем $58,2 \pm 1,2$ года). Показанием к стентированию каротидных артерий являлись стенозы более 80% при асимптомном и более 50% при симптомном течении.

Результаты. В зависимости от проведенного лечения больных подразделили на три группы: I группа – больные, которым проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) и стентирование каротидной артерии (СКА) – 35 больных. При этом одноэтапное вмешательство проведено у 2 пациентов. У остальных 33 больных поэтапно проведены ЧКВ и СКА. II группе (24 больных) проведены СКА и в последующем – операция коронарного шунтирования (КШ). Такая тактика была связана с высоким интраоперационным риском развития ОНМК при открытой операции на коронарных артериях. III группе (16 больных) проведены СКА и медикаментозная тактика лечения ИБС. В эту группу вошли больные с гемодинамически незначимыми стенозами коронарных артерий.

Во всех 3 группах было успешно выполнено СКА. Одностороннее СКА выполнено у 73 (97,3%), двухстороннее – у 2 (2,6%) больных. Все эндоваскулярные вмешательства выполнены на фоне применения двойной дезагрегантной терапии клопидогрелем и аспирином. Всем пациентам с поражением КА были использованы самораскрывающиеся стенты «Protégé™RX; Acculink; Xact; Mer» (колбовид-

ный и прямой тип). У 68 (90,6%) использовались нейротекторные системы «Robin» от 5 до 7 мм, у 6 (8%) – «NAV6» и у 1 (1,3%) – «Filter Ezwire». При стентировании коронарных артерий всем 35 (46,6%) пациентам были имплантированы стенты с лекарственным покрытием (DES) – «Xince Prime», «Biomatrix Flex», «Resolute Integrity», «Ultimaster». 24 (32,0%) пациента с многососудистым поражением каротидных артерий направлены на операцию КШ.

Пред- и послеоперационный периоды у всех 75 больных, которым были проведены ЭВ, протекали без осложнений. Только у одного больного в отдаленные сроки через один год на МСКТ обнаружен рестеноз стента до 35%.

Выводы:

1. Стентирование каротидных артерий у больных с высоким хирургическим риском является высокоэффективным и малоинвазивным вмешательством.

2. Тактика выбора этапности интервенционного/хирургического лечения больных зависит в первую очередь от клинических проявлений заболевания и выраженности степени сужения сосудов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРЕЙШЕГО И ОСТРОГО ПЕРИОДОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА БОЛЬНЫХ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПО ЛИНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов,
О.В. Аблязов, С.У. Турсунов*

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

Актуальность. Во всем мире каждый год констатируют около 20 млн случаев ОНМК, треть случаев оканчивается летально, 40% выживших становятся инвалидами, 10% переносят повторный инсульт (Cho H., 2022).

Ишемический инсульт (ИИ) – главная составляющая ОНМК, хотя в обиходе речи инсульт люди приравнивают к кровоизлиянию в мозг, на самом деле геморрагические инсульты занимают лишь около четверти случаев ОНМК, а ИИ – 70–75%, нетравматические субарахноидальные кровоизлияния – 5% (Park P.S.W., 2022).

Медицинская и социальная значимость проблемы оказания неотложной медицинской помощи в ургентной неврологии, в частности при ИИ, чрезвычайно велика (Ryan A., 2022).

Эпидемиологическая ситуация, существенный экономический ущерб, наносимый инсультом обществу и государству, в совокупности с недостаточной научной разработанностью вопросов обеспечения качества медицинской помощи при

мозговом инсульте определили цель и задачи исследования.

Цель исследования. Определить особенности клинической симптоматики острейшего и острого периодов ИИ больных, поступивших по линии скорой медицинской помощи.

Материал и методы исследования. ИИ определялся как ОНМК, характеризующееся внезапным появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных и др. нарушений) и/или общемозговых нарушений, которые сохранялись более 24 часов и имели причины цереброваскулярного происхождения. Периоды ИИ нами определялись по классификации Е.И. Гусева и соавторов: острейший период – первые 3–5 суток с момента сосудистой катастрофы; острый период – до 21-го дня.

Патогенетические подтипы ишемических инсультов определялись согласно классификации TOAST. Мы исключали из исследования ИИ с неуточненной этиологией.

Больные с ИИ – 64 человека – 31 мужчина и 33 женщины в возрасте от 51 до 80 лет (средний возраст – $62,4 \pm 5,4$ года) были госпитализированы в экстренном порядке по линии скорой медицинской помощи в РНЦЭМП в период 2022–2023 гг.

Всем больным проведены анамнестическое, клиническое, лабораторно-инструментальное исследования с последующей статистической обработкой в необходимом объеме.

Результаты исследования. Среднее время на госпитализацию от момента сосудистой катастрофы составило в среднем $11,47 \pm 4,68$ часа. Время обнаружения симптомов заболевания было практически точно определено у 59 (92,19%) больных, госпитализированных в течение 18 часов от сосудистой катастрофы, в том числе 31 (52,54% из них) – в течение 6 часов (терапевтическое окно), 28 (47,46%) – в промежутке 6–18 часов.

У исследуемых больных чаще всего наблюдался атеротромботический (АТ) подтип инсульта, который был установлен у 28 (43,75%) больных, кардиоэмболический (КЭ) подтип – у 19 (29,69%), лакунарный (ЛА) ИИ – у 10 (15,63%), гемодинамический (ГД) ИИ – у 7 (10,94%).

При оценке пациентов с ИИ по шкале NIHSS среднее значение на момент госпитализации в стационар составило $6,44 \pm 3,69$ балла (2–17 баллов), при этом у мужчин – $6,18 \pm 3,82$ балла, у женщин – $6,71 \pm 3,72$ балла (различие по полу недостоверно, $p=0,61$).

Пациенты с КЭ ИИ ($69,44 \pm 4,1$ лет) статистически значимо старше больных с ЛА ИИ ($58,65 \pm 5,6$ лет) ($p=0,016$) и ГД ИИ ($60,24 \pm 4,3$ года) ($p=0,026$), больные с АТ ИИ ($66,73 \pm 3,5$ года) не имели статистически значимых различий с другими подтипами ИИ ($p>0,05$). У пациентов с АТ ИИ среднее время

до госпитализации составило $12,42 \pm 5,31$ часа, при КЭ ИИ – $14,56 \pm 3,58$ часа ($p=0,061$), при ЛА ИИ – $18,18 \pm 7,38$ часа ($p=0,072$), при ГД ИИ – $12,56 \pm 5,46$ часа ($p=0,069$), т.е. без значимой разницы между собой.

У больных, доставленных в клинику СМП, сумма баллов по шкале NIHSS при поступлении составила $7,42 \pm 2,19$ балла, причем у госпитализированных в первые 6 часов от сосудистой катастрофы средний балл по шкале NIHSS при поступлении составил $7,61 \pm 2,14$ балла, а у больных, госпитализированных в промежутки 6-18 часов – $6,68 \pm 2,23$ балла ($p=0,053$).

У пациентов с ИИ нами констатируется наличие статистически значимой взаимосвязи между возрастом и количеством баллов по шкале NIHSS при поступлении ($r=0,45$) ($p \leq 0,05$), статистически значимой отрицательной взаимосвязи между временем поступления и баллами по шкале NIHSS ($r=-0,51$) ($p \leq 0,05$), между возрастом и временем поступления ($r=-0,43$) ($p \leq 0,05$), статистически значимой взаимосвязи между КЭ ИИ и баллами по шкале NIHSS ($r=0,45$) ($p \leq 0,05$), ЛА ИИ и ИМТ ($r=0,42$) ($p \leq 0,05$), возрастом и подтипом ИИ ($r=0,44$) ($p \leq 0,05$), поступлением в течение первых 6 часов и ЛА подтипом ИИ ($r=0,46$) ($p \leq 0,05$).

Одномерным дисперсионным анализом (ANOVA) констатируется, что подтип ИИ являлся значимым фактором, влияющим на вовлечение в патологический процесс следующих структур мозга: правых полушарий ($p=0,014$), лобных долей ($p=0,048$) и медиобазальных отделов височных долей ($p=0,015$). У пациентов с ЛА подтипом инфаркты лобных долей встречались достоверно чаще по сравнению с пациентами со всеми другими подтипами ИИ ($p < 0,04$), у пациентов с ГД подтипом инфаркты теменных долей встречались достоверно чаще по сравнению с пациентами с АТ и КЭ подтипами ($p < 0,022$), у пациентов с КЭ подтипом инфаркты медиобазальных отделов височных долей встречались достоверно чаще по сравнению с пациентами со всеми другими подтипами ($p < 0,029$).

Анализ позволил выявить наличие статистически значимой ($p < 0,05$) средней силы корреляционной связи объема очага поражения и степени тяжести ИИ в группе пациентов с инфарктом височной доли ($r=0,53$), с инфарктом лобной доли ($r=0,61$), отсутствие корреляции вышеуказанных параметров в группе пациентов с инфарктом теменной доли ($r=0,23$), не выявил значимых различий в клинических проявлениях ИИ в зависимости от пола и возраста ($p > 0,05$), возраст пациентов с ИИ не связан с частотой встречаемости клинических проявлений ($-0,3 < r < 0,3$).

У пациентов с ИИ была выявлена значимая ($p < 0,05$) сильная прямая взаимосвязь между временем от сосудистой катастрофы до госпитализации

и частотой встречаемости чувствительных нарушений ($r=0,89$), средней силы прямая корреляция наличия ИБС и частоты встречаемости инфарктов височных долей ($r=0,44$), артериальной гипертензии и инфарктов височных долей ($r=0,47$), ИБС и частоты встречаемости инфарктов теменных долей ($r=0,43$).

Выводы:

1. Возраст и пол пациентов с ИИ, поступивших по линии скорой медицинской помощи, не имеет статистически значимых взаимосвязей с клиническими проявлениями, сопутствующая кардиологическая патология – значимый фактор у пациентов с ИИ, который прогнозирует худший прогноз таких больных в аспекте корреляции ИБС с частотой встречаемости инфарктов височных долей ($r=0,44$), артериальной гипертензии с инфарктами височных долей ($r=0,47$), ИБС и частотой встречаемости инфарктов теменных долей ($r=0,43$).

2. Статистически значимого различия в вовлечении структур мозга, различия по возрасту, полу, сумме баллов по шкале NIHSS при госпитализации у пациентов, поступивших по линии скорой медицинской помощи, не имеется ($p > 0,05$), а результаты статистического анализа позволяют утверждать о заведомо более тяжелом течении острого периода ИИ у пациентов с сопутствующей кардиоваскулярной патологией, поступивших в период 6–18 часов от сосудистой катастрофы, и АТ и КЭ подтипами ИИ на фоне атеросклероза магистральных сосудов всего организма и БЦА.

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИИ СРОКОВ, ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОДТИПАМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов,
С.Б. Турсунов, Ж.А. Назарова*

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

Актуальность. В новом тысячелетии на всей планете ишемический инсульт (ИИ) доминирует среди причин инвалидности и длительного госпитального лечения, что обуславливает колоссальный медицинский, социальный и экономический убыток для каждого государства (Yoshimura S. et al., 2022).

Следует подчеркнуть катастрофические последствия ИИ, т.е. 80% больных остаются инвалидами, летальность в остром периоде составляет 29%, к концу первого года достигает 59%. Среди выживших больных повторный инсульт развивается у 5–25% в течение первого года, в течение 3 лет –

у 18%, а после 5 лет – у 20–40% пациентов (Herpich F. et al., 2023).

Данные международных мультицентровых исследований подтверждают, что в последнее время диагностика и лечение заболеваний сосудистой системы приобретает всё большую значимость (Walter K. et al., 2022).

Цель исследования. Провести корреляционный анализ влияния сроков, типа госпитализации и сопутствующих заболеваний на клинико-неврологическую характеристику больных с разными подтипами ишемического инсульта в острейшем и остром периодах.

Материал и методы. Больные ИИ – 64 человека – 31 мужчина и 33 женщины, в возрасте от 51 до 80 лет (средний возраст – $62,4 \pm 5,4$ года) – были госпитализированы в экстренном порядке в РНЦЭМП в период 2023 г.

Патогенетические подтипы ИИ определялись нами по классификации TOAST. Нами исключались из исследования пациенты с ИИ неуточненной этиологии. Всем больным было проведено стандартное клинико-неврологическое обследование – анализ жалоб пациентов, анамнеза жизни и болезни, клинический и неврологический осмотр по международной шкале NIHSS, а также инструментальное исследование с последующей статистической обработкой полученных результатов в необходимом объеме.

Результаты и обсуждение. У исследуемых больных чаще всего наблюдался атеротромботический (АТ) подтип инсульта, который был установлен у 28 (43,75%) больных, кардиоэмболический (КЭ) подтип – у 19 (29,69%), лакунарный (ЛА) ИИ – у 10 (15,63%), гемодинамический (ГД) ИИ – у 7 (10,94%).

В нашем исследовании 31 (48,44%) больной был доставлен бригадой скорой медицинской помощи (СМП), 28 (43,75%) пациентов – самостоком и 5 (7,81%) исследуемых – переводом из других отделений центра. Время обнаружения симптомов заболевания было практически точно определено у 59 (92,19%) больных, госпитализированных в течение 48 часов от сосудистой катастрофы, в том числе 31 (52,54% из них) – в течение 6 часов (терапевтическое окно), 22 (37,29%) – в промежуток 6–24 часа и 6 (10,17%) – в промежутке 24–48 часов. В срок 48–72 часа были госпитализированы 5 (7,81%) от начала симптомов. Среднее время на госпитализацию составило в среднем $14,68 \pm 5,42$ часа, при поступлении по линии СМП – $11,47 \pm 4,68$ часа, а самостоком – $18,35 \pm 6,36$ часа, при переводе из других отделений – $5,37 \pm 1,38$ часа, что имело статистически значимую разницу со временем госпитализации по линии СМП и самостоком ($p \leq 0,001$), в то время как они не имели значимой разницы между собой ($p = 0,058$).

У пациентов с АТ ИИ среднее время до госпитализации составило $12,42 \pm 5,31$ часа, при КЭ ИИ – $14,56 \pm 3,58$ часа ($p = 0,061$), при ЛА ИИ – $18,18 \pm 7,38$ часа ($p = 0,072$), при ГД ИИ – $12,56 \pm 5,46$ часа ($p = 0,069$), т. е. без значимой разницы между собой.

При оценке пациентов с ИИ по шкале NIHSS среднее значение на момент госпитализации в стационар составило $6,44 \pm 3,69$ балла (2–17 баллов), при этом у мужчин – $6,18 \pm 3,82$ балла, у женщин – $6,71 \pm 3,72$ балла (различие по полу недостоверно, $p = 0,61$). У пациентов, госпитализированных в первые 24 часов от сосудистой катастрофы, средний балл по шкале NIHSS при поступлении составил $7,88 \pm 1,32$ балла, а у больных, госпитализированных в промежуток 48–72 часа – $5,21 \pm 1,14$ балла ($p = 0,047$). У больных, доставленных в клинику СМП, сумма баллов по шкале NIHSS при поступлении ($7,82 \pm 1,31$) статистически значимо выше по сравнению с больными, обратившимися самостоятельно ($4,78 \pm 1,68$; $p = 0,029$). У пациентов с ИИ нами констатировано наличие статистически значимой взаимосвязи между возрастом и количеством баллов по шкале NIHSS при поступлении ($r = 0,45$) ($p \leq 0,05$), статистически значимой взаимосвязи между ИМТ и баллами по шкале NIHSS при поступлении ($r = 0,42$) ($p \leq 0,05$), статистически значимой взаимосвязи между временем поступления и баллами по шкале NIHSS ($r = -0,51$) ($p \leq 0,05$), между возрастом и временем поступления ($r = -0,43$) ($p \leq 0,05$). Нами констатирована взаимосвязь между КЭ ИИ и баллами по шкале NIHSS ($r = 0,45$) ($p \leq 0,05$), ЛА ИИ и ИМТ ($r = 0,42$) ($p \leq 0,05$), возрастом и подтипом ИИ ($r = 0,44$) ($p \leq 0,05$), поступлением после 48 часов и ЛА подтипом ИИ ($r = 0,46$) ($p \leq 0,05$). Нами констатированы статистически значимые различия по шкале NIHSS между пациентами с разной локализацией ИИ ($p = 0,0002$), типами ИИ ($p = 0,0016$) и бассейнами артерий ($p = 0,027$). Среднее значение по шкале NIHSS у пациентов с выявленными предвестниками инсульта при госпитализации в стационар составило $5,32 \pm 2,7$ балла, у пациентов без выявленных предвестников инсульта – $8,9 \pm 3,7$ балла.

Критерий Манна-Уитни не выявил значимых различий в клинических проявлениях ИИ в зависимости от пола и возраста ($p > 0,05$). У пациентов с ИИ была выявлена значимая ($p < 0,05$) сильная прямая взаимосвязь между временем от сосудистой катастрофы до госпитализации и частотой встречаемости чувствительных нарушений ($r = 0,89$). У пациентов с ЛА подтипом ИИ частота встречаемости парезов и параличей конечностей статистически значимо выше, чем у пациентов с ГД ИИ ($p = 0,045$). У пациентов с ИИ ГД этиологии частота встречаемости афазии достоверно выше, чем у пациентов с КЭ подтипом ($p = 0,003$), АТ подтипом ($p = 0,017$) и у пациентов с ЛА подтипом ($p = 0,009$). У пациентов с ЛА подтипом ИИ частота встречаемости чувствитель-

ных нарушений достоверно выше, чем у пациентов с ГД инсультами ($p=0,031$).

У пациентов с АТ ИИ частота встречаемости парезов глазодвигательных мышц достоверно ниже, чем у пациентов с ГД инсультами ($p=0,035$). У пациентов с АТ ИИ частота встречаемости вегетативных нарушений достоверно ниже, чем у пациентов с ГД инсультами ($p=0,028$). У пациентов с АТ ИИ частота встречаемости синдрома игнорирования достоверно ниже, чем у пациентов с КЭ подтипом ($p=0,029$).

Была выявлена средней силы прямая корреляция между наличием ИБС и частотой встречаемости инфарктов височных долей ($r=0,44$), артериальной гипертензии и инфарктов височных долей ($r=0,47$), ИБС и частотой встречаемости инфарктов теменных долей ($r=0,43$).

Выводы. Нами констатировано отсутствие статистически значимого влияния пола, возраста и подтипа ИИ на сроки и тип госпитализации, но сопутствующая кардиальная патология статистически значимо уменьшает время госпитализации, так как присутствует средней силы прямая корреляция ИБС и частотой ИИ височных долей ($r=0,44$), АГ и частотой ИИ височных долей ($r=0,47$), ИБС и частотой ИИ теменных долей ($r=0,43$), клинические проявления которых более выраженные.

У пациентов, госпитализированных в первые 24 часов от сосудистой катастрофы, средний балл по шкале NIHSS при поступлении составил $7,88 \pm 1,32$ балла, а у больных, госпитализированных в промежуток 48–72 часа – $5,21 \pm 1,14$ балла ($p=0,047$), у больных, доставленных в клинику СМП, сумма баллов по шкале NIHSS при поступлении ($7,82 \pm 1,31$) статистически значимо выше по сравнению с больными, обратившихся самотеком ($4,78 \pm 1,68$; $p=0,029$), т.е. при меньшем неврологическом дефиците статистически значимо увеличивается период между сосудистой катастрофой и госпитализацией, также при госпитализации по линии СМП неврологический дефицит значимо выше относительно госпитализированных самотеком, также на тяжесть неврологической симптоматики влияют возраст больного и подтип ИИ.

К ВОПРОСУ О МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ СОСУДОВ МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

*М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов,
Ш.Т. Носиров, М.А. Вохидов, С.Н. Гуломитдинов,
А.А. Анваров, М.М. Махмудов*

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

Актуальность. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания, включая ИБС и инсульты, составляют треть всех причин летальности в мире. Ежегодно инсульт поражает 16 млн людей и является причиной смерти у 5,7 млн, что составляет 10% в общей структуре смертности во всем мире. К 2030 году заболеваемость инсультом предположительно составит 23 млн новых случаев и 7,8 млн летальных исходов.

Цель исследования. Оценить эффективность применения эндоваскулярной тромбэкстракции по динамике клинико-неврологической характеристики больных в острейшем периоде атеротромботического подтипа ишемического инсульта в передних отделах Виллизиева круга.

Материал и методы. Больные с атеротромботическим подтипом ишемического инсульта (АТИИ) – 64 человека – 31 мужчина и 33 женщины в возрасте от 51 до 80 лет (средний возраст – $62,4 \pm 5,4$ года) были госпитализированы в экстренном порядке в период терапевтического окна (первые 6 часов после сосудистой катастрофы) в РНЦЭМП в период 2022–2023 гг.

Патогенетический подтип ИИ определялся нами по классификации TOAST.

Всем больным было проведено стандартное клинико-неврологическое обследование – анализ жалоб пациентов, анамнеза жизни и болезни, клинический и неврологический осмотр по международной шкале NIHSS, МСКТ и ангиография церебральных сосудов с последующей статистической обработкой полученных результатов в необходимом объеме.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании 31 (48,44%) больной был доставлен бригадой скорой медицинской помощи (СМП), 28 (43,75%) пациентов – самотеком и 5 (7,81%) исследуемых – переводом из других отделений центра в период терапевтического окна (первые 6 часов после сосудистой катастрофы). Среднее время до госпитализации составило $3,42 \pm 1,31$ часа.

При оценке пациентов с АТИИ по шкале NIHSS среднее значение на момент госпитализации в стационар составило $6,44 \pm 3,69$ балла (2–17 баллов), при этом у мужчин – $6,18 \pm 3,82$ балла, у женщин – $6,71 \pm 3,72$ балла (различие по полу недостоверно,

$p=0,61$). У пациентов с АТИИ нами констатировано наличие статистически значимой взаимосвязи между возрастом и количеством баллов по шкале NIHSS при поступлении ($r=0,45$) ($p\leq 0,05$), критерий Манна-Уитни не выявил значимых различий в клинических проявлениях ИИ в зависимости от пола и возраста ($p>0,05$). У пациентов с АТИИ была выявлена значимая ($p<0,05$) сильная прямая взаимосвязь между временем от сосудистой катастрофы до госпитализации и частотой встречаемости чувствительных нарушений ($r=0,89$).

МСКТ головного мозга у всех больных с АТИИ исключало геморрагический инсульт, объемные образования и другие структурные изменения головного мозга. Ангиография выявила поражение правого бассейна ВСА у 36 (56,25%) и левого бассейна ВСА у 28 (43,75%) больных. При этом в ПМА тромбоз констатирован у 30 (46,88%) больных и в СМА – у 34 (53,13%) пациентов.

Проведенная нами у всех пациентов эндоваскулярная тромбэкстракция позволила восстановить кровоток у 56 (87,5%) пациентов на уровне TICI 2–3, что позволило восстановить неврологический дефицит на 41%. Учитывая высокий риск развития геморрагических осложнений восстановления гемоперфузии, всем больным проводили контрольное МСКТ головного мозга через 24 часа, при этом ни у одного пациента признаков геморрагической трансформации не было.

Динамика восстановления пациентов по шкале NIHSS составила на 10-е сутки в среднем 58,3% ($4,13\pm 1,53$ балла), а у пациентов с полностью восстановившимся кровотоком – на 73,5% ($3,81\pm 1,42$ балла), при этом у 34 (53,13%) больных нивелировались имевшиеся жалобы, включая практически полное восстановление гемиплегий и гемипарезов. Клинически хороший результат констатирован у 46,88% (30) больных с нарастанием до 81,25% (52) пациентов среди исследуемых пациентов через 3 месяца наблюдения.

Заключение. Нами констатировано отсутствие статистически значимого влияния пола, возраста на сроки и тип госпитализации, сопутствующая кардиальная патология снижает срок обращения – констатирована средней силы прямая корреляция ИБС и частоты АТИИ височных долей ($r=0,44$), АГ и частоты АТИИ височных долей ($r=0,47$), ИБС и частоты АТИИ теменных долей ($r=0,43$).

Эндоваскулярная тромбэкстракция позволила восстановить кровоток у 56 (87,5%) пациентов на уровне TICI 2–3, с восстановлением неврологического дефицита на 41%, клинически хороший результат констатирован у 46,88% (30) больных, с нарастанием до 81,25% (52) среди исследуемых пациентов через 3 месяца наблюдения.

ЮРАК РИТМИ ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ БУЗИЛИШНИ АСОСИЙ НОЗОЛОГИЯ ВА АСОРАТ СИФАТИДА ТАРКИБИ ВА АНТИАРИТМИК ПРЕПАРАТЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Гиясов Д.Т., Ибрагимова Г.Н., Исомиддинов А.С.

РШТЁИМ Наманган филиали

Ишнинг мақсади: Стационар беморларда юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишининг учраши, таркиби ва даволаш усуллари ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: РШТЁИМ Наманган филиали 2-шошилиш кардиология бўлимида 2021 йил мобайнида юрак ритм ва ўтказувчанлик бузилиши билан даволанган 104 нафар беморнинг касаллик тарихи ретроспектив усулда ўрганилиб, клиник-лаборатор таҳлил натижалари, инструментал текширув натижалари (текширув мақсадига мос келувчи), муолажа варағидаги антиаритмик препаратлар ўрганилди.

104 нафар беморнинг юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши турларига қараб таркиби: экстрасистолия 48 (46,1 %), бўлмачалар фибрилляцияси 37 (35,6 %), пароксизмал тахикардия 4 (3,8 %), атриовентрикуляр блокада 14 (13,5 %) нафар беморни ташкил қилди. Юрак ритми ва ўтказувчанлиги билан асоратланган беморларда юрак-қон томир касаллари таркиби: юрак ишемик касаллиги (ЮИК) асосий касаллик сифатида 35 нафар (33,6 %), ЮИК (ўткир миокард инфаркти, ностабил стенокардия) 47 нафар (45,2 %), гипертония касаллиги 2 нафар (1,9 %), кардиомиопатия 3 нафар (2,9 %), юрак туғма ва орттирилган нуқсонлари 17 (16,4 %) нафарни ташкил этади. Беморларнинг даволаш режасидаги антиаритмик препаратлар ўрганилганда, асосий 4 гуруҳдаги антиаритмик дори гуруҳлари билан бир қаторда, юрак гликозидлари, калий-магний препаратлари, М-холинолитиклар, симпатомиметик дори гуруҳлари қўлланилгани ўрганилди. Қўлланилган антиаритмик дори воситаларининг умумий ҳисоби ўрганилганда антиаритмик воситалар кўп ҳолларда комбинация усулида берилган. Е. Vaghan-Williams бўйича 1-гуруҳ препаратлари 8 нафар (7,7 %) беморга (аллопинин, лидокаин), 2-гуруҳ препаратлари (биспролол, небивалол) 42 нафар беморда (40,4 %), 3-гуруҳ антиаритмик препаратлари (амиодорон) 38 нафар беморда (36,5 %), 4-гуруҳ воситалари (веропами) 4 нафар беморда (3,8 %) қўлланилган. Холинолитиклар ва симпатомиметиклар 11 (10,6%) нафар (атриовентрикуляр блокада) беморда қўлланилган. Калий-магний препаратлари асосан 82 нафар беморда асосий антиаритмик дори воситалари билан бирга қўлланилган. Юрак гликозидлари кўпроқ бўлмачалар фибрилляцияси юрак етишмовчилиги билан биргаликда келганда ва юрак туғма ва орттирилган нуқсонларида комбинацион мақсадда қўлланилган.

Хулоса: стационар беморларда экстрасистолия 46,1 % ва бўлмачалар фибрилляцияси 35,6 % энг кўп учраган ритм бузилиши сифатида аниқланди. Юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши асосан юрак ишемик касалликларида асосий ва асорат сифатида 78,8 % аниқланган. Антиаримик дорилар орасида 2-гурух препаратлари (биспролол, небивалол) 40,4%, 3-гурух воситалари 36,5 % ҳолатда қўлланилган.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТИКОЛИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

*А.А. Дадахужаев, А.К. Пулатов,
Д.А. Сайдалиев*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Ишемические и геморрагические инсульты во всем мире остаются ведущей причиной смертности и стойких нарушений состояния здоровья. Несмотря на наличие эффективных терапевтических вмешательств, в большинстве случаев лечебные возможности ограничены, и исход заболевания неблагоприятный. Нейропротекция считается одной из наиболее перспективных стратегий, которые могли бы играть самостоятельную роль при остром инсульте. Под нейропротекцией понимают вмешательства, которые блокируют, прекращают или замедляют биохимические или молекулярные процессы, ведущие к необратимому повреждению ткани мозга. К важным преимуществам нейропротекции относится возможность ее раннего применения, в том числе на догоспитальном этапе. Необходимо использование безопасного, эффективного и экономически доступного лекарственного средства, обладающего свойствами нейропротектора, имеющего широкое терапевтическое окно, подходящего для всех типов инсультов для получения оптимального лечения и улучшения исходов заболевания. Одним из соединений, потенциально соответствующих этим критериям, является предшественник холина цитиколлин (цитидин-5-дифосфохолин). Основываясь на сведениях из литературы и собственном опыте, в данном обзоре мы рассматриваем потенциальную роль цитиколина при остром ишемическом и геморрагическом инсульте.

Цитиколлин служит сырьем для синтеза фосфатидилхолина – ключевого компонента клеточных мембран. Цитиколлин является естественным эндогенным соединением, а его натриевая соль, имеющая биодоступность более 90%, используется как лекарственное средство в клинической практике. Считается, что нейропротективные эффекты цитиколина в раннем периоде инсульта обусловлены двумя основными механизмами:

1) поддержанием целостности мембран и 2) уменьшением продукции свободных радикалов. Цитиколлин помогает сохранять целостность и способствует репарации мембран, поддерживая биоэнергетические возможности клеток и препятствуя их гибели по механизму некроза или апоптоза. Инсульт является причиной значительных экономических потерь. В ряде европейских стран общие затраты на помощь больным с инсультом составляют 3–5% расходов на здравоохранение. Поскольку стоимость лечения цитикוליном относительно высока, провели анализ экономической эффективности лечения цитикOLIном по сравнению с традиционным лечением при остром ишемическом инсульте. Первичное внутримозговое кровоизлияние (ВМК) часто вызывает тяжелое повреждение мозга, ведущее к смерти или инвалидности. Летальность при ВМК достигает 35% в течение 7 дней и превышает 50% за 30 дней. Повреждение мозга, ассоциированное с ВМК, по-видимому, обусловлено несколькими факторами. Во-первых, это механическое повреждение, вызываемое гематомой. Во-вторых, в прилежащих участках ткани мозга, как правило, развивается отек, а в некоторых зонах может возникать переходящая ишемия. Поскольку цитиколлин, вероятно, увеличивает выживаемость нейронов в области ишемической полутени при ишемическом инсульте, лечение цитикOLIном может иметь преимущества и при ВМК. В последние годы были проведены два пилотных рандомизированных клинических испытания цитиколина при ВМК. В первом клиническом испытании 40 пациентов с подтвержденным ВМК в первые 6 ч от начала заболевания были посредством рандомизации распределены в группу лечения цитикOLIном (1000 мг в/в или per os 2 раза или плацебо в течение 2 недель). Безопасность лечения опасений не вызывала. Через 3 мес. от начала заболевания хороший исход был зарегистрирован лишь у 1 (5%) из 20 представителей контрольной группы по сравнению с 5 (25%) из 20 испытуемых из группы цитиколина. Во втором клиническом испытании 32 больных с ВМК после рандомизации получали цитиколлин или плацебо в течение 2 недель. Через 3 мес. от начала заболевания мышечная сила на стороне пареза в группе активного лечения была статистически значимо больше, чем в контрольной группе. На основании этих результатов было сделано заключение, что лечение цитикOLIном при ВМК безопасно и может быть эффективным.

Вывод. Цитиколлин изучается и используется в клинической практике уже более 40 лет. В настоящее время его применяют для лечения инсультов и других неврологических заболеваний более чем в 50 странах мира. Согласно мета-анализу 10 клинических испытаний, лечение цитикOLIном при ишемическом или геморрагическом инсульте ассоциировалось со статически значимым снижением

ем частоты смерти или инвалидности по итогам длительного наблюдения. Лечебный эффект цитиколина при ишемическом инсульте (снижение абсолютного риска на 5% и относительного риска на 35%) не уступает таковому для тромболитической альтеплазой, когда он проводится в промежутке 3–4,5 ч от начала заболевания. Раннее введение цитиколина может оказаться особенно эффективным в тех случаях, когда в последующем планируется проведение тромболитической терапии альтеплазой ввиду синергических эффектов этих средств.

Таким образом, цитиколин обладает высокой безопасностью применения при ишемическом и геморрагическом инсульте.

РОЛЬ ДИФфуЗИОННО-ТЕНЗОРНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Н.М. Джурсаева¹, А.И. Икрамов¹,
Х.В. Абдухалимова¹*

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

Актуальность. Диффузионно-тензорная визуализация (DTI) и другие методы магнитно-резонансной томографии, такие как диффузионно-взвешенная визуализация (DWI), магнитно-резонансная спектроскопия (MRS) и перфузионная МРТ (MRP), стали важными инструментами в нейрохирургии и нейрорадиологии. Они предоставляют понимание сложной микроструктурной архитектуры белого вещества головного мозга и метаболических процессов, а также информации о кровоснабжении опухоли. DTI играет ключевую роль в предоперационном планировании и интраоперационной навигации, способствуя сохранению критических нервных путей и минимизации послеоперационного неврологического дефицита. Мультиmodalный подход с использованием DWI, MRS и MRP повышает точность диагностики, улучшает выбор лечебной стратегии и позволяет мониторить эффективность терапии у пациентов с опухолями головного мозга.

Цель. Определить роль DTI в предоперационном планировании, интраоперационном доступе и оценке послеоперационных результатов, а также диагностическую эффективность комбинированного использования DWI, MRS и MRP для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных внутричерепных поражений.

Материалы и методы. Исследовано 55 пациентов в возрасте 54±8 лет за период с 2023 по 2024 год на базе отделения МР и КТ-диагностики ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова». Исследования

проводились на 3Т магнитно-резонансном томографе Siemens Magnetom Vida с использованием протоколов DTI, DWI, MRS и MRP. Пациенты проходили обследование до и после операции, с изучением положения прилежащих трактов и гистологических данных. Для статистического анализа использовались критерий хи-квадрат Пирсона и точный критерий Фишера.

Результаты. Предоперационное планирование хирургического вмешательства и объема резекции проводилось с целью максимального удаления опухоли без повреждения нервных трактов. DTI выявило вовлечение трактов у 25 пациентов: у 15 (61,7%) – смещение трактов без инвазии опухолью, у 8 (32,3%) – инвазию трактов, у 2 (11,7%) – нарушение трактов. Послеоперационное неврологическое обследование показало ухудшение двигательной активности у 3 (11,7%) пациентов, речевых функций – у 2 (8,82%), памяти – у 1 пациента. Тотальная резекция достигнута у 15 (61,1%) пациентов со смещением волокон и у 8 (31,2%) пациентов при инфильтрации/разрыве трактов. Для дифференциации доброкачественных и злокачественных поражений использовались различные показатели чувствительности и специфичности при использовании DWI, MRS и MRP. Комбинация этих методов обеспечивала 100% чувствительность и 100% специфичность.

Выводы. Представленные результаты подчеркивают важность DTI в оптимизации хирургических результатов, снижении неврологических дефицитов и улучшении качества жизни пациентов. Кроме того, мультиmodalный подход с использованием DWI, MRS и MRP демонстрирует высокую точность в дифференциальной диагностике опухолей головного мозга, что позволяет избежать инвазивных процедур и улучшает выбор лечебной стратегии.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ И АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ж.И. Дусалов

**Сурхандарьинский филиал
РНЦЭМП, Термез**

Ведение пациентов с инсультом – сложная многогранная проблема, охватывающая догоспитальный и госпитальный этапы (Суслина З.А., Пирадов М.А., 2016). На каждом из этапов усилия должны быть направлены на достижение единой цели – уменьшение летальности, функциональной зависимости пациента, снижение риска повторного инсульта и других сердечно-сосудистых осложнений. Антитромботические средства являются обязательным компонентом лечения при ишемическом инсульте

(ИИ), которое начинается в дебюте заболевания и затем продолжается на протяжении всей жизни пациента (Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю.). Выбор антикоагулянтной и антиагрегантной терапии у пациентов с ишемическим инсультом, развившийся на фоне острого инфаркта миокарда, зависит от степени выраженности неврологического дефицита, размеров ишемического очага по данным МСКТ и показателей коагулограммы.

Нами обследованы 20 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, развившееся на фоне острого инфаркта миокарда, из которых 6 (30%) пациентов женского пола, 14 (70%) – мужского, средний возраст женщин составил $57,1 \pm 8,4$ года, мужчин – $68,5 \pm 12,1$ года. Все пациенты находились в отделении кардиологии с диагнозом ОИМ, из которых у 4 (20%) диагностирован ОИМ без зубца Q, у 16 (80%) – ОИМ с зубцом Q. У всех обследованных пациентов на 5–12 сутки пребывания в стационаре развивается очаговая неврологическая симптоматика. Больные разделены на 2 группы:

1 группа (гиперкоагуляция): 11 (55%) пациентов с показателем АЧТВ менее 24 сек.

2 группа (нормокоагуляция): 7 (35%) пациентов с показателем АЧТВ 24–34 сек.

3 группа (гипокоагуляция): 2 (10%) пациента с показателем АЧТВ более 34 сек.

Всем пациентам была назначена противоотечная и нейрометаболическая терапия. Пациентам **первой группы**, учитывая гиперкоагуляционное состояние, была назначена тройная терапия: низкомолекулярный гепарин – эноксапарин в дозе 0,6 мл х 2 раза в сутки, таблетка ацетилсалициловой кислоты 75 мг и таблетка клопидогрель в дозе 75 мг. Пациентам **второй группы**, учитывая нормокоагуляционное состояние, назначена двойная терапия: низкомолекулярный гепарин – эноксапарин в дозе 0,6 мл х 2 раза в сутки, таблетка ацетилсалициловой кислоты – 75 мг. Пациентам **третьей группы**, учитывая гипокоагуляционное состояние и высокий риск развития геморрагической трансформации ишемического очага, назначена монотерапия: низкомолекулярный гепарин – эноксапарин в дозе 0,6 мл х 2 раза в сутки.

На фоне проведенной терапии с учетом показателей коагулограммы отмечается положительная динамика со стороны неврологического статуса в виде статистически достоверного регресса неврологического дефицита (таблица № 1).

Вывод. Объективная оценка состояния свертывающей системы у пациентов с острым ишемическим инсультом, развившимся на фоне острого инфаркта миокарда, помогает подобрать адекватную дозу антикоагулянтных и антиагрегантных препаратов, позволяющих исключить геморрагическую трансформацию ишемического очага.

РОЛЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ж.И. Дусалов

Сурхандарьинский филиал
РНЦЭМП, Термез

Проблема ишемического инсульта на сегодняшний день продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной неврологии, являясь причиной высокого уровня летальности и стойкой инвалидизации. Ишемический инсульт является полиэтиологическим заболеванием, в 16–20% случаев одной из причин является кардиоэмболия. Среди основных причин кардиоэмболии рассматриваются такие причины, как фибрилляция предсердий, клапанные поражения сердца, острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз и др. Наиболее актуальным является развитие ишемического инсульта на фоне острого инфаркта миокарда, как сочетание 2 наиболее опасных сердечно-сосудистых патологий. Среди этиопатогенетических причин развития ишемического инсульта на фоне инфаркта миокарда рассматриваются следующие:

1) кардиоэмболия, когда в зонах гипо- и акинеза отмечается формирование тромботических масс, которые в последующем выходят в сосудистое русло, приводя к кардиоэмболии;

2) сочетанные поражения коронарных и каротидных артерий атеросклеротическим процессом с формированием критических стенозов и окклюзий;

3) снижение системной гемодинамики, приводящее к гемодинамическому подтипу ишемического инсульта.

Цель исследования. Определить прогностическую роль факторов риска развития ишемического инсульта у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 пациентов с острым ишемическим инсультом, развившимся на фоне острого инфаркта миокарда, среди которых мужчин было 7, женщин – 3. Средний возраст составил $68,4 \pm 9,3$ года. Больные поступили в Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП, в отделение терапевтической реанимации, в период с 2020 по 2024 год с диагнозом «острый инфаркт миокарда». На 7–14 сутки пребывания в стационаре у больных развивается очаговая симптоматика. После проведения нейровизуализационных обследований выставлен диагноз «острый ишемический инсульт». Контрольная группа была представлена 10 пациентами с острым инфарктом миокарда сроком 14 дней, без развития острого ишемического инсульта к указанному сроку.

Нами были рассмотрены основные прогностические факторы риска развития ишемического инсульта у пациентов с острым инфарктом миокарда, такие как:

- 1) наличие подъема сегмента ST;
- 2) фракция сердечного выброса;
- 3) наличие зон гипо- и акинеза миокарда;
- 4) наличие критических стенозов и окклюзий сонных артерий.

Подъем сегмента ST: наличие подъема сегмента ST на ЭКГ указывает на трансмуральный характер инфаркта миокарда. По этой причине у больного больше вероятность развития нарушения сократимости сердечной мышцы и формирования тромботических масс в полостях сердца. У всех 10 пациентов на момент поступления на ЭКГ было диагностировано подъем сегмента ST.

Фракция сердечного выброса: средний показатель у 10 пациентов составил $43,3 \pm 7,2\%$. Следует указать на наличие обратной корреляционной связи между показателем фракции выброса и частотой кардиоэмболии в церебральные артерии. Фракция выброса 50% и более диагностирована у 3 (30%) пациентов, фракция выброса 40–50% – у 4 (40%) пациентов, фракция выброса 40% и менее – у 3 (30%) пациентов.

Наличие зон гипо- и акинеза миокарда: у всех 10 (100%) пациентов по данным эхокардиографии были выявлены зоны нарушения сократимости миокарда, из которых у 7 (70%) пациентов были выявлены зоны акинезии и у 3 (30%) – зоны гипокинезии.

Наличие критических стенозов и окклюзий сонных артерий: при обследовании 10 пациентов у 2 (20%) пациентов выявлены окклюзии внутренней сонной артерии, у 5 (50%) – критический стеноз внутренней сонной артерии.

Заключение. С целью профилактики развития ишемического инсульта у пациентов с острым инфарктом миокарда наиболее информативными факторами риска является наличие подъема сегмента ST на ЭКГ, показатель фракции сердечного выброса, наличие зон гипо- и акинеза, наличие критических стенозов и окклюзий сонных артерий.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГЕНАМИ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА, КОДИРУЮЩИМИ ВАРИАНТЫ T174M И M235T ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В НАВОЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Б.З. Жалолов, Ш.Ж. Турсунов, А.А. Турниязов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы в мире. Генетические факторы играют важную роль в развитии ИБС, и исследования ассоциаций между генетическими вариантами и риском ИБС являются предметом активных исследований. Одним из таких генетических вариантов является ассоциация между полиморфизмами T174M и M235T гена ангиотензиногена и ИБС.

Целью данного исследования является оценка ассоциации между генетическими вариантами T174M и M235T гена ангиотензиногена и ИБС среди населения Навоийской области.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 150 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), которые были госпитализированы в кардиологическое отделение Центра экстренной помощи Навоийской области. Диагноз ИБС устанавливался на основе результатов клинических и биохимических исследований, а также данных коронароангиографии (при наличии). У части пациентов с ИБС также был диагностирован инфаркт миокарда (ИМ). В качестве контрольной группы были взяты 150 студентов Бухарского медицинского института, которые имели сходный профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Геномную ДНК изолировали из лейкоцитов периферической крови стандартным методом. Для амплификации фрагментов ДНК, содержащих полиморфные маркеры гена AGT, была использована полимеразная цепная реакция (ПЦР). Затем продукты амплификации и рестрикции анализировались с использованием электрофореза в 3%-ном агарозном геле и окрашивались бромидом этидия. Однонуклеотидные замены анализировались с помощью баз данных NCBI и dbSNP для определения полиморфных маркеров.

Результаты. Анализ данных показал, что уровень встречаемости генетических вариантов T174M и M235T гена ангиотензиногена был 76,7% среди пациентов с ИБС, в то время как среди контрольной группы этот уровень был 5,4%. Дальнейший статистический анализ в Навоийской области выявил статистически значимую ассоциацию между полиморфизмами T174M и M235T гена ангиотензиногена и риском развития ИБС.

Заключение. Результаты данного исследования подтверждают существование ассоциации между генетическими вариантами T174M и M235T гена ангиотензиногена и риском развития ИБС среди населения Навоийской области. Эти данные могут быть полезны для более точной оценки генетического вклада в развитие ИБС и разработки индивидуализированных подходов к профилактике и лечению этого заболевания.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕНОТИПОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В ЗОНЕ С АРИДНЫМ КЛИМАТОМ

Б.З. Жалолов, Д.С. Нурматов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Введение. Аридные зоны, характеризующиеся высокой температурой и низкой влажностью, могут существенно влиять на здоровье населения, в частности, на сердечно-сосудистую систему. В последние годы всё больше внимания уделяется генетическим аспектам предрасположенности к инфаркту миокарда, особенно в экстремальных климатических условиях.

Цель исследования. Определить изменения в генотипах у больных инфарктом миокарда, проживающих в аридных зонах, и выявить генетические маркеры, ассоциированные с повышенным риском заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 200 пациентов с диагнозом «инфаркт миокарда» из аридных зон Навоийской области, Самаркандской и Джизакской областей. Возраст участников – 45–75 лет. Контрольная группа включала 200 здоровых участников из тех же регионов, сопоставимых по возрасту и полу. Период исследования – с января 2018 года по декабрь 2023 года. Генетический материал (ДНК) был получен из образцов крови пациентов. Для анализа генетических вариаций использовались методы секвенирования нового поколения (NGS). Данные о климатических условиях (температура, влажность) были собраны из метеорологических станций. Анализировались изменения в генотипах, включая полиморфизмы однонуклеотидов (SNPs). Использовались ассоциативные исследования генома (GWAS) для выявления генетических маркеров, связанных с инфарктом миокарда. Сравнивались данные пациентов из аридных зон с контрольной группой и с группой из регионов с умеренным климатом.

Результаты. Выявлено 15 SNPs, значительно ассоциированных с повышенным риском инфаркта миокарда у пациентов из аридных зон. Наиболее значимые SNPs были обнаружены в генах, связанных с воспалением (IL6, TNF-α) и сосудистым тоном

(NOS3, ACE). Частота встречаемости SNPs в генах IL6 и TNF-α была на 30% выше у пациентов из аридных зон по сравнению с контрольной группой. В генах NOS3 и ACE частота встречаемости SNPs была на 25% выше у пациентов из аридных зон.

У пациентов из аридных зон вероятность наличия хотя бы одного из выявленных SNPs была на 35% выше, чем у здоровых участников контрольной группы. В группе из регионов с умеренным климатом выявленные SNPs встречались на 20% реже, чем в аридных зонах.

Экстремальные температуры и низкая влажность способствовали активации генов, связанных с воспалением и сосудистым стрессом, что увеличивало риск инфаркта миокарда. У пациентов, подвергавшихся воздействию температур выше 35 °C, частота инфаркта миокарда была на 40% выше.

Выводы. Результаты исследования показали, что аридный климат может влиять на изменения в генотипах у больных инфарктом миокарда. Выявленные генетические маркеры, ассоциированные с воспалением и сосудистым тоном, указывают на возможные механизмы, через которые экстремальные климатические условия повышают риск заболевания. Эти данные подчеркивают необходимость дальнейших исследований для разработки генетически обоснованных методов профилактики и лечения инфаркта миокарда в аридных зонах.

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ ПАЦИЕНТАМИ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА В УСЛОВИЯХ АРИДНОГО КЛИМАТА

Б.З. Жалолов, А.А. Турниязов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Введение. Аридные регионы характеризуются высокими температурами и низкой влажностью, что может значительно влиять на здоровье сердечно-сосудистой системы населения. Инфаркт миокарда в таких условиях требует особого подхода к ведению пациентов с учетом специфических климатических факторов и их влияния на клиническо-функциональные показатели.

Цель исследования. Разработать комплексный подход к тактике ведения пациентов с инфарктом миокарда в аридных регионах на основе клиническо-функциональной оценки факторов риска.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 250 пациентов с диагнозом «инфаркт миокарда» из аридных зон Навоийской области, Самаркандской и Джизакской областей. Возраст участников – 45–75 лет.

Контрольная группа включала 250 здоровых участников из тех же регионов, сопоставимых по возрасту и полу. Период исследования: с января 2018 года по декабрь 2023 года. Клинические данные пациентов, включая историю болезни, результаты ЭКГ, эхокардиографии и лабораторные анализы, были собраны из медицинских учреждений. Оценивались климатические факторы, такие как температура воздуха и влажность, полученные из метеорологических станций.

Выявлялись клиничко-функциональные показатели, влияющие на риск инфаркта миокарда (артериальное давление, уровень холестерина, уровень глюкозы в крови, индекс массы тела и т. д.). Проводился анализ воздействия климатических условий на здоровье пациентов и их реакцию на терапию. Разрабатывались рекомендации по комплексному ведению пациентов с учетом выявленных факторов риска.

Результаты. У пациентов из аридных зон наблюдались более высокие уровни артериального давления и холестерина по сравнению с контрольной группой.

Частота встречаемости гипертонии и диабета была на 20% выше среди пациентов с инфарктом миокарда из аридных регионов. Влияние климатических факторов: высокие температуры и низкая влажность способствовали увеличению частоты инфаркта миокарда на 25%. Обезвоживание и электролитный дисбаланс, вызванные жарким климатом, увеличивали риск сердечно-сосудистых осложнений. Тактика ведения пациентов: Разработаны рекомендации по поддержанию адекватного уровня гидратации и контролю электролитного баланса. Предложены меры по снижению артериального давления и уровня холестерина с учетом климатических особенностей. Введены регулярные мониторинговые программы для раннего выявления и коррекции факторов риска.

Выводы. Комплексный подход к ведению пациентов с инфарктом миокарда в аридных регионах требует учета специфических климатических факторов и их влияния на клиничко-функциональные показатели. Регулярный мониторинг здоровья, корректировка терапевтических стратегий и повышение осведомленности пациентов о важности поддержания гидратации и контроля факторов риска могут значительно улучшить прогноз и снизить частоту осложнений. Эти данные подчеркивают необходимость разработки адаптированных к климатическим условиям протоколов лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЛИЯНИЕ АРИДНОГО КЛИМАТА НА ЧАСТОТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА

А.А. Турниязов, Б.З. Жалолов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Введение. Аридные зоны характеризуются экстремальными климатическими условиями, такими как высокая температура и низкая влажность. Эти условия могут оказывать значительное воздействие на здоровье населения, в частности, на сердечно-сосудистую систему. Изучение частоты инфаркта миокарда в аридных зонах важно для разработки профилактических мер и улучшения медицинской помощи.

Цель исследования. Определить влияние аридного климата на частоту инфаркта миокарда, а также выявить сезонные и урбанизационные факторы, которые могут влиять на заболеваемость.

Материалы и методы исследования. Исследование включало 3000 пациентов, проживающих в аридных зонах Республики Узбекистан, в частности, в Навоийской и Самаркандской областях. Возраст участников – 35–75 лет. Период исследования – с января 2018 года по декабрь 2023 года. Медицинские данные пациентов, включая диагнозы, были получены из региональных больниц и клиник. Информация о температуре и влажности воздуха была получена от метеорологических станций. Частота инфаркта миокарда оценивалась в зависимости от сезонных изменений (летний и зимний периоды). Сравнивались данные пациентов из урбанизированных и сельских районов. Статистический анализ включал расчет коэффициентов частоты (число случаев на 100 000 населения) и использование регрессионных моделей для оценки влияния климатических факторов.

Результаты. Общая частота инфаркта миокарда составила 65 случаев на 100 000 населения в год. В летний период частота увеличивалась на 30%, достигая 85 случаев на 100 000 населения. В урбанизированных районах частота инфаркта миокарда была на 12% выше, чем в сельских районах (70 случаев против 62 случаев на 100 000 населения соответственно). Высокие температуры ($>40^{\circ}\text{C}$) и низкая влажность ($<20\%$) были связаны с увеличением риска инфаркта миокарда. Пациенты, подвергавшиеся воздействию экстремальных температур, имели на 15% больше риск развития инфаркта миокарда по сравнению с пациентами, проживающими в более умеренных климатических условиях.

Выводы. Аридный климат значительно влияет на частоту инфаркта миокарда. Экстремальные температуры и низкая влажность способствуют увеличению заболеваемости, особенно в летний период. Урбанизация также оказывает негативное воздействие, увеличивая риск сердечно-сосуди-

стных заболеваний. Для снижения заболеваемости инфарктом миокарда в аридных зонах необходимы комплексные меры, включая улучшение условий жизни и работы, а также повышение доступности медицинской помощи и информированности населения о важности гидратации и защиты от жары.

СЕЗОННЫЕ ВАРИАЦИИ ЧАСТОТЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА В АРИДНЫХ ЗОНАХ

Ш.Ж. Турсунов, Б.З. Жалолов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Введение. Аридные зоны характеризуются экстремальными климатическими условиями, такими как высокая температура и низкая влажность. Эти климатические факторы могут существенно влиять на частоту сердечно-сосудистых заболеваний, включая инфаркт миокарда. Изучение сезонных вариаций в частоте инфаркта миокарда в аридных зонах поможет лучше понять риски и разработать эффективные меры профилактики.

Цель исследования. Определить сезонные вариации в частоте инфаркта миокарда в аридных зонах и выявить влияние экстремальных климатических условий на риск развития этого заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 4500 пациентов, проживающих в аридных зонах Республики Узбекистан, в частности, в Навоийской и Самаркандской областях. Возраст участников – 40–80 лет. Период исследования – с января 2019 года по декабрь 2023 года. Медицинские данные пациентов, включая диагнозы инфаркта миокарда, были получены из региональных больниц и клиник. Климатические данные (температура воздуха, влажность) были получены от метеорологических станций, расположенных в изучаемых регионах. Частота инфаркта миокарда оценивалась по сезонам: весна (март – май), лето (июнь – август), осень (сентябрь – ноябрь) и зима (декабрь – февраль). Анализировалась зависимость частоты инфаркта миокарда от температуры и влажности. Статистический анализ включал расчет коэффициентов частоты (число случаев на 100 000 населения) и использование регрессионных моделей для оценки влияния климатических факторов.

Результаты. Частота инфаркта миокарда по сезонам: лето – 92 случая на 100 000 населения; осень – 65 случаев на 100 000 населения; зима – 58 случаев на 100 000 населения; весна – 75 случаев на 100 000 населения. Влияние температуры: в летний период, когда средняя температура превышала 35 °С, частота инфаркта миокарда увеличивалась на 35% по сравнению с зимним периодом. В осенне-зимний период частота инфаркта миокарда была на 20% ниже, чем в летний период. Влияние влажности:

низкая влажность (<20%) в сочетании с высокой температурой значительно увеличивала риск инфаркта миокарда.

Выводы. Результаты исследования показали, что частота инфаркта миокарда в аридных зонах существенно варьируется по сезонам, достигая пика в летний период. Высокие температуры и низкая влажность являются значимыми факторами риска, увеличивающими вероятность развития инфаркта миокарда. Для снижения сезонных колебаний заболеваемости необходимо внедрение мер, направленных на защиту населения от экстремальных температур, улучшение условий жизни и работы, а также повышение осведомленности о важности поддержания адекватного уровня гидратации и мониторинга состояния здоровья в жаркое время года.

ВЛИЯНИЕ УРБАНИЗАЦИИ В АРИДНЫХ ЗОНАХ НА ЧАСТОТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Д.С. Нурматов, Б.З. Жалолов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Введение. Урбанизация в аридных зонах сопровождается изменением окружающей среды, что может оказывать значительное воздействие на здоровье населения. Высокая плотность застройки, увеличение загрязнения воздуха и снижение уровня озеленения являются основными факторами, влияющими на сердечно-сосудистую систему. В данной статье рассматривается влияние урбанизации на частоту инфаркта миокарда в аридных зонах.

Цель исследования. Определить, как урбанизация в аридных зонах влияет на частоту инфаркта миокарда, сравнить данные между урбанизированными и сельскими районами и выявить основные факторы, способствующие изменению заболеваемости.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 5000 пациентов из аридных зон Навоийской, Самаркандской и Джизакской областей. Возраст участников – 40–80 лет. Период исследования – с января 2019 года по декабрь 2023 года. Медицинские данные пациентов, включая диагнозы инфаркта миокарда, были получены из региональных больниц и клиник. Информация о месте жительства (урбанизированные или сельские районы) была получена из регистрационных данных. Данные о загрязнении воздуха, уровне озеленения и плотности застройки были собраны из городских и сельских муниципальных отчетов. Частота инфаркта миокарда оценивалась в урбанизированных и сельских районах. Анализировались факторы окружающей среды, такие как уровень загрязнения воздуха (PM 2.5, NO₂), плотность за-

стройки и наличие зеленых зон. Статистический анализ включал расчет коэффициентов частоты (число случаев на 100 000 населения) и использование регрессионных моделей для оценки влияния урбанизационных факторов.

Результаты. Урбанизированные районы: 85 случаев на 100 000 населения. Сельские районы: 68 случаев на 100 000 населения. Влияние загрязнения воздуха в урбанизированных районах: уровень загрязнения воздуха (РМ 2.5) был в среднем на 40% выше, чем в сельских районах. Повышенный уровень загрязнения воздуха был связан с увеличением частоты инфаркта миокарда на 20%. В урбанизированных районах плотность застройки была выше на 50%, а количество зеленых зон ниже на 30% по сравнению с сельскими районами. Недостаток зеленых зон и высокая плотность застройки увеличивали риск инфаркта миокарда на 15%.

Выводы. Исследование показало, что урбанизация в аридных зонах существенно влияет на частоту инфаркта миокарда. Высокий уровень загрязнения воздуха, высокая плотность застройки и недостаток зеленых зон являются основными факторами, способствующими увеличению заболеваемости. Для снижения частоты инфаркта миокарда в урбанизированных аридных зонах необходимо внедрение экологически устойчивых городских планировок, улучшение качества воздуха и создание доступных зеленых зон. Эти меры помогут улучшить здоровье населения и снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

*М.М. Зуфаров, Н.К. Махкамов, Ж.О. Анваров,
С.А. Бабаджанов, В.М. Им*

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

Основными механизмами возникновения острого коронарного синдрома (ОКС) являются разрыв атеросклеротической бляшки (РАБ), эрозия атеросклеротической бляшки (ЭАБ), острый тромбоз коронарных артерий, мальпозиция, краевая диссекция стента.

Цели. Анализ результатов морфологической особенности коронарной артерии у больных ОКС с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ).

Материалы и методы. Нами были включены в исследование 35 пациентов с ОКС в возрасте от 58 до 78 лет ($63,8 \pm 3,2$), которым была проведена ОКТ для визуализации и определения морфологической

структуры поражения коронарных артерий, из них у 29 (82,8%) – с элевацией сегмента ST. Всем больным ЧКВ было выполнено радиальным доступом. Из 35 больных разрыв АБ был выявлен у 28 (80%): у 3 (8,5%) было выявлено поражение правой коронарной артерии (ПКА), у 19 (54,2%) – передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА), у 5 (14,2%) – поражение огибающей артерии (ОА). У 5 (14,2%) больных была выявлена эрозия АБ, и все случаи были выявлены в ОА. В одном случае у больного после стентирования была выявлена малапозиция стента, которая и привела к острому тромбозу ранее установленного стента. РАБ ассоциировался с более высокой частотой отсутствия дистального кровотока (по reflow), замедлением кровотока (slow flow) или дистальной эмболизацией коронарной артерии.

Результаты. ЧКВ была эффективной, всем больным установлены стенты с лекарственным покрытием, антеградный кровоток по коронарным артериям был восстановлен – TIMI III. Летальных случаев и осложнений не было. У 3 (9,3%) пациентов отмечалось отсутствие дистального кровотока: из них в 2 случаях симптом-зависимой артерией была ПМЖА. У 1 (3,1%) пациента отмечалась дистальная эмболизация, у 8 (25%) отмечалось замедление кровотока. Из 35 пациентов 4 (11,4%) больным была выполнена эффективная тромболизисная терапия препаратом «Алтеплаза-100 мг». В 1 случае у пациента с ранее установленным стентом была выполнено постдилатация для устранения малапозиции стента. В среднем «Door to Balloon» составил 32 минуты. У всех больных после ангиопластики и стентирования отмечалось улучшение гемодинамических показателей, и на 3–4 сутки после вмешательства они были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Оптическая когерентная томография является высокоинформативным методом in vivo диагностики атеросклеротической бляшки у больных ОКС. ОКТ позволяет идентифицировать морфологическую структуру атеросклеротической бляшки, определить механизм возникновения ОКС и дифференцированно подойти к выбору тактики лечения.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

*Р.А. Ибадов^{1,2}, Х.П. Алимова¹, А.А. Юнусов¹,
С.Х. Ибрагимов²*

¹Республиканская специализированная
больница Зангиата-1

²ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии им. акад. В. Вахидова», Узбекистан

Цель исследования. Определить особенности клинического течения COVID-19 в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы исследования. Фундаментом исследования послужили результаты лечения 223 пациентов с ХБП на диализе, инфицированных COVID-19. Средний возраст пациентов составил 53±2,5 года (от 20 до 78 лет). Мужчин было 120 пациентов, женщин – 113. Средний индекс массы тела составил 26,5±1,6 (22,4–30,2). От появления первых симптомов COVID-19 до поступления в стационар РСБ Зангиата в среднем прошло 3 (2–7) суток. Большинство пациентов поступали в стационар через службу скорой медицинской помощи (68,2%), в то время как небольшая часть была переведена из других отделений (22%) или других больниц (9,9%). Согласно дизайну клинического исследования для выявления клинических особенностей ХБП в сочетании с COVID-19, характеристики основной группы пациентов (ХБП на диализе, n=223) сравнивали с характеристиками двух групп пациентов, а именно с пациентами с COVID-19 и ХБП без диализа, и с пациентами с COVID-19 без какой-либо исходной патологии почек.

Результаты. Из анализа клинических характеристик следует, что у большинства пациентов с COVID-19 и ХБП на диализе наблюдаются симптомы дыхательных расстройств, такие как одышка (72,2%) и кашель (54,3%). Пациенты также часто испытывают гипертермию (64,1%) и миалгию/артралгию (36,3%). Характеристики коморбидных состояний показали, что сахарный диабет присутствовал у 64,1% пациентов с COVID-19 и ХБП на диализе, у 61,8% с недиализной ХБП и у 37,9% пациентов без ХБП. Артериальная гипертензия была более выражена у пациентов с COVID-19 и на диализе (87%) и с недиализной ХБП (86,4%), чем у пациентов без ХБП (55,8%). Ишемическая болезнь сердца была примерно одинаково распространена среди всех трех групп пациентов. Сердечная недостаточность встречалась чаще у пациентов с COVID-19 и на диализе (33,2%) по сравнению с пациентами с COVID-19 и недиализной ХБП (25,9%) и без ХБП (30%). Пациенты с COVID-19 и ХБП на диализе име-

ли более выраженные симптомы одышки, более низкое артериальное давление, более высокую частоту сердечных сокращений, более высокую температуру тела и более высокий процент гипертермии по сравнению с пациентами без ХБП. Маркеры тяжести COVID-19 в первые сутки госпитализации у пациентов с ХБП на диализе отличались от других групп. Процент пациентов, нуждающихся в инвазивной ИВЛ, был выше среди пациентов с ХБП на диализе (7,2%) по сравнению с другими группами. Также процент пациентов, использующих назальную канюлю и HFNC, был ниже среди пациентов с ХБП на диализе. Среднее значение ПДКВ и соотношения pO_2/FiO_2 также различалось у пациентов с COVID-19 и ХБП на диализе по сравнению с другими группами пациентов. У пациентов с COVID-19 и ХБП на диализе наиболее высок процент тяжелых нарушений функции почек, составивший 100%, в то время как у пациентов с недиализной ХБП этот показатель составил 13,2%, а у пациентов без ХБП – 0%. Функция печени также была более нарушена у пациентов с COVID-19 и ХБП на диализе, где 3,1% имели тяжелые нарушения функции, по сравнению с 2,3% у пациентов с недиализной ХБП и 2,0% у пациентов без ХБП. Что касается коагуляции, пациенты с COVID-19 и ХБП на диализе имели наибольший процент тяжелых нарушений, составивший 14,7%, в то время как у пациентов с недиализной ХБП этот показатель был 6,8%, а у пациентов без ХБП – 3,8%. Эти данные подчеркивают важность ранней оценки функции органов и систем у пациентов с COVID-19 и ХБП, особенно у тех, кто нуждается в диализе, для определения стратегий лечения и мониторинга. У пациентов с COVID-19, сопровождающимся ХБП и находящихся на диализе, наблюдается более высокая частота госпитализации в ОРИТ (29,1% против 9,6%; $p<0,001$), развития ОРДС (23,3% против 11,7%; $p<0,001$) и госпитальной летальности (16,6% против 7,9%; $p=0,007$) по сравнению с пациентами, у которых COVID-19 протекает в изоляции.

Заключение. Показано, что COVID-19 в сочетании с ХБП, особенно при необходимости гемодиализа, ассоциирован с повышенной представленностью острого начала дыхательной недостаточности, сахарного диабета, артериальной гипертензии и сердечной недостаточности, а также усиленным нарушением функции коагуляции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ

Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова, Х.К. Абдуллаев

Хорезмский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Ни одно заболевание не дает такой высокой инвалидизации, как инсульт. Из пациентов, переживших эту сосудистую катастрофу, к труду возвращаются лишь 20%.

Цель. Провести факторный анализ оценки формирования и особенностей нервно-психических расстройств при острых мозговых инсультах в узбекской популяции.

Материалы и методы. На основании глубокого клинического исследования 85 больных были разделены на 3 группы: 1 – 58 (68,2%) больных с острым ишемическим инсультом; 2 – 17 (20%), с повторным мозговым инсультом; 3 – 10 (11,8%), с геморрагическим инсультом. Мужчин было 67 (78,8%), женщин – 18 (21,2%). Для изучения формирования невротического состояния было проанализировано 49 признаков, отражающих основную симптоматику нервно-психических расстройств, таких как нарушения аффективной сферы, психической активности, мышления, внимания, памяти, патологической тенденции, нарушения сознания, соматоневрологические признаки болезни.

Результаты. В ходе проведенного многомерного систематического анализа было выделено 10 факторов, охвативших наиболее информативную симптоматику, отражающую формирование невротического состояния. Анализ полученных данных свидетельствует, что у 28 (32,9%) больных наблюдались нестойкие аффективные нарушения, при этом отмечалась отрицательная корреляция высоких факторных нагрузок. За счет углубления аффективных нарушений у 31 (36,5%) больного возникла тревога и внутреннее напряжение, нарушения психической активности по типу гиперактивности.

У 12 больных (14,1%) на фоне тревожно-депрессивного состояния развились нарушения циркадной функции «сон-бодрствование». Эти нарушения не имели высоких факторных нагрузок. Примечательно, что имеющиеся изменения психической активности, соматовегетативные признаки достоверно перекрываются нарастающими эффективными нарушениями ($p < 0,00001$).

У 14 больных (16,5%) наблюдались нарушения психической активности, с нарушениями всех периодов сна, которые имели высокие факторные нагрузки. Нередко отмечались соматоневрологические признаки – кардиалгия и цефалгия.

Полученные данные свидетельствуют о том, что тщательное изучение клинической картины

психоневрологических расстройств позволяют сделать их доступными для факторного анализа. При этом закономерным является поэтапное развитие синдромов от моно- к полисимптомности. Характер расстройств отражает переход к полиморфизму: расширяется и углубляется сфера аффективных расстройств, которые значимо коррелируют с нарушениями сна, неудовлетворенностью основных потребностей.

Выводы. Результаты исследования показывают, что последовательность развития психоневрологических расстройств проявляется в определенной клинической закономерности, которая имеет адекватную количественную характеристику. Разработка способов компьютерной алгоритмической диагностики ранних этапов формирования психоневрологических расстройств имеет прогностическое значение в лечении и реабилитации постинсультных больных в экстренной неврологии.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ, ПРОГНОСТИЧЕСКИ ВЛИЯЮЩИХ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

*Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова, Х.К. Абдуллаев,
Б.С. Худайберганов*

**Хорезмский областной филиал
РНЦЭМП**

Наряду с нарушением движений часто следствием инсульта является нарушение речи. По данным реестра мозгового инсульта, афазии наблюдаются в 34,4% случаев, дизартрия – в 13%.

Цель работы состоит в изучении факторов, влияющих на восстановление речи после инсульта.

Материал и методы. Обследовано 31 больной афазией после перенесенного ишемического инсульта: 23 больных моторной афазией, 3 – сенсорной афазией и 59 – сенсо-моторной афазией. Всем больным проведены курсы речевой и медикаментозной терапии.

Выраженность речевых нарушений оценивалась в баллах по шкале Л.С. Цветковой: очень грубая степень афазии (до 90 баллов) – у 4 больных, грубая степень (от 90 до 160 баллов) – у 6 больных, умеренная степень (от 160 до 230 баллов) – у 9, легкая степень афазии (выше 230 баллов) – у 12. Всем больным для оценки объема и локализации инсульта проводилась МРТ головного мозга.

Результаты. Степень выраженности афазии статистически коррелировала с размером инфаркта мозга. У 4 (12,9%) больных с очень грубой афазией объем инфаркта составил в среднем 124,4 см³, у 6 (19,4%), с грубой афазией, – 74 см³, у 9 (29%), с умеренной афазией, – до 23 см³, у 12 (38,7%), с легкой афазией, – 13,1 см³.

Оценивая динамику восстановления речи, можно отметить, что наилучший эффект достигался при проведении реабилитационных мероприятий в остром периоде инсульта. В структуре речевых нарушений динамика проявлялась прежде всего в улучшении способности к дифференциации речевых единиц с оппозиционными фонемами, увеличении объема слухоречевой памяти, восстановлении понимания значения слова.

Принципиально важным является обязательный анализ предикторов восстановления нарушенных функций и учет их в проводимой нейрореабилитации. Применение фармакологических препаратов наилучшим образом стимулирует процессы нейропластичности и патогенетически оправданно для больных после ишемического инсульта. Таким образом, пластическая реорганизация церебральных структур и систем после инсульта является многофакторным процессом.

Выводы. Выяснение и уточнение прогностических факторов восстановления после инсульта будет способствовать более точной индивидуальной оценке реабилитационного потенциала и улучшению психоэмоционального состояния пациентов.

РЕНТГЕН И КОМПЬЮТЕРНО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПНЕВМОНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

*А.И. Икрамов¹, Д.С. Ярмухамедова¹,
М.М. Низамова^{1,2}, М.А. Юлдашева², Т.Г. Бородавко²*

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Наиболее частыми возбудителями пневмоний у пациентов с иммунодефицитом являются пневмоцисты (*Pneumocystis carinii*), цитомегаловирус (*Cytomegalovirus*) и другие вирусы (простого герпеса, ветряной оспы, кори, аденовирусы), а также легионеллы (*Legionella pneumophila*).

Пневмоцистная пневмония чаще выявляется у лиц с врожденным или приобретенным иммунодефицитом, так, при ВИЧ-инфекции развивается в 65% случаев и в 25–40% случаев может приводить к летальному исходу.

Цель работы. Выявление специфических рентгенологических и компьютерно-томографических (КТ) признаков пневмоцистной пневмонии.

Материалы и методы. Проведен расширенный анализ клинических, рентгенологических и компьютерно-томографических данных у 20 пациентов (11 женщин и 9 мужчин), поступивших в

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в отделение терапевтической реанимации, с такими симптомами, как одышка, субфебрильная температура и боль в грудной клетке. Средний возраст пациентов составил $47,3 \pm 18,4$ года. У всех госпитализированных пациентов тест на ВИЧ был положительный. Рентгенологическое исследование проводили на цифровом рентгенологическом аппарате Apelem, «Platinum 2» (Франция). Мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) органов грудной клетки проводили на аппарате МСКТ Aquilion Prime 160 (Canon Medica System). Радиологические исследования сопоставляли с клинической картиной в различные сроки заболевания.

Результаты. В первую стадию (отёчная, 7–10 дней) рентген-картина чаще бывает без каких-либо изменений, а если они выявляются, то характеризуются симметричным усилением легочного рисунка в прикорневой зоне и в базальных отделах лёгких. А на компьютерной томографии у пациентов данной группы определялись следующие признаки: уплотнение паренхимы лёгких по типу «матового стекла» в прикорневой зоне и в верхних отделах, напоминающее «крылья бабочки», иногда, в 40% случаев, процесс может локализоваться по всем полям, но преимущественно в верхних и передних отделах лёгких, а в 40% случаев – диффузно по всем легочным полям, причём периферические отделы оставались обычной пневматизации. Во вторую стадию (ателектатическая, более 10 дней от момента заболевания) на рентгенограмме выявляются следующие признаки: в большинстве случаев (70%) симметричные очаги сливного характера в верхнем и в среднем легочных полях (прикорневая зона) и в 30% случаев – симметричные диффузные сливные очаги тотально по всем легочным полям. Данные компьютерной томографии в этот же период времени выявляет диффузное уплотнение паренхимы лёгких по типу «матового стекла» (60%), на фоне которого определяются утолщенные междольковые перегородки («булыжная мостовая»), а также зоны альвеолярной консолидации (40%) в субплевральных зонах, мелкие воздушные полости (20%) – пневматоцеле. Патологический процесс в лёгких чаще симметричный. На компьютерной томографии в средостенном окне довольно часто (60%) выявляется увеличение внутригрудных лимфатических узлов, возможен выпот в перикарде.

У одного из пациентов состояние на момент поступления было крайне тяжёлым: парциальное давление кислорода в артериальной крови составило 50 мм рт. ст, сатурация кислорода SpO_2 оставила 60%. С целью своевременной диагностики и проведения соответствующих лечебных мероприятий была выполнена МСКТ. Через неделю после проведения реанимационных мероприятий была

выполнена контрольная МСКТ, где отмечалось улучшение пневматизации легочной ткани с двух сторон, преимущественно в базальных сегментах выявлено диффузное уплотнение лёгочной паренхимы по типу «матового стекла», утолщение и отёк междольковых перегородок, зоны альвеолярной консолидации по периферии, уменьшение жидкости в левой плевральной полости, что свидетельствовало о разрешении альвеолярной стадии отёка лёгких.

Вывод. Компьютерная томография с применением программы высокого разрешения (КТВР) является чувствительной методикой, которая позволяет оценить стадию заболевания, активность процесса и демонстрирует высокую корреляцию между рентгенологическими и клиническими проявлениями.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

В.М. Им, С.К. Хамдамов, М.М. Умаров

**Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр хирургии им. акад. В. Вахидова**

Цель. Анализ результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по технике Inoue у больных с неосложненными (без сопутствующей регургитации, нарушений ритма сердца и тромбоза левого предсердия) формами стеноза митрального клапана (СМК).

Материал и методы. С 2013 по 2019 г. у 193 больных с неосложненными формами СМО проведена БМВ. Мужчин было 46 (23,8%), женщин – 147 (76,2%). Больные были в возрасте от 16 до 54 лет (в средн. – $31,2 \pm 3,8$). По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия (Смо) была от 0,8 до 1,5 см² (в средн. $1,1 \pm 0,23$). Показаниями к БМВ СМК являлись клинические проявления заболевания с уменьшением площади митрального отверстия (МО) 1,5 см² и менее, трансмитральный градиент более 10 мм рт. ст. Противопоказанием для выполнения БМВ были площадь МО более 1,5 см², градиент менее 10 мм рт. ст., выраженный кальциноз и фиброз митрального клапана (МК). Для выполнения БМВ во всех случаях использован доступ через правую бедренную вену. Были использованы баллонные катетеры «INOUE» диаметром от 24 до 28 мм для катетеризации ЛП, выполнялась пункция межпредсердной перегородки (МПП) в области овальной ямки. БМВ проводилась последовательно, начиная с диаметра баллона от 24 мм с увеличением на 1 мм под контролем трансторакальной ЭхоКГ на каждом этапе. Результат считался оптимальным

при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширение Смо более 1,5 см² при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

Результаты. У 192 (99,5%) из 193 больных удалось выполнить успешную БМВ. В 1 (0,5%) случае, несмотря на адекватное раскрытие МК, у пациентки с критическим митральным стенозом (0,4 см²), поступившей в крайне тяжелом состоянии, на высоте отека легких, из-за прогрессирующей сердечной недостаточности наступил летальный исход. По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия после успешной БМВ увеличилась в среднем в 2,5 раза, с $0,85 \pm 0,17$ см² до $2,16 \pm 0,76$ см², максимальный градиент давления на МК снизился в среднем с $21,9 \pm 4,95$ до $8,9 \pm 1,6$ мм рт. ст. Максимальное давление в ЛП снизилось с $40,29 \pm 9,01$ мм рт. ст. до $21,43 \pm 6,83$ мм рт. ст. В первые же сутки после операции у всех пациентов отмечена значительная положительная динамика клинико-функционального состояния. В подавляющем большинстве случаев больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 1–2 сутки.

Вывод. Таким образом, БМВ по технике Inoue является малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения у больных с неосложненными формами СМО. БМВ является методом выбора и альтернативой хирургическим методам коррекции порока у данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А.С. Исомиддинов, Д.Т. Гиясов, Г.Н. Ибрагимова

Наманганский филиал РНЦЭМП

**Отделение экстренной кардиологии № 2,
Наманган, Узбекистан**

Цель. Изучение патогенетических особенностей течения инфаркта миокарда с зубцом Q у мужчин с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Исследован 51 пациент мужского пола с острым Q-позитивным инфарктом миокарда без верифицированного сахарного диабета в возрасте до 80 лет. Инфаркт миокарда с зубцом Q диагностировался в соответствии с рекомендациями ВНОК от 2019 года; метаболический синдром определялся согласно Руководству АТР III (2001 г.). Больные распределены на группы: 1 – больные без метаболического синдрома (средний возраст $57,55 \pm 1,68$ года); 2 – с признаками метаболического синдрома (средний возраст $55,84 \pm 2,05$ года).

Результаты. Последовательность отягощена по артериальной гипертензии (1 – 62,1% и 2 – 54,4%);

по заболеваниям сердца (ИБС) в 48,3% и 45,5% случаев соответственно. Гипертонической болезнью страдали более 65% пациентов, в анамнезе имели перенесенный ИМ 10,3% больных в первой и 22,7% во второй группах. В группе с метаболическим синдромом выявлено достоверно более высокое содержание общего белка крови, уровня глюкозы крови по сравнению с контрольной группой: $7,87 \pm 0,54$ ммоль/л и $5,67 \pm 0,28$ ммоль/л соответственно. При сравнении липидного спектра отмечается более высокий уровень ОХС во второй группе – $5,05 \pm 0,27$ ммоль/л по сравнению с первой – $4,89 \pm 0,26$ ммоль/л, ХС ЛПВП в первой группе – $1,29 \pm 0,11$ ммоль/л по сравнению со второй – $1,02 \pm 0,08$ ммоль/л; индекс атерогенности в группе больных с метаболическим синдромом составил $4,85 \pm 0,78$, в группе сравнения – $3,42 \pm 0,31$. В обеих группах выявлены достоверные различия размеров ЛП – $39,61 \pm 0,82$ мм – в группе с метаболическим синдромом, $35,70 \pm 0,79$ мм – в контрольной группе. Более высокая степень гипертрофии миокарда ЛЖ отмечена в группе больных с метаболическим синдромом. Масса миокарда ЛЖ составила $294,89 \pm 17,07$ г в 1 группе, $329,81 \pm 15,74$ г во второй. Признаки застоя по МКК выявлены достоверно чаще во 2 группе исследования – 63,6%.

Выводы. Полученные предварительные данные свидетельствуют о более тяжелом течении инфаркта миокарда у больных с метаболическим синдромом и более неблагоприятном прогнозе исхода заболевания у данной группы пациентов.

УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ АРИТМИИ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ИБС

*А.С. Исоммддинов, Г.Н. Ибрагимова,
Д.Т. Гуесов, Ш.Ш. Исокжонов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Целью работы явилось изучение распространенности «ишемических» нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда.

Материал и методы. Обследована группа из 55 больных стенокардией, госпитализированных во 2 отделение неотложной кардиологии клиники Наманганского филиала РНЦЭМП. Среди пациентов было 39 женщин и 16 мужчин в возрасте от 41 до 72 лет (средний возраст – $51,4 \pm 0,9$ года). Первую группу составили 25 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Вторую группу составили 30 пациентов с диагнозом у больных ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Всем пациентам проведено суточное холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ.

У всех больных во время мониторингирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялось при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм и более косовосходящей депрессии ST на 1,5 мм и более длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторингирования.

Результаты. «Ишемические» НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдалось два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудочкового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих аритмий (в основном – экстрасистол) резко (в 6–29 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 55 больных выявлено $4,20 \pm 0,26$ эпизода, тогда как только $2,1 \pm 0,13$ из них сопровождалось появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных холтеровского мониторингирования обращает внимание, что по результатам анализа суточной ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 32 случаях. Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3%, 40% и 43,3% соответственно, $p < 0,05$). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые «ишемические» аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Заключение. Вероятность появления «ишемических» желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ элевацией ST. То есть более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Ш.И. Каримов, А.А. Юлбарисов, Х.К. Алиджанов,
А.А. Джалилов, У.Ж. Турижонов*

**Республиканский специализированный
центр хирургической ангионеврологии,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить результаты различных методов лечения пациентов с клиническими проявлениями вертебро-базиллярной недостаточности.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 78 больных с синдромом ВБН, находившихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии с 2022 по 2024 год. Все пациенты в зависимости от тактики лечения были разделены на 3 группы. 1 группа – 30 (38,5%) больных, которым было выполнено стентирование 1-го сегмента позвоночной артерии, 2 группа – 28 (35,9%) пациентов, которым в качестве метода лечения была выполнена каротидная эндартерэктомия, 3 группа – 20 (25,6%) больных, которые получали консервативное лечение. Пациенты 3 групп были сопоставимы по полу и возрасту. У всех этих больных были выявлены гемодинамически значимые стенозы (более 65%) в I сегменте позвоночных и сонных артерий. Из них признаки хронической дисциркуляции в ВББ были определены у 24 больных (31%), транзиторные ишемические атаки в ВББ отмечались у 19 больных (24%) и у 35 пациентов (45%) в анамнезе был верифицирован ишемический инсульт в ВББ. При консервативном лечении больные получали ноотропные препараты, антиоксиданты, нейтропротекторы, гипотензивные препараты и двухкомпонентную антиагрегантную, а также антикоагулянтную терапию. При выявлении гемодинамически значимого поражения сонных артерий (стеноз более 70%) и сохраненным кровотоком на ипсилатеральной задней соединительной артерии больным выполнены каротидные реконструкции сонных артерий. Все пациенты были осмотрены неврологом и ангиохирургом через 1, 3, 7 суток и 3, 6, 12 месяцев после лечения, и было проведено контрольное дуплексное сканирование брахицефальных артерий. Дальнейшее наблюдение за пациентами осуществляли с помощью анкетирования.

Результаты исследований. Сроки наблюдения составили в среднем $24,6 \pm 8,8$ месяца (от 6 месяцев до 3 лет). После консервативной терапии у 15 (76%) больных наблюдалось клиническое улучшение – регресс симптомов ВБН, исчезновение головокружения и шаткости при ходьбе, однако через 4–6 месяцев эти симптомы вновь возобновились. У

5 (24%) пациентов после консервативной терапии клинического улучшения не выявлено. Среди 28 больных, которым выполнена каротидная реконструкция сонных артерий, клиническое улучшение симптомов и скоростных показателей кровотока по задней соединительной артерии наблюдалось в 24 (86%) случаях. У остальных 4 (14%) пациентов этой группы со стороны клиника ВБН изменений не наблюдалось. Среди больных, которым было выполнено стентирование I сегмента позвоночных артерий, в 27 (91%) случаях наблюдалось стойкое клиническое улучшение, проявляющееся в уменьшении или исчезновении клиники ВБН в течение наблюдения. У 3 (9%) больных после рентгенэндоваскулярного вмешательства значимого клинического улучшения не выявлено, хотя при ТКДС у них было отмечено увеличение скорости кровотока по базиллярной артерии.

Заключение. Показания к эндоваскулярному лечению I сегмента позвоночных артерий, как дающему хороший клинический эффект у больных с клиникой ВБН, должны быть расширены. При определении показаний к каротидной реконструкции у больных с ВБН должно учитываться состояние Виллизиева круга. Стентирование I сегмента позвоночных артерий у пациентов с клиникой ВБН может рассматриваться как альтернатива открытой реконструкции ПА с хорошим клиническим эффектом.

ИШЕМИК ПОСТКОНДИЦИОНИРЛАНИШНИНГ СТ ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИС КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

Кенжаев С.Р.

РШТЎИМ Бухоро филиали

Ҳозирги кунда ўткир миокард инфарктида эрта реперфузия долзарб муаммо ҳисобланади, бир қатор экспериментал ва клиник тадқиқот ишлари олиб борилмоқда, самарадорликни ошириш ва ўз вақтида ташхис қўйиш ва прогнозни яхшилаш, даволаш ва олдини олишга қаратилган. Охирги йилларда шифохонагача реперфузия қилиш, БТОКА каби СТэМИда эрта реперфузия, миокард инфаркти асоратлари, реперфузион шикастланиши жараёнларига ва ўлим кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатиши ҳақида маълумотлар пайдо бўлди. Шифохонагача тромболизис ўткир миокард инфарктида клиник кечишига таъсирини ўрганиш долзарб масалалардан ҳисобланади.

Текширув мақсади: СТэМИ билан оғриган беморларда реперфузия натижалари, клиник кечиши ва чап қоринча систолик фаолиятига ишемик посткондиционирланишнинг таъсирини баҳолашдан иборат.

Материал ва методлар: Тадқиқотда 30 ёшдан 66 ёшгача бўлган (ўртача $58,2 \pm 5,6$ ёшгача) 40 нафар STэМИ таъхиси қўйилган пациент иштирок этди. Дастлабки клиник ва анамнестик маълумотлар ва қўлланиладиган асосий терапияда статистик жиҳатлардан эътиборга олинмаган фарқларга эга бўлмаган беморларнинг икки гуруҳи ташкил қилинди: 1-гуруҳ (асосий) – миокард реперфузиясидан олдин ва унинг давомида дистант ишемик посткондиционирланиш (ИПК) амалга оширилган 20 нафар беморлар; 2-гуруҳ (назорат гуруҳи) – одатий миокард реперфузияси амалга оширилган 20 нафар беморлар. Беморларнинг барчасига шифохонагача ТЛТ амалга оширилди.

40 та беморнинг барчасига миокард реваскуляризациясидан сўнг 1 ойдан кейинги клиник ҳолати баҳоланди. Олинган натижалар статистик таҳлилдан ўтказилди.

Натижалар: ИПК гуруҳда Q-тишли МИ назорат гуруҳи беморларга қараганда анча кам ривожланган (яъни 38% га нисбатан 45%). Аксинча, асосий гуруҳда Q тишчасиз МИ 12% беморда, назорат гуруҳида – 5% беморда ривожланган.

ИПК бажарилган беморларда ЎЧҚЕ синфлари камроқ кузатилди. Жумладан ўпка шиши 1-гуруҳдаги 3 (4,76%) ва 2-гуруҳдаги 5 (7,46%) нафар беморда; кардиоген шок – мос равишда 2 (3,2%) ва 4 (5,97%) ҳолатларда кузатилди. Барча ҳолатларда интенсив терапия фонида ЎЧҚЕ белгилари бартараф этилди, фақат назорат гуруҳида 2 та беморда кардиоген шок узоқроқ давом этди, бу беморларда ўткир буйрак етишмовчилиги ҳам қўшилди. Биринчи гуруҳда ҳам механик асоратлар ва ўлим ҳолатлари қайд этилмади. Иккинчи гуруҳда эса 1 та (5%) беморда летал оқибат кузатилди. ИПК гуруҳида ҳаётга хавф солувчи реперфузион юрак ритм бузилишлари камроқ қайд этилди. 1-гуруҳда алоҳида, жуфт ҚЭ, тезлашган идиовентрикуляр ритм ва транзитор синус брадикардияси кузатилди. 1 та беморда нотурғун қоринчалар тахикардияси кузатилди ва спонтан бартараф бўлди. 2-гуруҳда эса 2 нафар беморда турғун қоринчалар тахикардияси, антиаритмик дори воситалари билан (1 та беморда), 1 та ҳолатда электрик кардиоверсия қилиниб тикланди. 2 та беморда қоринчалар фибрилляцияси кузатилди ва дарҳол дефибрилляция қилиниб, юрак фаолияти тикланиб олинди. Реперфузиядан кейин оғриқ синдроми бартараф этилиши, беморларнинг умумий ҳолатининг барқарорлашуви ҳам ИПК гуруҳда тезроқ кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, шифохонагача ТЛТ вақтида дистант ишемик посткондиционирланиш механизмларини фаоллаштириш ўзининг кардиопротектив хусусиятлари билан ишемик-реперфузион шикастланишни камайтиришга, унинг оқибатида ривожланадиган хавфли асоратларни (ҳаёт учун хавфли аритмиялар, чап

қоринчанинг кескин дилатацияси) камайтиради ва беморлар аҳволининг тезроқ стабиллашувига имкон яратади.

INFLUENCE OF LOADING DOSES OF ATORVASTATIN ON THE LIPID PROFILE INDICATORS AND ON MYOCARDIAL STUNNING AREAS IN STEMI

Kenjaev S.R., Azimov A.A., Latipov N.M., Kayirov A.K., Latipov F.F.

RRCEM. Tashkent. Uzbekistan

Purpose of the research. Study of the effect of early administration of loading doses of atorvastatin in the acute period of STEMI on lipid profile parameters and on myocardial stunning zones.

Materials and methods of research. The study included 160 patients with STEMI. The average age of the patients was 55.8 ± 0.6 years. All patients underwent myocardial reperfusion (PPCI) within the first 3 hours. The 1st group included 80 patients who received basic therapy (atorvastatin 40 mg), the 2nd group included 80 patients who took a loading dose of atorvastatin (at a dose of 80 mg per day), prescribed immediately upon hospitalization. The groups of patients were comparable in terms of initial clinical and anamnestic data and treatment regimens. In order to identify myocardial stunning, after stabilization of the patients' condition on the 3rd day of the disease, stress-echocardiography with low doses of dobutamine was performed. In addition to general clinical and generally accepted laboratory research methods, lipid spectrum indicators were determined on the 1st day and 10th day of treatment. For statistical analysis of the results, the statistical program SPSS 11.0 was used.

Research results. Already on the 10th day, treatment with high doses of atorvastatin led to a significant decrease in the level of total cholesterol (from 5.83 ± 0.17 to 4.63 ± 0.13 mmol/l, $p < 0.001$) and LDL cholesterol (from 3.56 ± 0.17 to 2.37 ± 0.15 mmol/l, $p < 0.01$), while when treated with 40 mg of atorvastatin, blood lipid levels did not differ significantly from the baseline, although there was a tendency for these indicators to decrease. In the 1st group, within 10 days of treatment, the level of total cholesterol decreased by only 4.9%, while in the 2nd group – by 20.6% ($p < 0.001$), LDL cholesterol – by 13.5 and 31, respectively. 7% ($p < 0.01$). When performing low dose dobutamine stress echocardiography in 2nd group, 4.2 ± 0.16 asynergic segments restored their contractile function, in 1st group – 3.88 ± 0.14 , since myocardial damage occurred in these segments stunning. The number of dobutamine-responsive segments (segments with reversible dysfunction) in the group of patients receiving atorvastatin at a dose of 80 mg during myocardial reperfusion was significantly greater than in the control group ($p < 0.05$).

Conclusion. Carrying out myocardial reperfusion in the infarction-related coronary artery with the simultaneous use of high doses of atorvastatin, along with improving the lipid profile, affects the formation of zones of myocardial stunning (reversible dysfunction), helping to limit myocardial necrosis, reducing ischemic and reperfusion damage to the myocardium.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЯМИ ХОБЛ

*А.К. Койиров, К.Р. Мирхайдаров,
У.Ш. Яхшибаев, Ф.У. Махмудов, Ё.Э. Туропов,
Г.Х. Шарафитдинова*

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Почти в двух третях случаев причиной обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является инфекция. Частые обострения заболевания характерны для пациентов с тяжелыми обструктивными нарушениями, обострениями в анамнезе и тяжелым течением ХОБЛ. У таких пациентов в качестве триггеров чаще определяются атипичные, грамотрицательные и устойчивые ко многим антибиотикам бактерии.

Цель. Выявить особенности бактериальной флоры мокроты у пациентов, требующих повторных госпитализаций в течение года по поводу обострений ХОБЛ.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 423 медицинских карт стационарных больных, получавших лечение в РНЦЭМП.

Результаты. 276 госпитализаций были однократными в течение года (контрольная группа), 147 обращений были повторными (2 и более раз за год) (основная группа).

При проведении бактериологического исследования мокроты в контрольной группе были высеяны: *Streptococcus pneumoniae* у 10 (40%) пациентов, *Klebsiella pneumoniae* у 6 (24%), *Pseudomonas aeruginosa* у 5 (20%), а также по 1 случаю (по 4%) *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus equinus*. Также были высеяны микст-инфекции: по одному случаю *Pseudomonas aeruginosa* + *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* + *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* + *Escherichia coli*.

В основной группе были получены: *Streptococcus pneumoniae* у 5 (38,5%) пациентов, *Klebsiella pneumoniae* у 3 (23%), *Pseudomonas aeruginosa* у 2 (15,4%), по 1 случаю (по 7,7%) *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*. Также были выявлены микст-инфекции: по 1 случаю *Streptococcus pneumoniae* + *Streptococcus pneumoniae* + *Klebsiella aerogenes*.

Выводы. Среди пациентов с однократными и повторными госпитализациями по поводу обострений ХОБЛ практически не было выявлено значимых различий по частоте высева наиболее типичных инфекционных агентов. У пациентов основной группы отмечалось появление микст-инфекции при повторной госпитализации. Высеивание *Staphylococcus aureus* у пациентов основной группы отмечалось почти в 2 раза чаще, чем у пациентов с однократными госпитализациями.

ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*А.К. Койиров, Х.М. Турсунов, С.Р. Кенжаев,
К.Р. Мирхайдаров, Ф.У. Махмудов, У.Ш. Яхшибаев*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения стоит очень остро в связи со значительной частотой развития этих заболеваний и высоким процентом инвалидизации и смертности. Нарушение гемодинамики, снижение сократительной способности миокарда и наличие аритмии негативно влияет на течение острого периода ишемического инсульта. В то же время нарушение автономной регуляции сердца за счет церебрального воздействия способствует развитию осложнений инфаркта миокарда. При высоком риске развития сочетания инфаркта миокарда с острым нарушением мозгового кровообращения и наличии атипичной клинической картины необходимо углубленное кардионеврологическое дообследование пациентов.

Цель. Выявить особенности течения и ведения инфаркта миокарда (ИМ) у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в РНЦЭМП с диагнозом ОНМК, за период с 2021 по 2023 г. В 53 случаях (0,96%) основное заболевание осложнилось развитием ИМ. В исследуемой группе средний возраст составил 71,2±6,3 года, преобладали мужчины (64,2%).

Результат. Чаще ИМ развивался у пациентов с ишемическим инсультом (77,4%). В клинической картине ангинозные боли имели место у 30,2%, у 20,8% отмечалось бессимптомное течение, и 49% пациентов не предъявляли жалоб из-за речевых нарушений или снижения уровня сознания. В 77,4% случаев выявлялась стойкая тенденция к артериальной гипотонии. Повышение маркеров некроза миокарда регистрировалось у всех пациентов

при подозрении на развитие ИМ. Изменения ЭКГ в виде элевации ST и формирования Q наблюдались у 45,3% больных. Инфарктные изменения чаще выявлялись в области передней стенки левого желудочка (83%). В 18,9% случаев диагноз ИМ установлен только при аутопсии, что было обусловлено атипичным течением и неспецифическими изменениями ЭКГ. Всего летальных исходов в данной группе больных зарегистрировано 23 (43,4%). В структуре осложнений, приведших к смерти, преобладала фибрилляция желудочков (87%), также наблюдалась рецидивирующая острая сердечная недостаточность (8,7%) и разрыв миокарда (4,3%). При этом в группе пациентов с геморрагическим инсультом летальные исходы регистрировались значительно чаще (83,3% против 31,7%, $p=0,002$). Данный факт объясняется тем, что лечение больных ИМ в условиях острого геморрагического инсульта носит исключительно посиндромный характер при невозможности адекватной антитромботической терапии. У пациентов с ишемическим инсультом в 3 случаях (7,3%) было проведено экстренное ЧКВ, у остальных больных, ввиду поздней диагностики, данное вмешательство носило отсроченный характер.

Выводы. Таким образом, развитие ИМ у больных ОНМК сопровождается затрудненной диагностикой и ведением данного заболевания. При наличии геморрагического инсульта присоединение ИМ значительно чаще приводит к летальному исходу.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ

*А.К. Койиров¹, У.Ш. Ганиев¹, А.А. Азимов¹,
М.У. Саидова, Д.Э. Абдужабборов¹,
Ш.У. Бобокулов²*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) является важной медико-социальной проблемой из-за высокой распространенности, влияния на качество жизни и известной взаимосвязи с сердечно-сосудистыми заболеваниями. СОАС тесно связан с частотой их развития и неблагоприятными исходами.

У больных СОАС часто диагностируют нарушения ритма и проводимости сердца. Полагают, что именно они могут быть повинны в случаях внезапной ночной смерти, риск которой при этой патологии многократно повышен.

Одним из наиболее распространенных видов аритмий в мире является фибрилляция предсер-

дий (ФП). Являясь, прежде всего, непосредственной причиной развития многих инсультов, сердечной недостаточности, ФП имеет важное клиническое значение и связана с высокой заболеваемостью и смертностью.

Цель. Изучить взаимосвязь между наличием СОАС и распространенностью ФП в группе пациентов старческого возраста со стабильной стенокардией.

Материал и методы. Обследовано 180 пациентов старческого возраста (75–90 лет), средний возраст составил 79 ± 3 года. Из них мужчин было 118, женщин – 62. Проведена оценка исходных клинических данных, эхокардиографии, холтеровского мониторингирования ЭКГ, определение индекса апноэ-гипопноэ (ИАГ).

Результаты. СОАС установлен у 98 чел. (54,4%), ФП – у 86 чел. (47,8%). Из 98 пациентов с СОАС установлено наличие ФП у 52 чел. (53,1%), без ФП – у 46 чел. (46,9%). У пациентов без СОАС (82 чел.) коморбидность с ФП установлена у 34 чел. (41,5%), без ФП – у 48 чел. (58,5%). Из группы пациентов с ФП имели СОАС 62 чел. (72,1%), без СОАС – 24 чел. (27,9%), в то время как из 94 пациентов без ФП установлен СОАС у 36 чел. (38,3%), без СОАС – 58 чел. (61,7%). Установлено, что пациенты с СОАС были старше по возрасту, чаще мужского пола, имели более высокий индекс массы тела и больше сопутствующих клинических заболеваний. Установлено, что распространенность ФП увеличивалась у пациентов с СОАС ($p=0,003$). Более высокие уровни ИАГ были факторами, связанными с персистирующей или постоянной ФП (ОШ 10,96; 95% ДИ 1,07–111,85).

Выводы. СОАС широко распространен у пациентов старческого возраста со стабильной стенокардией. Распространенность ФП увеличивалась у пациентов с СОАС. Более высокий уровень ИАГ был фактором распространенности ФП в проведенном анализе. ИАГ может быть потенциальным параметром для стратификации риска развития ФП у пациентов старческого возраста со стабильной стенокардией.

РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

А.Д. Кутлымуратов, А.Э. Серуков

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания, особенно инсульты, представляют собой серьезную угрозу для здоровья населения, характеризующуюся высокой распространенностью, смертностью и инвалидизацией. Это делает про-

филактику и лечение этих заболеваний первостепенной задачей в области здравоохранения. Важно отметить, что осложнения, возникающие после инсульта, часто становятся основной причиной смерти, превышая по значимости даже тяжесть самого инсульта. Исследования показывают, что у пациентов старше 60 лет, перенесших инсульт, осложнения приводят к летальному исходу в 68% случаев, в то время как непосредственно инсульт – только в 32%.

Цель исследования. Определить особенности возникновения и развития респираторных инфекционных осложнений у пациентов, страдающих острым нарушением мозгового кровообращения, получающее лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы. В отделении реанимации и интенсивной терапии Каракалпакского филиала РНЦЭМП под нашим наблюдением находилось 142 пациента с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому, геморрагическому и смешанному типу.

Результаты и обсуждение. В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) среди 142 пациентов с ОНМК преобладали случаи ишемического типа (66%), за ними следовали геморрагический тип (30%) и смешанный тип (4%). Пневмония была диагностирована у 25% пациентов. Среди случаев пневмонии 22% возникли в течение первых трех дней госпитализации (ранние пневмонии), а 78% – после трех дней госпитализации (поздние пневмонии). Важно отметить, что внебольничная пневмония чаще встречалась у пациентов с ишемическим инсультом.

Пациенты с инфекционными осложнениями (ИО) демонстрировали значительно более продолжительное пребывание в ОРИТ – 42,5 суток против 14,5 суток у пациентов без ИО. Аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении искусственной вентиляции легких (ИВЛ): 27 суток с ИО против 6,5 суток без ИО. Кроме того, летальность среди пациентов с ИО была существенно выше – 15% против 7% у пациентов без ИО. Высокая частота пневмонии у пациентов с тяжелыми формами инсульта связана с глубоким угнетением сознания, нарушениями дыхания и глотания, а также гемодинамическими изменениями в легких, которые развиваются практически с первых суток. У пациентов с тяжелыми формами ишемического инсульта, находящихся в ОРИТ, чаще всего встречается внебольничная пневмония, в то время как нозокомиальная пневмония встречается реже. Высокая вирулентность микрофлоры и быстрое развитие устойчивости к традиционным антибиотикам приводит к тяжелым формам пневмонии с высоким риском летального исхода. Дополнительным фактором риска является необходимость

длительной ИВЛ, которая увеличивает риск развития пневмонии в 6–20 раз.

Продолжительность ИВЛ напрямую связана с повышенным риском развития вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП). При тяжелом инсульте пневмония увеличивает среднюю продолжительность пребывания пациента в ОРИТ на 20 дней. Наши данные показывают, что около 20% пневмоний, возникающих у пациентов с тяжелым инсультом в первые дни после госпитализации (ранние пневмонии), вызваны грамотрицательными бактериями. Поздние пневмонии, развивающиеся после 3 суток пребывания в ОРИТ, также в более чем 50% случаев вызваны грамотрицательными бактериями. Механизмы возникновения ранних и поздних пневмоний отличаются. Ранняя пневмония, как правило, связана с нарушениями кортико-висцеральной регуляции. Быстрое развитие ранней пневмонии у пациентов с инсультом, ее преобладание у больных с поражением высших вегетативных центров или с вторичным воздействием на гипоталамус и стволые структуры, а также наличие в легких признаков нарушенного кровообращения, таких как застой крови, кровоизлияния и отек, подтверждают ведущую роль центральных нарушений в развитии этого осложнения. В развитии поздних пневмоний решающую роль играет гипостаз (застой крови в нижних отделах легких). При ВАП, развивающейся в течение первых 7 дней ИВЛ, основными возбудителями являются пневмококки, гемофильная палочка, золотистый стафилококк и анаэробные бактерии. В более поздние сроки после начала ИВЛ ведущую роль играют лекарственно устойчивые штаммы энтеробактерий, синегнойной палочки и метициллинрезистентные штаммы золотистого стафилококка.

Выводы. Пациенты с ОНМК имеют повышенный риск развития ИО, особенно при тяжелом ишемическом инсульте. Наличие ИО у пациентов приводит к увеличению продолжительности пребывания в ОРИТ и ИВЛ, а также к повышению уровня летальности. Необходимо проводить профилактические мероприятия с первых часов инсульта, а рациональную терапию пневмонии – незамедлительно после ее диагностики.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА
ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ
РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*И.Т. Мадумаров, А.М. Кучкаров,
Т.А. Абдусаттаров*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Сравнить частоту встречаемости факторов риска у больных инфарктом миокарда в зависимости от исхода заболевания.

Материал и методы исследования. Проведен анализ факторов риска (ФР) 191 истории болезни больных мужчин с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от исхода заболевания все больные были распределены на 2 группы: 1-я группа – с благоприятным исходом ($n=157$, $61,1 \pm 0,52$ год) и 2-я группа – с неблагоприятным исходом ($n=34$, $61,4 \pm 1,17$ года). Данные группы были сопоставимы по возрасту, частоте встречаемости первичного и повторного ИМ, ИМ с зубцом Q, локализации очага некроза (чаще всего встречался ИМ передней стенки).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета статистических данных за 2020–2021 годы.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что в 1-й группе по частоте убывания факторы риска распределились в следующем порядке: артериальная гипертония (84%), курение (сигареты и насвай) (23%), ожирение (17%), сахарный диабет 2 типа (13%), злоупотребление алкоголем (5%).

Во 2-й группе – артериальная гипертония (95%), курение (сигареты и насвай) (23%), ожирение (18%), сахарный диабет 2 типа (5%), злоупотребление алкоголем (3%). Как таковых значимых межгрупповых различий по частоте встречаемости ФР не было найдено. При анализе структуры осложнений ИМ обнаружено следующее:

В 1-й группе преобладали перикардит (9%), аневризма сердца (8%), тромбоэндокардит (5%), острая сердечная недостаточность (ОСН, 45%, из них 21% ОСН I по Killip), тогда как во 2-й группе – ОСН (86%, из них 50% ОСН IV по Killip), нарушение сердечного ритма (77%), психоз (3%), разрыв миокарда (3%).

По всей видимости, выявленные особенности осложнений заболевания связаны с несовершенством постинфарктного репаративного фиброза, модификация которого обусловлена влиянием ФР, как патогенетического фактора.

Заключение. При сравнении частоты встречаемости ФР в группе больных ИМ и умерших не выявлено межгрупповых различий. По-видимому, развитие более тяжелых форм осложнений во 2-й группе, наряду с другими причинными факторами, связано с модификацией репаративного фиброза.

Своевременный мониторинг репаративного фиброза позволит предупредить развитие осложнений, тем самым снизить частоту летальных исходов.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ
ТРЕПАНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ
ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

По данным Всемирной организации здравоохранения, после ишемической болезни сердца (16,2% от общего числа смертей) второе место занимает инсульт (11,6%). Отмечено, что за последние 30 лет фактическое количество больных инсультом увеличилось на 22%.

Цель исследования. Оценить эффективность проведения декомпрессивной трепанации при ишемическом поражении головного мозга.

Материалы и методы. Изучены данные историй болезни 32 пациентов с ишемическим поражением головного мозга, которым была выполнена декомпрессивная трепанация. Все пациенты пролечены в период 2019–2024 годов. Из числа больных было 20 мужчин и 12 женщин. Критерием отбора послужили: развитие злокачественной полушарной ишемии, уровень сознания ниже 12–10 баллов, временной промежуток от начала манифестации до 16–18 часов.

Все пациенты разделены, соответственно возрасту, на 3 группы, 1 группа, возраст 45–55 лет – 14 (43,7%), вторая группа, возраст от 55–65 лет – 10 (31,3%) и третья группа, старше 65 лет, – 8 (25%). Уровень сознания оценивался по шкале ком Глазго. В 1 группе, 6 (42,8%) – 10–11 баллов, 5 (35,7%) – 8–9 баллов, 3 (21,4%) – 6–7 баллов по ШКГ. Во 2 группе – 4 (40%) с уровнем сознания 12–10 баллов, 4 (40%) – 8–9 баллов и 2 (20%) – 6–7 баллов. В 3 группе 2 (25%) пациента – 10–11 баллов, 4 (50%) – 8–9 баллов, 2 (25%) пациента – с оценкой сознания 6–7 баллов. Декомпрессивная трепанация выполнена в первые 8 часов после развития заболевания у 10, в течение 8–16 часов – у 14 и после 16 часов – 8 пациентам. Всем больным выполнена декомпрессивная трепанация с резекцией лобно-теменного фрагментов и основания височной кости, со вскрытием и пластикой твердой мозговой оболочки по типу «паруса».

Результаты. В 1 группе 11 (78%) выжило, 3 (21,4%) пациента умерли в раннем послеоперационном периоде, все трое пациентов исходно находились в глубокой коме. Во 2 группе 7 (70%)

выжили, 3 (30%) пациента умерли в раннем послеоперационном периоде (один пациент по уровню сознания до операции – 8–9 баллов, 2 пациента – 6–7 баллов по ШКГ). В 3 группе 4 (50%) пациента остались живы (2 пациента с 10–11 баллов по ШКГ, 2 пациента с уровнем сознания 8–9 баллов по ШКГ), а остальные 4 (50%) умерли в раннем послеоперационном периоде.

В нашем исследовании 8 пациентов, которым была выполнена операция до 8 часов со времени дебюта заболевания, остались в живых, 2 пациентов умерли (от сопутствующих заболеваний легких). Из 14 пациентов, которым была выполнена операция во временном интервале от 8 до 16 часов от начала заболевания, 7 пациентов остались в живых, а 5 пациентов умерли (4 пациента были 6–7 баллов по ШКГ на момент проведения операции, 1 – от нарастания дислокационного синдрома). Из 8 пациентов, которым оперативное лечение выполнялось после 16 часов от момента начала заболевания, 5 пациентов выжили, трое пациентов умерли.

Выводы. При злокачественном течении ишемического инсульта нужно выполнять декомпрессионную трепанацию, как метод, позволяющий сохранить жизнь пациенту.

INVESTIGATING SUSPECTED PULMONARY EMBOLISM IN HEALTHY PREGNANT PATIENTS IN ED

Athar Ali Mohammed

**Grampians Health Ballarat,
Melbourn, Australia**

Objective: To establish the optimal strategy for investigating healthy pregnant patients with suspected Pulmonary Embolism (PE) in the Emergency Department and review of the evidence in light of multiple proposed protocols using non-invasive modalities on investigating PE in pregnant Patients.

Methodology: Review of guidelines from major international societies, critical appraisal of arguments supporting use of gestational D-dimer levels and other Non-invasive techniques from peer-reviewed journal publications.

Results: There is two-to-five-fold increase in incidence of Venous Thromboembolism during pregnancy and PE accounts for a third of maternal mortality in the UK. Symptoms associated with non-massive PE could be normal pregnancy related changes. Overall incidence of PE in pregnant patients is lower than non-pregnant patients. Because of this lower incidence and risk of radiation exposure to mother and foetus there is huge variance in approaches in investigating pregnant patients.

D-dimers have not been validated neither any of the clinical decision rules in Pregnant patients. Lower limb USS in absence of clinical signs of DVT has low yield and is not routinely recommended. CXR is safe to perform during pregnancy. VQ scan increases childhood cancer risk up to 4 times and Lifetime risk of breast cancer with CTPA is 13% greater.

Conclusion: Gestation adjusted D-dimers and Clinical decision Rules to exclude PE in pregnant patients are not validated. Routine use of Lower limb USS in absence of clinical features of DVT is not recommended. CTPA is safer during the first trimester and V/Q scans are safer in the second and third trimesters. If a V/Q scan is inconclusive CTPA need to be performed.

References:

1. The American Thoracic Society, Am J Respir Crit Care Med Vol 184. pp 1200–1208, 2011.
2. Goergen S, Tran H, Jong I, Zallman M. Suspected Pulmonary Embolism. Education Modules for Appropriate Imaging Referrals: Royal Australian and New Zealand College of Radiologists; 2015.
3. Thromboembolic Disease in Pregnancy and Puerperium, NICE Green-top guideline No. 37B, April 2015
4. Kline JA, D-Dimer Concentrations in Normal Pregnancy; Clinical Chemistry 51:5, 825-829, 2005.

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. КЛИНИКО- ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ш.Р. Мубаракوف¹, К.Т. Бобоев²

**¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан**

**²Научно-исследовательский институт
гематологии и переливания крови, Ташкент**

Одним из важных факторов тромбофилии является нарушение метаболизма незаменимой аминокислоты гомоцистеина, которое может носить как генетический, так и экзогенно обусловленный характер. При гипергомоцистеинемии повышается концентрация липопротеинов низкой и очень низкой плотности, снижается продукция эндотелиального релаксирующего фактора и сульфатированных гликозаминогликанов (гепариноидов), активируются сериновые протеазы.

Одним из основных генов обмена метионина является ген, кодирующий фермент метилентетрагидрофолатредуктазу (МТГФР). Наиболее известной мутацией является точечная мутация с заменой нуклеотида цитозина на тимин в положении 677 (C677T).

Целью данной работы была оценка значимости аллельных вариантов полиморфизма C677T гена MTHFR в патогенезе ИИ.

Материалы и методы. В исследование был включен 41 пациент, составивший основную группу с острым ИИ, наблюдавшийся в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Диагноз ИИ верифицировали на основании клинико-инструментальных (компьютерная томография головного мозга, цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий) данных. Контрольная группа была сформирована из 41 неродственного здорового лица узбекской национальности, без каких-либо тромбоз-ассоциированных заболеваний. Анализ генотипов и аллелей полиморфизма C677T гена MTHFR (Международный код – rs1801133) путем стандартной полимеразной цепной реакции на термоциклерах CG-1-96 «Corbett Research» (Австралия) и Applied Biosystems-2720 (США), с использованием наборов ООО «АмплиКит» (г. Санкт-Петербург), согласно инструкции производителя. В качестве биологического материала использовали образцы ДНК, выделенной из лейкоцитов периферической крови.

Результаты. По данным исследования, распространенность аллелей полиморфизма rs1801133 в основной группе составила: 677C – 78,1%, 677T – 21,9%; в контрольной группе: 677C – 82,9%, 677T (17,1%). Частота распределения генотипов в основной группе составила: C/C – 61,0%, C/T – 34,1%, T/T – 4,9%. В контрольной группе: C/C – 70,8%, C/T – 26,8%, T/T – 2,4%.

В основной группе отмечается соответствие распределению между наблюдаемой и ожидаемой показателями равновесия Харди–Вайнберга ($\chi^2=0,005$; $p=0,9823$). Уровень наблюдаемой и ожидаемой гетерозиготности среди больных варьировал от 0,345 до 0,342 соответственно, это подтверждается отрицательным значением индекса фиксации Райта ($D=-0,009$). В контрольной группе также выявлено соответствие распределения генотипов закону равновесия Харди–Вайнберга ($\chi^2=0,001$; $p=0,9715$). В контрольной группе уровень наблюдаемой и ожидаемой гетерозиготности среди больных варьировал от 0,268 до 0,266 соответственно, что подтверждается отрицательным значением индекса фиксации Райта ($D=-0,006$).

При сравнительном анализе частот распределения аллелей и генотипов полиморфизма rs1801133 между основной и контрольной группами были выявлены статистически недостоверные различия ($p>0,05$). Частота встречаемости мутантного аллеля 677T в основной и контрольной группах составила 21,9% и 17,1%, соответственно. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов, носительство функционального неблагоприятного аллеля T в положении 677 гена MTHFR почти в

1,54 раза недостоверно увеличивает риск развития тромбоза ($\chi^2=0,99$; $P>0,05$; OR=1,5; 95% CI 0,7–3,3).

Выводы. Полиморфизм C677T гена MTHFR имеет этиологическое значение в развитии ИИ, и этот маркер может играть определенную роль в патогенезе данного заболевания и характере его течения.

АНАЛИЗ ЦИРКАДНОГО ИНДЕКСА И КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ИБС, ЛЕЧЕННЫХ БАБ, ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Ф.З. Муйдинова, Г.А. Рузиева,
Ю.А. Рахманова, З. Маъсудова

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Холтеровское мониторирование ЭКГ является широко распространенным методом функциональной диагностики, позволяющим регистрировать биопотенциалы сердца в течение суток, не нарушая мобильности и качества жизни больного. Преимуществом суточного мониторирования (СМ) ЭКГ по Холтеру перед стандартной ЭКГ является большой информационный объем электрических потенциалов сердца. Значимость СМ ЭКГ по Холтеру заключается в возможности исследования циркадного профиля (ЦП) (изменения ЧСС в различное время суток). Анализ ЦП позволяет провести оценку деятельности синусового узла, степени симпатических и парасимпатических влияний в различное время суток. Количественным показателем циркадного профиля является циркадный индекс (ЦИ), который рассчитывается как отношение средней дневной к средней ночной ЧСС. Различают нормальный, ригидный и усиленный ЦИ. Нормальный ЦИ составляет 1,24–1,44. Если ЦИ меньше 1,24, то это ригидный ЦИ, свидетельствующий о вегетативной денервации сердца, о снижении вагосимпатической регуляции и может быть признаком серьезной кардиологической патологии на стадии декомпенсации, то есть говорит о хронической недостаточности функции сердца, что также сопряжено с плохим прогнозом и высоким риском внезапной смерти у больных группы риска – с синдромом удлиненного интервала QT, прогрессирующей сердечной недостаточностью и другими. Противоположный ригидности ЦИ – усиление. Увеличение ЦИ больше 1,5 характерно для циркадного ритма тренированных спортсменов и у пациентов с экстрасистолиями, учащающимися при физической нагрузке. Интервал QT является одним из наиболее значимых параметров ЭКГ. Основным методом измерения QT является вычисление скорректированного интервала QT по формуле Bazetta $QTc = QT/\sqrt{RR}$. При данном

методе расчета QTс не должен превышать 440 м/с у взрослых. При холтеровском мониторировании краевые параметры QT до 500 м/с.

Цель исследования. Определить влияние БАБ на ЦИ у больных ИБС по данным холтеровского мониторирования.

Материалы и методы исследования. Суточное мониторирование проведено 48 больным с ИБС. Из них мужчин было 20 (41,7 %), женщин – 28 (58,3%). Средний возраст составил 50 ± 2 . Среди обследованных 26 (54%) перенесли ангиографию и сканирование коронарных артерий. Больные обследованы сотрудниками отделения функциональной диагностики РНЦЭМП. Все больные получали БАБ бисопролол по 5,0 1 раз в сутки. Холтеровское мониторирование ЭКГ проводилось в течение 24 часов. Анализировались параметры вариабельности сердечного ритма (BPC), в частности, циркадный индекс (ЦИ) и скорректированный QTс. У всех больных регистрировался синусовый ритм. В 36 (75%) случаях зафиксированы желудочковые экстрасистолы (ЖЭС), в 40 (83%) – суправентрикулярные экстрасистолы (СВЭ), у 4 (8%) выявлены блокады, фибрилляция предсердий – в 2 (4%).

Изменения ЦИ наблюдались у 38 (79,2%) больных, которые имели ригидный тип ЦИ. Средний показатель составил 1,05. У 10 (20,8%) сохранялся нормальный тип ЦИ. Средний показатель соответствовал 1,3. Показатели скорректированного QTс были в пределах нормы и не выходили за краевые параметры.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что бисопролол влияет на ЦИ, и это необходимо учитывать при его назначении больным ИБС.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Б.Ф. Мухамедова, Д.Э. Абдужабборов

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) остается одной из ведущих причин смертности и инвалидности во всем мире. Эффективная диагностика и мониторинг осложнений, таких как реперфузионные аритмии, критически важны для улучшения прогноза пациентов. В-натрийуретический пептид (BNP) является признанным маркером сердечной недостаточности и может использоваться для прогнозирования ранних осложнений после ИМ.

Цель. Исследовать взаимосвязь уровня В-натрийуретического пептида (BNP) с различными типами реперфузионных аритмий у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) для оптимизации тактики ведения и лечения таких пациентов.

Материалы и методы. В исследование включены 160 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, проходивших лечение в кардиореанимации. Уровень BNP измерялся на 1-е сутки после тромболитической терапии (ТЛТ) и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Для выявления реперфузионных аритмий проводился холтеровский мониторинг.

Результаты. Пациенты были разделены на две группы: 85 пациентов с рубцовыми изменениями на ЭКГ и 75 пациентов с ишемией без рубцовых изменений. Средний уровень BNP в группе с рубцовыми изменениями составил $265,0 \pm 3,0$ нг/мл, в группе с ишемией – $240,0 \pm 2,5$ нг/мл. На 1-е сутки после ТЛТ уровень BNP составил $315,0 \pm 3,5$ нг/мл, после ЧКВ – $330,0 \pm 3,8$ нг/мл.

Высокие уровни BNP на 1-е сутки коррелировали с частотой реперфузионных аритмий:

- Желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) наблюдались у 28 пациентов с передним ИМ и 22 пациентов с задним ИМ, при уровне BNP $320,0 \pm 3,5$ нг/мл на 1-е сутки и $245,0 \pm 2,8$ нг/мл на 3-и сутки.

- Пароксизмы желудочковой тахикардии (ПЖТ) отмечались у 15 пациентов с передним ИМ и 9 пациентов с задним ИМ, при уровне BNP $315,0 \pm 3,4$ нг/мл на 1-е сутки и $240,0 \pm 2,7$ нг/мл на 3-и сутки.

- Фибрилляция предсердий (ФП) наблюдалась у 12 пациентов с передним ИМ и 6 пациентов с задним ИМ, при уровне BNP $310,0 \pm 3,3$ нг/мл на 1-е сутки и $235,0 \pm 2,6$ нг/мл на 3-и сутки.

- Желудочковая фибрилляция (ЖФ) была зафиксирована у 8 пациентов с передним ИМ и 5 пациентов с задним ИМ, при уровне BNP $305,0 \pm 3,2$ нг/мл на 1-е сутки и $230,0 \pm 2,5$ нг/мл на 3-и сутки.

- Атриовентрикулярные блокады (АВ) встречались у 10 пациентов с передним ИМ и 7 пациентов с задним ИМ, при уровне BNP $300,0 \pm 3,1$ нг/мл на 1-е сутки и $225,0 \pm 2,4$ нг/мл на 3-и сутки.

Заключение. Исследование подтвердило, что BNP является важным диагностическим и прогностическим маркером при острой сердечной недостаточности у пациентов с ИМ. Высокие уровни BNP на 1-е сутки после реперфузионной терапии коррелируют с увеличенной частотой реперфузионных аритмий, особенно у пациентов с передним инфарктом миокарда. Значительное снижение уровня BNP на 3-и сутки сопровождается улучшением клинического состояния. Определение BNP является надежным маркером для оценки риска аритмий и эффективности лечения у пациентов с острым коронарным синдромом.

**ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ ЎТКИР
ДАВРИДА БЕМОРЛАРДА ИММУНИТЕТ
ҲОЛАТИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

*Нарзуллаев Н.У., Шомуродов Х.Ш.,
Умарова М.Н.*

Бухоро давлат тиббиёт институти

Ишемик инсультнинг ўткир даврида беморларнинг иммунитет ҳолатини ўрганиш учун 45 нафар беморда клиник ва иммунологик текширишлар ўтказилди.

Касаллик бошланганидан бошлаб 2-куни лейкоцитлар таркибининг кўпайиши ($p < 0.01$) ва лимфоцитларнинг камайиши ($p < 0.05$), етук Т-лимфоцитлар ($CD3+$) ($p < 0.01$), Т-хелперлар ($CD4+$) ($p < 0.01$) ва цитотоксик Т-лимфоцитлар ($CD8+$) ($p < 0.05$) миқдорининг пасайиши кузатилди. Табиий киллерлар (NK хужайралари, $CD16+$) ва ИЛ-2 ($CD25+$) ($p < 0.05$) учун рецепторларни ифода этувчи хужайралар таркибини камайтириш тенденцияси ҳам кузатилди.

Иммунитетнинг гуморал тизимида IgA ва IgM ($p > 0.05$) гиперфункциясига мойиллик ва IgG таркибининг ошиши ($p > 0.05$) туфайли В-лимфоцитлари ($CD20+$) ($p > 0.05$) ва дисгаммаглобулинемия синининг кўпайиши кузатилди. Иммунитет ҳолати кўрсаткичларининг нормал қийматлардан оғиши неврологик симптомларнинг оғирлиги ва юрак хуружининг ошиши билан янада аниқроқ бўлиб чиқди.

NIHSS шкаласи бўйича ишемик инсультнинг ўртача ва оғир даражаларида 15 мм дан ортиқ инфаркт ўчоғининг катталиги билан Т-лимфоцитлар ($CD3+$) ($p < 0.05$) таркибининг сезиларли пасайиши билан янада аниқроқ лимфопения ($p < 0.05$) қайд этилди. Т-лимфоцитларнинг субпопуляциялари ($p < 0.05$) $CD4+$; $p < 0.05$ ва $CD8+$; $p < 0.005$), шунингдек NK хужайралари ($CD16+$) ва ИЛ-2 ($CD25+$) ($p < 0.05$) учун рецепторларни ифодаловчи хужайралар сони пасайди.

Шундай қилиб, ушбу тадқиқотлар иммунитет тизимининг мия инфарктлари ривожланишида иштирок этадиган мураккаб реакциялар мажмуасида иштирок этишини исботлайди ва ушбу беморларнинг инфекцион асоратларнинг ривожланишига сезувчанлигини оширади. Стандарт терапияда иммунитет ҳолатида ўзгаришларнинг йўқлиги, агар иммунитет тизимининг асосий параметрларининг бузилиши аниқланса, иммунокорректив терапияни қўллаш талаб қилинади.

**МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ
СТЕНТ-РЕТРИВЕРОМ В ЛЕЧЕНИИ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

*Ш.Т. Носиров, Х.М. Турсунов, М.М. Бахадирханов,
С.Б. Турсунов, М.А. Вохидов, С.Н. Гуломитдинов,
А.А. Анваров, М.М. Махмудов*

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

Актуальность. Во всем мире инсульты считаются одной из ведущих причин смертности населения – это вторая по распространенности причина летальности, уступающая первенство ИБС. Эти патологии являются тяжелым социально-экономическим бременем всего общества – прямыми и непрямыми расходами на медико-социальную помощь пациентам, экономическими потерями на инвалидизацию пациентов и летальные исходы. В США ежегодно случается 800 000 инсультов, при этом затраты на этих пациентов – 63,9 млрд долларов. Основными методиками эндоваскулярного лечения ишемического инсульта (ИИ) являются контактная тромбаспирация и механическая тромбэктомия.

Цель исследования. Оценить эффективность проведения механической тромбэктомии стент-ретривером по динамике клинико-неврологической характеристики больных в острейшем периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. Больные с ИИ – 38 человек, 18 мужчин и 20 женщин в возрасте от 54 до 78 лет (средний возраст – $59,65 \pm 5,23$ года) были госпитализированы в экстренном порядке (в первые 12 часов) в РНЦЭМП в период 2022–2023 гг. Патогенетический подтип ИИ определялся нами по классификации TOAST. Всем больным было проведено стандартное клинико-неврологическое обследование – анализ жалоб пациентов, анамнеза жизни и болезни, клинический и неврологический осмотр по международной шкале NIHSS, МСКТ и ангиография церебральных сосудов с последующей статистической обработкой полученных результатов в необходимом объеме. У всех пациентов констатирована окклюзия крупной интракраниальной артерии каротидного и вертебро-базилярного бассейна (BCA, CMA, PMA, ZMA). Для исключения геморрагических осложнений через 24 часа после вмешательства всем пациентам выполнялась повторная МСКТ.

Результаты и обсуждение. Все больные имели сопутствующие патологии – гипертоническую болезнь – 38 (100%), ИБС – 24 (63,16%); 20 (52,63%) были курильщиками и имели аритмии; атеросклероз и нарушения функциональности клапанов сердца отмечены у 15 (39,47%) пациентов, 6 (15,79%) имели инсульты в анамнезе.

29 (76,32%) пациентов имели правосторонние ИИ и $13,2 \pm 2,36$ балла по шкале NIHSS. 14 (50%) при поступлении диагностирована 5 степень инвалидизации по шкале Рэнкина. У 13 (34,21%) констатировано тандемное поражение крупных артерий каротидного бассейна. 35 (92,11%) пациентов поступили в период терапевтического окна (до 6 часов от сосудистой катастрофы) – среднее время начала механической тромбэктомии стент-ретривером составило $4,21 \pm 1,38$ часа.

Механическая тромбэктомия выполнена баллонным гайд-катетером и стент-ретривером «Trevo», средняя продолжительность операции составила $107,62 \pm 12,37$ минуты. У 14 (50%) больных нами достигнут эффект первой тромбэктомии с восстановлением гемодинамики на уровне mTICI 2b-3/3, у 8 из них применена внутривенная анестезия на фоне ИВЛ. У 10 (26,32%) пациентов с нестабильными бляшками и критическим остаточным стенозом ВСА проводимое стентирование требовало применения дистальной защиты.

В раннем постоперационном периоде у 10 (26,32%) больных формировались осложнения: у 3 – симптомная геморрагическая трансформация с летальным исходом и у 7 – асимптомное внутричерепное и паренхиматозное кровоизлияние, не влияющее на общее состояние и не требующее вмешательств. Госпитальная летальность – 3 (7,89%) случая.

Хороший клинический результат к моменту окончания острого периода ИИ констатирован у 16 (45,71%) пациентов, а через 3 месяца – у 31 (88,57%) выжившего больного. Неврологическая симптоматика по шкале NIHSS к моменту окончания острого периода снизилось с $13,2 \pm 2,36$ до $7,24 \pm 1,52$, а через 3 месяца – $4,12 \pm 1,27$. Индекс повседневной жизнедеятельности Бартела через 3 месяца возрос с $26,37 \pm 6,31$ до $93,45 \pm 4,56$ баллов. Общая летальность за 3 месяца была 5 (11,43%) случаев.

Выводы. Полученные нами результаты применения механической тромбэктомии баллонным гайд-катетером и стент-ретривером «Trevo» – хороший клинический результат к моменту окончания острого периода ИИ констатирован у 16 (45,71%) пациентов, а через 3 месяца – у 31 (88,57%) выжившего больного – доказывают эффективность и безопасность метода в лечении ИИ.

Высокий уровень восстановления гемодинамики по шкале TICI (2b-3/3) является главным преимуществом стент-ретривера, его безопасность и эффективность диктуют необходимость активного внедрения данной методики в повседневную клиническую практику в качестве первого выбора лечения ИИ.

НЕГАТИВНЫЕ ФАКТОРЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Ш.Т. Носиров, Х.М. Турсунов,
М.М. Бахадираханов, С.Б. Турсунов,
М.А. Вохидов, С.Н. Гуломитдинов,
А.А. Анваров, М.М. Махмудов*

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Во всем мире инсульт является наиболее частой причиной стойкой инвалидизации, второй причиной развития деменции и одной из наиболее частых причин смерти среди населения. Согласно данным ВОЗ, в мире ежегодно диагностируют почти 15 млн случаев инсульта. Развитие различных методик проведения реперфузионной терапии значительно изменило подход к лечению пациентов с инсультами. Одним из ее видов являются интраартериальные вмешательства, включающие селективную тромболитическую терапию, механическую тромбэктомию и стентирование экстра- и интракраниальных отделов церебральных артерий.

Цель исследования. Определить факторы, ухудшающие течение острейшего периода ишемического инсульта (ИИ) и негативно влияющие на прогноз эндоваскулярной тромбэктомии.

Материал и методы. Больные с ИИ – 43 человека – 21 мужчина и 22 женщины в возрасте от 45 до 85 лет (средний возраст – $67,85 \pm 2,53$ года) – были госпитализированы в период терапевтического окна (в первые 6 часов после сосудистой катастрофы) в РНЦЭМП в период 2021–2023 гг. Патогенетический подтип ИИ определялся нами по классификации TOAST. Всем больным было проведено стандартное клиничко-неврологическое обследование, проведено обследование по шкале NIHSS, МСКТ и ангиография церебральных сосудов с последующей статистической обработкой полученных результатов в необходимом объеме. Для исключения геморрагических осложнений через 24 часа после вмешательства всем пациентам выполнялось повторная МСКТ. Катамнез исследования составил 1 год у 97,67% пациентов с определением выживаемости и качества жизни по шкале Рэнкина.

Результаты и обсуждение. У 21 (48,84%) больного констатирована фибрилляция предсердий, из них у 14 (66,67%) – постоянная форма, у 5 (23,81%) – пароксизмальная, у 2 (9,52%) – персистирующая форма. У 14 (32,56%) имелся сахарный диабет, у 27 (62,79%) – ИБС, у 38 (88,37%) – гипертоническая болезнь.

Средний неврологический дефицит по шкале NIHSS составил $12,62 \pm 2,61$ балла (от 7 до 29 баллов). Клинические результаты лечения оценивали

при выписке из стационара (в среднем $16,35 \pm 1,23$ суток) при помощи шкал NIHSS и Рэнкина.

Восстановление кровотока констатировано у 36 (83,72%) больных, из них полная (TICI 3) рева-скуляризация – у 21 (58,33%) больного. Но и у тех 7 (16,28%) больных, у кого гемодинамика пораженного участка мозга лишь частично восстановлена, клинические исходы констатированы статистически значимо лучше, чем в группе без реперфузии ($p \leq 0,05$). Хороший клинический исход констатировали у 18 (41,86%) пациентов, госпитальная смертность была в 9 (20,93%) случаях.

Был проведен сравнительный анализ клинических результатов лечения при разделении исследуемых на 2 группы по времени от сосудистой катастрофы до осуществления эндоваскулярной тромбэктомии, при этом критической точкой явилось значение в 4 часа, после чего проявляется явная тенденция к ухудшению клинических результатов манипуляции. При проведении манипуляции до 4 часов (I группа) средний параметр mRs был равен $3,24 \pm 1,95$, у больных с реперфузией спустя 4 часа и более (II группа) – $3,68 \pm 2,17$. Во II группе хорошие функциональные исходы констатировались в 1,42 раза меньше и в 1,46 раза увеличилась госпитальная смертность. Через 1 год после завершения госпитализации по поводу острого ИИ в I группе средний параметр mRs равнялся $3,61 \pm 2,08$, во II – $4,33 \pm 2,19$.

Высокий балл по шкале NIHSS тесно связан с высоким риском геморрагических осложнений ИИ. Пациенты с первоначальной суммой баллов по NIHSS ≥ 20 характеризовались статистически значимо более худшими функциональными исходами и приростом летальности в 2,7 раза ($p < 0,005$).

По мере увеличения возраста (≥ 70 лет) констатировано худшее функциональное восстановление, а патологическая извитость и атеросклеротические изменения крупных сосудов резко ограничивают доступ к интрацеребральным артериям и увеличивают длительность эндоваскулярной тромбэктомии (в среднем на $17,32 \pm 2,37$ минуты). При сравнении исходов лечения пациентов до 70 лет и старше при сходном базовом неврологическом дефиците смертность больных старше 70 лет статистически значимо больше (41,2% и 16,3%) ($p \leq 0,05$), а через год – 52,9% и 26,2% соответственно ($p \leq 0,05$).

У 19 (44,19%) больных констатирована симптомная геморрагическая трансформация после эндоваскулярной тромбэктомии и не было благоприятных исходов, из них у 12 (63,16%) больных это обуславливало статистически значимое ухудшение клинической симптоматики и у 7 (36,84%) – летальный исход (mRs $5,47 \pm 0,89$) ($p \leq 0,001$). Из 24 (55,81%) больных без геморрагической трансформации у 13 (54,17%) клинический исход – 0–2 mRs, у 3 (12,5%) – 6 mRs ($2,58 \pm 1,67$).

Вывод. Максимальная эффективность эндоваскулярного лечения ИИ достигается при максимальной короткой продолжительности периода от сосудистой катастрофы до эндоваскулярной тромбэктомии, большое влияние на эффективность лечения ИИ оказывает срок проведения тромбэктомии, базисный неврологический дефицит, возраст больного и появление симптомной геморрагической трансформации.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ОКСИДАТИВНЫМ СТРЕССОМ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Т.С. Нурматова, М.М. Ортиков,
Ш. Абдусаматова*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Распространенность метаболического синдрома (МС) приобретает эпидемические масштабы и требует своевременной диагностики, эффективно-го лечения и профилактики. В основе развития МС лежит целая группа факторов риска атеросклероза с повышенным риском возникновения ИБС. В развитии ИБС большое значение имеют механизмы атеросклероза и оксидативного стресса (ОС).

Целью исследования явился анализ взаимосвязей инсулинемии и параметров оксидативного стресса при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. Обследовано 20 мужчин и 10 женщин в возрасте $50,2 \pm 0,7$ года с диагнозом МС. Контрольную группу составили 10 волонтеров аналогичного возраста.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у мужчин базальная инсулинемия (БИ) превышала контроль в 2 раза ($21,9 \pm 0,52$ мкгед/мл), подтверждая наличие гиперинсулинемии (ГИ). Аналогично отмечены высокие уровни систолического ($p < 0,01$) и диастолического А/Д ($p < 0,01$).

У мужчин отмечена более высокая степень отложения абдоминальной жировой ткани ($p < 0,001$), триглицеридов (ТГ) ($p < 0,001$), ХС ЛПНП ($p < 0,001$). Также отмечена прямая корреляция БИ с параметрами массы тела: индексом массы тела (ИМТ) ($r = 0,32$), объемом талии (ОТ) ($r = 0,30$). Уровень БИ прямо коррелировал с ТГ ($r = 0,31$), обратно – с ХС ЛПВП ($r = -0,27$).

Концентрация малонового диальдегида (МДА) у мужчин превышала контроль в 2 раза ($p < 0,001$). Уровень МДА коррелировал с ОТ и объемом бёдер (ОБ). Уровень каталазы (КА) резко снижался ($p < 0,001$). Отмечена обратная корреляционная связь уровня КА с БИ ($r = -0,28$) и ОТ ($r = -0,29$).

У женщин уровни БИ были значительно ниже. Уровень БИ коррелировал с ОТ ($r = 0,30$). Инсулине-

мия не коррелировала с липидными показателями. Повышенный уровень МДА коррелировал с инсулином. Аналогично мужчинам, у женщин уровень КА резко снижен и отмечена обратная корреляционная связь КА с инсулином ($r=-0,29$).

Инсулинемия влияет на параметры ОС двояким образом – прямо (корреляция МДА), обратно (корреляция с КА) и опосредованно через характеристику более выраженного у них АО (корреляции БИ с ОТ и ОТС с МДА и КА).

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о важной патофизиологической роли инсулинорезистентности и гиперинсулинемии в индукции механизмов абдоминального ожирения и реализации половых различий в интенсивности оксидативного стресса при метаболическом синдроме.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Т.С. Нурматова, М.М. Ортиков,
Ш. Абдусаматова*

**Наманганский филиал РНЦЭМП,
Ташкент, Узбекистан**

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является важнейшей для Узбекистана медико-социальной и экономической проблемой. Являясь осложнением большинства сердечно-сосудистых заболеваний, ХСН встречается у 5% населения, количество её возрастает в более пожилом возрасте, особенно у женщин, начиная с 60-летнего возраста. Являясь одним из значимых факторов риска хронической сердечной недостаточности (ХСН), фибрилляция предсердий (ФП) может быть и непосредственной причиной ХСН, и её осложнением.

Ведение пациентов с обоими состояниями представляет важную проблему, а определение роли биологических маркеров сердечной недостаточности, в частности N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида, при фибрилляции предсердий имеет как научный, так и практический интерес.

Цель исследования. Оценить значение определения N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ФП.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 30 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) (14 женщин и 16 мужчин). Средний возраст обследованных составил 62±11 лет, средняя длительность заболевания – 13,2±10,5 года. В зависимости от наличия фибрилляции предсердий пациенты были разделены на две группы: первая группа – больные с ССЗ и ФП ($n = 18$), вторая группа –

больные с ССЗ и без ФП ($n = 12$). В группу контроля вошли 20 лиц без клинико-инструментальных признаков сердечной недостаточности, не отличающиеся от исследуемых групп по полу и возрасту. Кроме общепринятых методов план обследования пациентов включал анализ сывороточной концентрации N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида. Методом эхокардиографии (ЭХО-КГ) оценивали структурно-функциональное состояние сердца.

Результаты и обсуждение. В общей группе пациентов с ССЗ и с ФП уровень N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида был значительно выше, чем в группе контроля ($p<0,001$). Выявлена также достоверная корреляция ($p<0,001$) между уровнем гормона в крови больных и следующими ЭХО-КГ-параметрами: передне-задним размером левого предсердия (ЛП), конечно-диастолическим размером левого желудочка (ЛЖ), фракцией выброса (ФВ), индексом массы миокарда. При сравнении клинических и ЭХО-КГ-данных в группах пациентов с ФП и без ФП достоверных отличий не получено ($p>0,05$). Была выявлена лишь тенденция к дилатации ЛП и снижению ФВ у лиц с ФП. В то же время уровень N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ФП был достоверно выше, чем у больных без ФП ($p<0,03$).

Выводы. Принимая во внимание важное прогностическое значение оценки уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ХСН, результаты нашего исследования демонстрируют особое клиническое значение определения уровня этого гормона у лиц с ФП, в том числе для принятия решения о тактике ведения пациентов (необходимости восстановления синусового ритма).

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

О.А. Обейд, А.А. Абдурахманов, О.С. Султанов

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

Высокая частота смертности при расслоении аневризмы аорты (РАА) делает ее важным объектом исследований в кардиохирургии. Ранняя диагностика и своевременное оказанное кардиохирургической помощи сможет сохранить жизнь пациенту. Распространенность РАА – около 3 случаев на 100 тысяч населения. Основной причиной РАА является гипертоническая болезнь (ГБ) и генетические заболевания, влияющие на степень развития стенки аорты. В результате ГБ нарушается питание медиаль-

ной оболочки сосуда, что приводит к медианекрозу и аневризматическому расширению аорты.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения больных с РАА.

Материал и методы. С 2013 по 2024 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) прооперировано 48 пациента с РАА I–II типа по ДеБейки. Инструментальное обследование включало электрокардиографию (ЭКГ), рентгенографию органов грудной клетки, транспищеводную эхокардиографию (ТП ЭхоКГ) и мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) с контрастным исследованием сосудов и сердца.

Результаты. Средний возраст больных составил $55,4 \pm 10,6$ года. В исследуемой группе преобладали мужчины – 34 (70%), женщин было 14 (30%). I тип по ДеБейки был у 29 (60%), II тип – у 19 (40%) больных. ГБ страдали в 42 (87,5%) случаях, а длительность анамнеза с ГБ составила $12 \pm 9,2$ года. Послеоперационная летальность была в 11 (22,9%) случаях. В группе больных с летальным исходом степень артериальной гипертензии составила $196,9/118,8$ мм рт. ст., а в группе с нелетальным исходом АД составило $165,6/99,7$ мм рт. ст. Особенности анамнестических данных выражались в длительности ГБ и его злокачественности, а также несоответствие интенсивности болевого синдрома в области грудной клетки и отсутствие изменений на ЭКГ отмечалось в 35 (72%) случаях, что послужило основным критерием алгоритма диагностики РАА. Таким образом, вышеуказанные данные подтверждают сложность диагностики, что значительно повышает риск летальных осложнений. Только анализ клинических данных позволяет выделить группу больных с наибольшей вероятностью развития РАА.

Выводы. Длительный анамнез ГБ с злокачественным течением настораживает на возможность развития РАА. Алгоритм диагностики в этой группе больных в обязательном порядке должно включать ТП ЭхоКГ и МСКТ с контрастом исследованием магистральных сосудов и сердца. В случаях подтверждения диагноза больным необходимо в экстренном порядке оказать кардиохирургическую помощь.

ҲАРБӢЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ДИСТОНИЯ СИНДРОМИНИ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Очилова Ҳ.Р., Муратов Ф.Ҳ.

Ҳарбий госпитал
Тошкент тиббиёт академияси

Сўнгги йилларда цереброваскуляр касалликларнинг бошланғич етишмовчилиги ва сурункали шакллариининг эрта ривожланиши кенг тарқалмоқда ва уларни ўрганиш долзарб мавзу ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади: Ҳарбий хизматчиларда вегетатив дистония синдромининг клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: Веgeto-томир дистонияси ташхиси қўйилган ҳарбий хизматчиларда клиник хусусиятларини ўрганиш учун 25 ёшдан 40 ёшгача бўлган 36 нафар бемор текширилди (ўртача ёши $29,3 \pm 4,9$). Назорат гуруҳига 20 нафар соғлом ҳарбий хизматчилар кирди. Беморлар тиббий кўрикдан ҳарбий госпиталда ўтказилди. Барча беморлар клиник-неврологик ва инструментал текширудан ўтказилди (ЭКГ, ЭЭГ ва бош мия МРТ текширувлари). Юрак-қон томир, нафас олиш, ошқозон ичак, тери ва психоэмоционал автоном бузилишларни таҳлил қилинди.

Текширув натижалари. Вегетатив дистония синдроми мавжуд ҳарбий хизматчиларни клиник белгилари ўрганиш, бу турли функционал тизимлардаги дастлабки вегетатив ҳолат ҳақида тасаввур беради. Клиник текширув натижалари шуни кўрсатадики, 41,6% асосий гуруҳдаги беморларда шикоятлари кўпроқ психоэмоционал бузилишлардан, жумладан бош оғриши, бош айланиши, умумий ҳолсизлик, тезда чарчаб қолиш, асабийлик, жиззакилик, уйку фаолиятини бузилиши каби шикоятлардан иборат бўлди. Кардиоген бузилишлар 32% беморда кузатилди (юрак соҳасидаги нохуш сезги, АҚБ ва пульсинг кўтарилиши ёки тушиши). Овқат ҳазм қилиш тизими 8,4% ва нафас олиш тизими билан боғлиқ шикоятлар 19,4% беморларда (нейроген гипервентиляция) аниқланди. ЭКГ текширувларида 7 та (19,4%) беморларда синусли аритмия, 9 та (25%) беморларда синусли тахикардия, 13 та (38,9%) синусли брадикардия белгилари аниқланди. 16,7% беморларда ЭКГда патологик ўзгаришлар аниқланмади. ЭЭГ текширувлар натижалари шуни кўрсатадики: 30,6% (11 та) беморда бош мия ўрта структураси носпецифик дисфункцияси белгилари, 25% (9 та) текширувчиларда дезорганизацияли (Е.А. Жирмунская бўйича IV тури) ва 19,4% (7 та) беморда десинхрон (III тури) аниқланди, яъни ретикуляр формация пўстлоққа фаолловчи таъсири кучайишини кўрсатади. Бош мия МРТ текширувлари беморларда қўпол ўзгаришларни аниқламади. 25% ҳолатларда бош

мия яримшарлари бўлаклари ўрта ифодаланган атрофик ўзгаришлари (қон томир генезли), 8 та (22,3%) бош мия катта яримшарлари оқ моддасида патологик ягона ўчоқлар (қон томир генезли) аниқланди.

Беморларнинг хавотирлик даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳ беморларда 94,8% беморда вазиятга ва 88,8% шахсга хавотирлик даражаси юқори кўрсаткичларни кўрсатди. Ушбу кўрсаткичлар ҳарбий хизматчиларда стресс ҳолатига юқори эмоционал таъсирчанлик ва доимий хавотирлик ҳолатдалигини кўрсатади.

Шундай қилиб, ҳарбий хизматчиларда ВТД синдромининг клиник кечиш хусусиятларини ўрганишда клиник-неврологик ҳамда инструментал текширувлардан ЭКГ, ЭЭГ ва бош мия МРТ текширувлари ёрдамида цереброваскуляр тизимдаги патологик ўзгаришлар аниқланди. Аппаратларнинг аниқлики ва сезгирлиги даражаси 80–87% ни ташкил қилди.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

*Ш.Ф. Рамазанов, С.С. Пулатов,
О.Н. Высогорцева*

Бухарский филиал РНЦЭМП

**Бухарский государственный
медицинский институт
им. Абу Али Ибн Сины, Узбекистан**

Актуальность. Шейная радикулопатия – клиническое состояние, обусловленное компрессией или раздражением одного или нескольких шейных корешков вследствие дегенеративных изменений позвоночника. Шейная радикулопатия характеризуется болью, иррадиирующей в одну или обе руки, сопровождается двигательными, рефлекторными и чувствительными расстройствами (включая дизестезию и парестезии), без признаков поражения спинного мозга. На сегодняшний день для лечения шейной радикулопатии активно применяются новые высокотехнологические методы физиотерапии, и одним из таких методов является ударно-волновая терапия.

Цель исследования. Изучение влияния ударной волны на шейный отдел позвоночника и оценка эффективности ударно-волновой терапии в динамике при шейной радикулопатии.

Материалы и методы. Нами был обследован 61 больной с шейной радикулопатией на базе Бухарского филиала РНЦЭМП в отделении неврологии. В основной группе 36 больным с остеохондрозом позвоночника шейной локализации проведена стандартная терапия и процедуры ударно-волно-

вой терапии. В сравнительной группе 25 больным помимо стандартной терапии проводили процедуры: магнитотерапию, ультрафонофорез и массаж шейного отдела позвоночника.

Из методов обследования проводились общеклинические обследования (жалобы, анамнез, объективный осмотр, общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиография для определения показаний и противопоказаний к назначению физиотерапии), методы лучевой диагностики (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография для подтверждения диагноза), доплерография для оценки показателей линейной скорости магистральных сосудов шейного отдела, проверка функционального состояния с помощью теста САН (самочувствие, активность, настроение) и оценка болевого синдрома по шкале ВАШ. Реабилитационный комплекс состоял из физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и медикаментозной терапии по показаниям.

Результаты и выводы. Динамика субъективной оценки функционального состояния на основании результатов теста САН в различные периоды наблюдения показала, что параметры самочувствия значительно изменяются на фоне всех программ лечения. Однако у пациентов основной группы, получавших в программе реабилитации процедуры УВТ, значения шкалы самочувствия по окончании курса были значимо выше – $5,90 \pm 0,2$, активность – $6,11 \pm 0,06$, настроение – $6,31 \pm 0,04$ ($p < 0,01$), чем в группе сравнения: $4,97 \pm 0,26$, $5,98 \pm 0,12$, $6,14 \pm 0,06$ соответственно. Результаты по данным опросников оценки выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ до проведения процедуры составили $7,63 \pm 0,26$ балла, после 4–6 процедур – $4,75 \pm 0,15$ балла ($P < 0,01$). Уменьшение болей у 22 (61%) больных наступило после 1-й процедуры, у 8 (22%) больных – после 2-й процедуры, у 6 (17%) больных боли усиливались после первой процедуры и снижались после 2-й и 3-й процедур. В процессе наблюдения установлено, что включение УВТ в комплексную программу реабилитации значительно повышает эффективность проводимой терапии и приводит к более быстрому восстановлению.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ
ПОДДЕРЖКИ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

*М.Ш. Рофеев, Г.Т. Маджидова,
Г.И. Суннатова, Д.Д. Хайдарова*

Самаркандский филиал РНЦЭМП

**Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан**

Введение. Под социальной поддержкой понимается удовлетворение специфических социальных потребностей: в близости, защите, информации, практической помощи, разрядке и успокоении и т. п. Признаки личностной автономии в противовес социальной направленности личности являются важными предикторами депрессии у больных ИБС. Установлено, что больных ИБС по сравнению со здоровыми лицами характеризует повышенный уровень активности и агрессивности, эмоциональная неустойчивость, а также ипохондричность, сниженное настроение, переживание дискомфорта.

Цель. Оценить связи уровня социальной поддержки с тяжестью течения острого коронарного синдрома.

Материалы и методы. Было проведено исследование пациентов, перенесших острый коронарный синдром с подъемом и без подъема сегмента ST, поступивших в СФ РНЦЭМП. В группу пациентов были включены 108 пациентов (24 женщины – 22,2%, 84 мужчины – 77,8%) в возрасте от 45 до 64 лет ($55,6 \pm 5,9$). Исследование включало в себя анализ тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX, оценку вероятной госпитальной летальности по шкалам TIMI и Grace. Во время исследования проводились анкетирование пациентов, оценка психологического состояния личности (применялся валидизированный опросник социальной поддержки FSOZU-22, включающий оценку уровня эмоциональной и инструментальной поддержки, социальной интеграции, удовлетворенность социальной поддержкой и общий уровень социальной поддержки; уровни личностной и ситуативной тревожности по шкале тревожности Спилбергера-Ханина, тест инверсии эмоционального отражения). Статистическая обработка проведена с использованием параметрических и непараметрических методов статистики в программах Microsoft Excel и SPSS версии 13.

Результаты. В общей группе пациентов уровень эмоциональной поддержки составил $35,9 \pm 6,9$, показатель инструментальной поддержки – $15,9 \pm 2,9$, социальной интеграции – $24,4 \pm 6,05$, удовлетворенность социальной поддержкой – $5,82 \pm 2,38$, общий показатель социальной поддержки – $81,8 \pm 14,1$. В целом у пациентов с острым коронарным синдромом снижены уровни социальной интеграции

и удовлетворенности социальной поддержкой, остальные показатели в исследуемой группе достоверно не отличались от таковых у здоровых лиц. Достоверных различий в группах мужчин и женщин не было получено. Выявлена прямая связь увеличения показателей по шкале TIMI от уровня эмоциональной и инструментальной поддержки ($r=0,21$, $p=0,03$; $r=0,30$, $p=0,004$ соответственно); обнаружена обратная связь уровней инструментальной поддержки и социальной интеграции с выраженностью алекситимии ($r=0,28$, $p=0,01$; $r=0,24$, $p=0,03$).

Заключение. В общей группе пациентов выявлено влияние показателей социальной поддержки на уровень вероятной госпитальной летальности по шкале TIMI. Обнаружена обратная зависимость уровней показателей социальной поддержки и проявления алекситимии. У пациентов с острым коронарным синдромом выявлено снижение общих показателей уровней социальной интеграции и удовлетворенности социальной поддержкой.

**ЭРТА РЕВМАТОИД АРТРИТ ВА РИВОЖЛАНГАН
РЕВМАТОИД АРТРИТИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА
ҚЎЛ ПАНЖАЛАРИНИ МРТ ДА
СОЛИШТИШ НАТИЖАЛАРИ**

Сафаров У.Б.

РШТЁИМ Навоий филиали

Ишнинг долзарблиги. Ревматоид артрит касаллигида бўғимлар зарарланишларининг эрта даврида аниқ ташхислашнинг ўзига хос томонларини амалий жиҳатдан ўрганиш, даволаш ва профилактика усуллари такомиллаштиришга қаратилган қатор мақсадли илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада ультратовуш текшируви (УТТ) ва қўл панжа бўғимларининг магнит-резонанс томографияси (МРТ) текширувларидаги ўзгаришлар негизида бўғимлардаги ўзгаришларини эрта босқичларда аниқлаш, уларнинг касаллик давомийлиги ва клиник кечишига боғлиқлигини асослаш, касаллик авжланиб боришининг олдини олиш, шунингдек самарали даволаш тартибини амалиётга татбиқ қилиш чора-тадбирлар комплексини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларни олиб бориш алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Ишнинг мақсади. Нурли диагностика усуллари солиштирма ўрганиш асосида ревматоид артритнинг эрта ташхислаш усуллари такомиллаштириш.

Материал ва услублар. 2021–2023 йилларда Навоий вилояти қўп тармоқли тиббиёт бирлашмасининг ревматология бўлимида Америка Ревматологлар коллежи ҳамда Европа ревматизмга қарши курашиш лигаси (ACR/EULAR) ревматоид артрит

тасниф мезонларига мувофиқ қўйилган ташхис асо-сида стационарда РА касаллиги билан даволанган 125 нафар беморлар олинган. Қўл панжаларининг бўғимлари бўшлиғида яллиғланиш суюқлиги локализациясини қиёсий баҳолаш шуни кўрсатдики, у фақат эРА билан касалланган беморларнинг 1/3 қисмида ББда аниқланган, текширилганларнинг кўпчилигида эса рРА билан оғриган беморларда бу суюқлик локализацияси аниқланган (мос равишда 33,3% ва 94,7%; $p < 0,01$). ПБаБда суюқлик эРА ва рРА (мос равишда 46,6% ва 57,9%) бўлган беморларда тахминан тенг частотада аниқланган ва ПББда эРА билан касалланган беморларда РА (26,6% ва 73,6%, $p < 0,05$) билан солиштирганда 3 марта камроқ аниқланган. Қўл панжа бўғимларининг МРТ маълумотларига кўра эрозиянинг локализациясини қиёсий баҳолаш уларнинг РА билан оғриган беморларда эРА (66,6% ва 25%; $p < 0,05$). МРТда қўл панжаларининг ўзгариши ж.э.РА ($n=61$) Бўғимлар бўшлиғида суюқлик эРА ($n=64$) 53/81.9 Теносиновит 60/93.7 20/32,7* Эрозия 49/76.5 13/21,3* Суяк илиги шиши 35/54.6 9/29,5** Синовит 31/48.4 14/22.9** Синовиал қобик пролиферацияси 47/73,4 2/3.2 Зарарланишнинг симметрик характери 13/20.3 18/29,5*.

Хулоса: Контрастли магнит-резонанс томография ёрдамида қўл панжа бўғимларини ўрганиш рентгенография ва ультратовуш билан солиштирганда жуда эрта ва эрта ревматоид артритли беморларда эрозив артритгача белгиларнинг ташхиси учун сезиларли даражада юқори сезувчанлик ва ўзига хосликка эга.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦИТИКОЛИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

*П.Н. Сейтмуратов, Х.А. Азимов,
М. Абдикаримова*

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Инсульт продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной медицины, являясь причиной инвалидизации населения. Ежегодно количество перенесенных инсультов во всем мире насчитывает около 15 млн человек, в России – около 450 тыс., в Узбекистане – более 60 тыс. Инсульт занимает 2 место в структуре смертности населения, немного уступая лишь сердечно-сосудистой патологии. В Узбекистане госпитальная летальность после инсульта составила 17,3%, инвалидность после инсульта составляет 83,8% и требует постоянной медико-социальной поддержки. У 20–30% пациентов наблюдается глубокая инвалидизация до конца жизни.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения препаратом цитиколин больных ишеми-

ческим инсультом и оценка безопасности проводимой терапии.

Материал и методы. Исследуемую группу составили 78 пациентов (35 мужчин и 43 женщины) с ишемическим инсультом в возрасте от 60 до 75 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении неврологии Каракалпакского филиала РНЦЭМП, получавших препарат цитиколин.

Результаты и обсуждение. Цитиколин – ноотропное лекарственное средство, которое проявляет нейротропную и нейрорепаративную активность и улучшает волновую активность головного мозга – назначали пациентам в течение первой недели в/в капельно в дозах 1000 мг/сут в разведении 100 мл физиологического раствора. При необходимости пациентам также назначали антикоагулянты, гипотензивную, кардиальную и антидиабетическую терапию.

Все пациенты, включенные в исследование, в течение всего периода наблюдения имели зарегистрированные цифры артериального давления. Оценка клинической эффективности лечения цитиколином включала исследование неврологического статуса с оценкой двигательных, чувствительных, речевых, вестибуломожечковых, бульбарных и псевдобульбарных расстройств по 5-балльной рейтинговой шкале со стандартизованными критериями оценки выраженности каждого симптома: 0 – симптом отсутствует, 1 – легкие проявления, 2 – умеренная выраженность, 3 – выраженные проявления, 4 – грубые проявления.

Субъективную оценку основных клинических симптомов при хроническом нарушении мозгового кровообращения (головокружение, головная боль, шум в голове, нарушение сна, утомляемость, забывчивость) оценивали использованием 5-балльной рейтинговой шкалы со стандартизованными критериями оценки выраженности каждого симптома: 0 – симптом отсутствует, 1 – легкие проявления, 2 – умеренная выраженность, 3 – выраженные проявления, 4 – грубые проявления.

Положительное клиническое действие цитиколина было отмечено в 77% наблюдений. Наиболее заметный эффект выявлялся при двигательных, чувствительных нарушениях, несколько менее выраженный – при цефалгическом и астено-невротическом синдромах.

Наиболее часто положительное влияние препарата отмечалось у пациентов с очагами в зоне смежного кровообращения и вертебро-базиллярной системе – 70% случаев наблюдений. При преимущественном поражении мозга в зоне каротидной системы развитие положительного клинического эффекта отмечалось в 84% случаев. Каких-либо побочных эффектов и осложнений при применении препарата не наблюдалось.

Выводы. Применение цитиколина при острых ишемических инсультах приводит к уменьшению объема очага инсульта, смертности и частоты инвалидизации больных и, кроме того, увеличивает вероятность полного выздоровления спустя 3 месяца после инсульта. Больным рекомендуется продолжать прием цитиколина в последующих этапах реабилитации (в течение 6 месяцев до 1 года после инсульта), поскольку это вносит дополнительный вклад в улучшение их когнитивных и двигательных функций.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Е.А. Скородумова, В.А. Костенко

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Россия

В эпидемиологических исследованиях показатели заболеваемости тромбозом глубоких вен (ТГВ) колеблются от 53 до 162 на 100 тысяч населения, а ежегодная заболеваемость легочной эмболией (ЛЭ) варьирует от 39 до 115 человек на 100 тысяч населения. Данные поперечного анализа показывают, что заболеваемость венозной тромбэмболией (ВТЭ) почти в восемь раз выше у лиц в возрасте старше 80 лет, чем на пятом десятилетии жизни. Поэтому особое значение имеет своевременная и максимально ранняя диагностика ВТЭ, что будет способствовать улучшению как краткосрочных, так и долгосрочных прогнозов пациентов. Факторы риска развития тромбэмболии легочной артерии (ТЭЛА) делятся на «сильные» – отношение рисков (ОР) >10, «умеренные» – ОР от 2 до 9, «слабые» – ОР <2. Диагностика ЛЭ делится на дотестовую (по шкалам) и тестовую (лабораторные и инструментальные методы). Пересмотренная шкала Geneva включает в себя ряд параметров, которые можно оценить у постели больного: анамнез ЛЭ или ТГВ, частота сердечных сокращений, хирургия или перелом за последний месяц, кровохаркание, активный рак, односторонняя боль или отек в конечности, возраст >65 лет. Оценка по баллам: низкий (до 3 баллов), промежуточный (4–10), высокий (свыше 11 баллов). Следующий этап – тестовая диагностика. Если гемодинамика стабильна, но высокий риск ТЭЛА, сразу надо делать спиральную компьютерную ангиопульмонографию (СКТ АПГ) – это «золотой стандарт». Есть и другие визуализирующие методы. Если нет шока или гипотонии, низкий или промежуточный риск – определяется D-димер. По его результатам делают СКТ АПГ (если он положительный) или не делают (отрицательный), т. е. ЛЭ не подтверждена. Если гемодинамика

не стабильна, то делают эхокардиографию прямо у постели больного. Нет дисфункции правого желудочка (ДПЖ) – ищут другую причину состояния. Есть ДПЖ – делают СКТ АПГ. Если невозможно ее сделать – ведут пациента как больного с ЛЭ высокого риска. Далее производится стратификация риска 30-дневной смерти – индекс тяжести ТЭЛА (индекс PESI, по упрощенной версии – sPESI). Определяется ряд параметров прямо у постели больного. Индекс делится на классы от I до V в зависимости от баллов. Если нестабильная гемодинамика, класс по PESI III–IV, ДПЖ, повышенный тропонин – высокий риск ранней смерти, если все признаки, но гемодинамика стабильна – промежуточно-высокий риск. Если еще отсутствует или ДПЖ, или высокий тропонин – промежуточно-низкий риск, нет этих показателей – низкий риск ранней смерти. В СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе проведен ретроспективный анализ 1235 аутопсий за 2019–2023 гг. Из них 350 – ТЭЛА различной локализации: мужчин – 35%, женщин – 65%, средний возраст – 74,6±17,0 лет. Поражение: сегментарные артерии – 42%, долевые – 44%, главные – 7,5%, ствол – 6,5%. Связь с операциями: 14% – сосудистые, 12,6 – травматологические, 9,6% – на мочевыделительной системе. Коморбидный статус: ИБС – 48,5%, инфекции – 36,5%, онкология – 20,6%, ХОБЛ – 29,8%, операции – 29,4% или их сочетание. ТЭЛА чаще возникала у пожилых женщин (старше 75 лет) с коморбидной патологией, возрастая при оперативных вмешательствах.

Лечение ЛЭ включает антикоагулянтную терапию, которая начинается сразу после постановки диагноза, коррекцию гемодинамики и гипоксии, оптимизацию волюмического статуса, реперфузионную терапию и хирургические методы. А вот медикаментозная реперфузия и оперативные вмешательства применяются только при высоком риске ранней смерти. В остром периоде ЛЭ важное место занимает лечение острой правожелудочковой недостаточности, которая является основной причиной смерти при ТЭЛА. Для реперфузии используют только разрешенные препараты: актеллизе, урокиназа, стрептокиназа. Лучшие результаты при проведении тромболизиса – в течение 48 ч от момента начала симптомов, однако он может быть полезным и в течение 6–14 дней от начала развития заболевания. Рутинное использование венозного фильтра у больных с ТЭЛА не рекомендовано. Тромбэктомия – альтернативный метод лечения ЛЭ высокого риска, когда тромболитическая терапия противопоказана. Антикоагулянтная терапия при использовании пероральных антикоагулянтов (ПОАК) при низком и промежуточно-низком риске во многом зависит от самих пациентов и их приверженности к терапии, особенно если учесть, что длительность приема препаратов продолжается 3–6 месяцев. В Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

проведено исследование о приверженности к терапии ПОАК. Данные сравнили с регистром RIETE. В рекомендованной дозе длительно принимали ривароксабан – 94,3%, апиксабан – 75%, дабигатран – 50% пациентов. Нарушали режим дозирования при приеме ривароксабана 11,5%, апиксабана – 28%, дабигатрана – 25%. Данные сопоставимы с регистром RIETE. Таким образом, ривароксабан, применяемый 1 раз в день, характеризовался наибольшей приверженностью к терапии.

В целом лечение ТЭЛА – трудный и важный путь к спасению жизней пациентов, который требует глубоких знаний и понимания проблемы, четкости и быстроты выполнения необходимых медицинских мероприятий, а в ряде случаев – мультидисциплинарного подхода, а также приверженности к терапии самого больного.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Ш.Ш. Солижанов, А.С. Исомиддинов,
Д.Т. Гиясов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

**Отделение экстренной кардиологии № 2,
город Наманган, Узбекистан**

Цель. Оценка основных проявлений изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) у пожилых больных.

Материал и методы. Обследовано 77 пожилых больных ИСАГ II и III степени МС. Согласно критериям Международной федерации диабета, для диагностики МС в качестве главного компонента рассматривается абдоминальное ожирение (АО), окружность талии (ОТ) в сочетании с ≥ 2 и более компонентами из перечисленных: АГ, триглицериды $>1,7$ ммоль/л, низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, гипергликемия. Тест толерантности к глюкозе и концентрацию глюкозы в плазме венозной крови проводили согласно стандартным методикам. Согласно критериям ВОЗ, уровень глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л рассматривается как гипергликемия натощак, ее концентрация через 2 часа после ТТГ – 7,8 ммоль/л, как постпрандиальная гипергликемия. Стандартно проводили мониторинг АД, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек.

Результаты. Среди 77 больных у женщин ИСАГ метаболический синдром встречался в 2 раза чаще (47%), чем у мужчин (23%). При анализе анамнестических данных и клинико-инструментальных показателей выявлена ишемическая болезнь серд-

ца (44%), эпизоды безболевого ишемии миокарда (21%), перенесенные инфаркт миокарда и транзиторные ишемические атаки (4,4%), ишемическая болезнь почек (3,5%). При мониторинговании АД установлены нарушения суточного профиля АД в виде снижения во время сна АД $>20\%$ и фрагменты ночной гипотонии. Частота гипертрофии левого желудочка у женщин с индексом массы тела >30 кг/м² почти в 2 раза была больше, чем у мужчин. Показано преобладание нарушений геометрии сердца по экцентрическому типу, независимо от пола.

Выводы. Таким образом, основными детерминантами изолированной систолической артериальной гипертензии являются пожилой возраст, наличие полного метаболического синдрома, гипертрофия левого желудочка. Неблагоприятный тип суточного ритма АД «non dippers» обуславливает эпизоды безболевого ишемии миокарда у пожилых больных ИСАГ с МС. Установленная инсулинорезистентность и дислипидемия свидетельствуют при ИСАГ об увеличении вероятности развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений и требуют дальнейшей коррекции липидного обмена.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Ф.Н. Таджиева, Г.Т. Маджидова,
Г.И. Суннатова, Д.Д. Хайдарова*

Самаркандский филиал РНЦЭМП

**Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан**

Гипертензивные расстройства в период беременности характеризуются высокой частотой встречаемости, имеют важные особенности течения. В настоящее время гестационную артериальную гипертензию (ГАГ) рассматривают в качестве прогностически неблагоприятного фактора в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний. Беременные женщины с ГАГ составляют особую группу, требующую тщательного обследования и динамического наблюдения, что в целом окажет влияние на исходы беременности и родов.

Цель. Оценка частоты и значимости некоторых факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР) у беременных с ГАГ.

Материалы и методы. Были изучены различные ФССР у 53 беременных с гестационной артериальной гипертензией (основная группа) и 22 здоровых беременных женщин в эти же сроки гестации (контрольная группа). Средний возраст пациенток составил $29,1 \pm 3,2$ года. У обследуемых оценивалось наличие или отсутствие следующих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: отягощенная наследственность по ССЗ (ОН), куре-

ние, а также проводилось исследование липидного состава крови с использованием акустического анализатора биосред «БОИМ-01». Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что отягощенная наследственность по ССЗ в основной группе встречалась у 67,9 %, в контрольной – у 18,2% беременных. Распространенность курения в обследуемых группах составляла 13,2% и 4,5% соответственно. Примечательно, что у обследуемых из контрольной группы отклонений в показателях липидограммы выявлено не было. Однако в основной группе у 7,5% женщин с гестационной гипертензией обнаружены повышенные значения показателей липидограммы, а именно атерогенных фракций. Большая часть обследуемых женщин с гестационной артериальной гипертензией имели один ФР – 50,9%, два ФР – 13,2%. Только у 32,1% не было обнаружено ни одного ФР. Три ФР было выявлено у 3,8% беременных с ГАГ.

Заключение. Активный подход к выявлению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий у беременных женщин с гестационной артериальной гипертензией способно предотвратить не только ряд серьезных акушерских и перинатальных рисков, но и внести своего рода вклад в будущее благополучие матери и ребенка.

ЦЕПЬ ВЫЖИВАНИЯ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: ЭВОЛЮЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ В XXI ВЕКЕ

*В.М. Теплов, Е.А. Карпова, Д.М. Прасол,
Е.А. Романова*

**ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
медицинский университет им. акад
И.П. Павлова» МЗ РФ**

Реанимация как научная дисциплина начала развиваться в начале XX века, но лишь в 1961 году советским ученым В.А. Неговским был непосредственно введен термин «реанимация». За прошедшие после этого полвека постоянно предпринимаются попытки усовершенствовать методику, устройства, позволяющие улучшить результаты сердечно-легочной реанимации, поскольку их вряд ли можно признать удовлетворительными.

В 1992 году американская ассоциация кардиологов предложила термин «цепь выживания», который означает раннее оповещение экстренных служб, начало СЛР неопытным реаниматором, раннюю дефибрилляцию и раннюю расширенную СЛР. За последующие десятилетия цепь существенно не изменилась, но насытилась новыми технологиями. Особенно мощный скачок произошел в начале XXI

века, когда в мире появились автоматические дефибрилляторы в общественных местах, устройства для непрямого массажа сердца, а СЛР стали обучать в школах. Однако глобальный анализ показывает, что внезапная внегоспитальная остановка кровообращения по-прежнему остается одной из серьезных проблем, решения которой пока не найдено.

Одним из важных направлений является упрощение и удешевление автоматических дефибрилляторов. Крайняя редкость его применения и высокая цена являются препятствием для повсеместного распространения технологии. Как показал анализ внезапных остановок кровообращения в метрополитене в Санкт-Петербурге, частота применения таких устройств, даже с учетом многомиллионного пассажиропотока (почти 0,5 млрд пассажиров в год), ничтожно мала. С точки зрения экономической целесообразности крайне сложно убедить руководство даже таких крупных организаций приобретать прибор, который может быть использован один раз в несколько лет. Исходя из этого было принято решение о разработке предельно недорогого, одноразового дефибриллятора максимально компактного размера (чуть крупнее смартфона), способного автоматически анализировать ритм и самостоятельно принимать решение о дефибрилляции, одновременно осуществляя вызов экстренных служб. Такое устройство в настоящее время разработано, проходит стадию испытаний.

Существующая линейка устройств непрямого массажа сердца, которые являются bridge-технологией между улицей и стационаром, в настоящее время не показала убедительных преимуществ в результатах СЛР. Большинство национальных протоколов СЛР включает применение кардиомассажеров как рекомендательную, но не обязательную технологию. Во всем мире идут попытки совершенствовать эти устройства. Наиболее перспективными в настоящее время представляются такие направления, как обеспечение Head-up-cpr и применение вставленной абдоминальной компрессии. В нашей стране завершается разработка нескольких электромеханических устройств для НМС, начат научный поиск комбинирования вышеупомянутых технологий в одном устройстве.

Целью применения кардиомассажеров при расширенной СЛР является обеспечение качественной перфузии в периоде low-flow в ходе эвакуации пациента в стационар, где к нему могут быть применены технологии, направленные на устранение причины остановки кровообращения. Однако зачастую без использования в данной ситуации экстракорпоральной мембранной оксигенации в комплексе расширенной СЛР (ЭСЛР) невозможно применение лечебных методов. ЭСЛР – это технология спасения при внезапной остановке кровообращения, которая активно развивается в XXI веке. За

последние 5 лет наш университет принял участие в разработке отечественных аппаратов ЭКМО, применение ЭСЛР при соблюдении всех критериев позволяет обеспечить выживание до 30% пациентов с внезапной остановкой кровообращения. В ряде стран, в том числе и в Российской Федерации, возможно посмертное применение ЭКМО в отношении погибших пациентов с внегоспитальной смертью для сохранения органов для последующей трансплантации.

XXI век – век интеллектуальных технологических решений, которые могут упростить проведение сердечно-легочной реанимации и улучшить ее результаты.

ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ КАРДИОМАССАЖЕРА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА «КАРДИОРОБОТ»

*В.М. Теплов, Д.М. Прасол, Е.А. Романова,
В.В. Коломойцев*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

Введение. Внегоспитальная остановка кровообращения является одной из ведущих причин смерти населения развитых стран. Для оказания помощи таким пострадавшим используются, в том числе, автоматические устройства для непрямого массажа сердца (кардиомассажеры), которые позволяют обеспечить качественные компрессии грудной клетки в условиях транспортировки, в движении. Несмотря на то, что мировым профессиональным сообществом в настоящее время рутинное применение кардиомассажеров не рекомендовано, такое устройство остается незаменимым и в условиях длительной «стационарной» сердечно-легочной реанимации. Сотрудниками ЦНИИ робототехники и технической кибернетики (г. Санкт-Петербург) был разработан первый российский кардиомассажер «КардиоРобот».

Цель. Оценить эффективность отечественного кардиомассажера «КардиоРобот» в рамках доклинических испытаний.

Материалы и методы. Сравнивались показатели гемодинамики и перфузии (EtCO_2 , АД инвазивным способом, объемная скорость кровотока) в различных режимах кардиокомпрессии «КардиоРобот» и его зарубежного аналога – «LUCAS-2» на крупных млекопитающих – свиньях (11 особей) в условиях фармакологической кардиоплегии.

Результаты. В ходе эксперимента показатели гемодинамики и газообмена в исследуемых группах были сопоставимы.

Наиболее высокие цифры систолического АД были ассоциированы с наименьшими показателя-

ми диастолического АД, что обусловлено большим демпфированием пульсовой волны. Продемонстрирована обратно пропорциональная связь этого параметра с диастолическим АД и объемной скоростью кровотока в бедренной артерии. Наиболее высокий уровень минутного кровообращения и, соответственно, качество СЛР продемонстрировал режим с трапецевидной формой компрессии грудной клетки с частотой 102 в минуту. Дальнейшую проработку предложено осуществлять с учетом полученных данных.

Вывод. В рамках доклинических испытаний кардиомассажер отечественного производства «КардиоРобот» в сравнении с зарубежным аналогом «Lucas-II» продемонстрировал сопоставимые результаты непрямого массажа сердца.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

С.Б. Турсунов¹, Х.А. Олимов², И.А. Убайдуллаев³

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи¹, Ташкент, Узбекистан
Наманганский филиал РНЦЭМП²

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и их влияние на тяжесть течения инфаркта миокарда (ИМ) у больных мужского пола в возрасте до 60 лет.

Материал и методы. Обследовано 150 мужчин с острым ИМ. Все они находились на стационарном лечении в клинике Наманганского филиала РНЦЭМП. У 108 пациентов (1 группа) ИМ был первичным, а у остальных 42 больных (2 группа) ИМ был повторный. В ходе работы анализировались факторы риска (ФР), предрасполагающие к развитию ИМ (курение, дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ, сахарный диабет (СД) и др.).

Результаты. Анализ данных показал, что АГ встречалась одинаково часто, как в 1-й, так и во 2-й группах, составив 60,2% и 74,5% соответственно ($p>0,05$). Дислипидемия также оказалась часто встречающимся ФР, при этом её соотношение в анализируемых группах составило 88,0% и 78,0% ($p>0,05$). Избыточную массу тела обнаружили у 52,3% больных повторным ИМ и у 52,5% – с первичной формой заболевания. СД и метаболический синдром встречали почти с одинаковой частотой (15,7% и 14,7%) в обеих группах больных. Обращает на себя внимание, что 52,6% больных повторным ИМ продолжали курить после перенесенного раннее ИМ и только 21% прекратил курение, при этом у 52% больных длительность пристрастия к табаку составила от 20 до 40 лет.

Анализ влияния вышеизложенных ФР показал, что у больных 2 группы с наличием ФР чаще

($p < 0,05$), чем у больных 1 группы, прогрессировали признаки хронической сердечной недостаточности (72,8%), экстрасистолия (24%), пароксизмы ФП (14,8%). При этом необходимо отметить, что значительная часть больных (32,5%) до развития настоящего заболевания не соблюдала рекомендованную терапию или лечилась эпизодически (все $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, наиболее значимыми ФР развития ИБС среди мужчин с острым ИМ в возрасте до 60 лет являются АГ, дислипидемия, избыточная масса тела и курение. Все указанные ФР способствовали более прогрессивной тяжести течения ХСН, а также формированию различных аритмий. Все эти ФР должны учитываться в лечении этих больных, а также в совокупности с таким фактором, как приверженность к терапии, что позволит повысить уровень качества вторичной профилактики повторного ИМ у мужчин среднего возраста.

**ПОКАЗАТЕЛИ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ
МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ,
ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ФОНЕ ВЫСОКИХ
ДОЗ РОЗУВАСТАТИНА**

Ш.М. Убайдуллаева, Б.А. Аляви, Ф.Ф. Латипов

**Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. Пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2) требуют тщательного мониторинга сердечной функции, особенно после проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Одним из ключевых параметров оценки функции миокарда является глобальная продольная деформация (GLS), которая часто снижена у пациентов с ИБС и СД 2. Высокие дозы розувастатина обладают плеiotропными эффектами, включая улучшение эндотелиальной функции и уменьшение фиброза миокарда, что может способствовать улучшению показателей GLS.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является оценка влияния различных дозировок розувастатина (20 мг и 40 мг) на показатели продольной деформации миокарда (GLS) и липидного профиля у пациентов с ИБС и СД 2, перенесших ЧКВ.

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов в возрасте от 58 до 64 лет с ИБС и СД 2, перенесших ЧКВ. Пациенты были рандомизированы на две группы: 1-я группа получала розувастатин в дозе 20 мг ($n=30$), 2-я группа – 40 мг ($n=30$).

Перед ЧКВ фракция выброса (ФВ) находилась в норме (среднее значение 55–57%), но показатели GLS были снижены (среднее значение – 15%). Липидный профиль пациентов обеих групп был повышен: общий холестерин $>6,5$ ммоль/л, ЛПНП $>4,0$ ммоль/л, триглицериды $>2,0$ ммоль/л.

Результаты. Результаты ЧКВ показали однородное поражение одного сосуда у всех пациентов. После ЧКВ показатели GLS улучшились в обеих группах. В 1-й группе показатели GLS повысились в среднем с 15% до 17% ($p < 0,05$), во 2-й группе – с 15% до 20% ($p < 0,01$). Липидный профиль также улучшился в обеих группах, но более значительно – во 2-й группе: общий холестерин снизился до 4,0 ммоль/л в 1-й группе и до 3,2 ммоль/л во 2-й группе ($p < 0,01$), ЛПНП – до 2,5 ммоль/л и 1,8 ммоль/л соответственно ($p < 0,01$).

Выводы. Применение высоких доз розувастатина (40 мг) после ЧКВ у пациентов с ИБС и СД 2 приводит к значительному улучшению показателей продольной деформации миокарда (GLS) по сравнению с терапией розувастатином в дозе 20 мг. Высокие дозы розувастатина также способствуют значительному улучшению липидного профиля, что подчеркивает важность интенсивной липидснижающей терапии в данной популяции пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У
БОЛЬНЫХ ЦИАНОТИЧЕСКИМИ
ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

М.М. Умаров, В.М. Им, М.Ж. Журалиев

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

Цель. Оценка результатов интервенционных вмешательств у больных с цианотическими пороками сердца.

Материал и методы. Различные рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) в неотложном порядке произведены у 14 больных цианотическими пороками в возрасте от 24 дней до 21 года. Баллонная дилатация (БД) стенозированных искусственных фторлавансовых подключично-легочных межартериальных анастомозов (ПЛА) произведена у 9 больных с тетрадой Фалло (ТФ). Из них в 1 случае у ребенка 6-месячного возраста на высоте одышно-цианотического приступа баллонная вальвулопластика (БВ) клапанного стеноза легочной артерии (КСЛА) – у 4 больных с ТФ, баллонная атриосептостомия по экстренным показаниям – у 1 больного с транспозицией магистральных артерий (ТМС) и открытым овальным окном (ООО) в возрасте 24 дня.

Показаниями к РЭВ являлись тяжелое клиническое состояние больных, обусловленное выраженной артериальной гипоксемией, необходимость стабилизации состояния и отсрочки радикальной коррекции, ангиографическая картина локального сужения ПЛМА (при баллонной дилатации ПЛМА) и наличия КСЛА (при баллонной вальвулопластике). Для баллонной дилатации использовались баллонные катетеры, диаметр которых соответствовал диаметру ПЛМА, доступ осуществлялся через бедренную артерию. Баллонная вальвулопластика выполнялась баллонным катетером, превышающим клапанное кольцо легочной артерии (ЛА) не более чем на 30%, доступ осуществлялся через правую бедренную вену. Критериями эффективности РЭВ у больных ТФ служили ангиографические признаки восстановления проходимости ПЛМА с остаточным стенозом менее 20% (при БД ПЛМА) и ликвидации КСЛА (при БВ КСЛА), повышение давления в ЛА, увеличение кислородного насыщения крови, улучшение клинического состояния.

Результаты. У всех пациентов после выполнения баллонной дилатации ПЛМА и баллонной вальвулопластики КСЛА уже в рентгеноперационной отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение цианоза. У 9 больных со стенозом ПЛМА удалось успешно провести дилатацию с хорошим ангиографическим эффектом. После дилатации ПЛМА SpO_2 увеличилось в среднем с $46,8 \pm 3,7$ до $69,2 \pm 5,1$, давление в ЛА – с $13,3 \pm 2,4$ до $22,1 \pm 1,9$ мм рт. ст.

У 4 (44,4%) больных тетрадой Фалло с КСЛА после вальвулопластики систолическое давление в ЛА в среднем увеличилось с $14,3 \pm 2,1$ до $23,7 \pm 3,4$ мм рт. ст., SpO_2 – с $57,9 \pm 6,2$ до $78,7 \pm 5,1\%$. У этих больных после операции при правой вентрикулографии определялось полное раскрытие створок клапана ЛА, а также увеличение поступления контрастированной крови из правого желудочка в ЛА и уменьшение сброса в аорту. У 1 больного с ПТМС и ООП после баллонной атриосептостомии баллонными катетерами 8 и 14 мм в диаметре SpO_2 повысилась с 64% до 83%. Из осложнений в 1 случае у больного в возрасте 6 месяцев после баллонной дилатации ПЛМА имел место тромбоз в месте доступа, в связи с чем выполнена тромбэктомия из бедренной артерии. Других осложнений и летальных случаев не было. Все больные подготовлены к производству радикальной коррекции порока.

Выводы. РЭВ вмешательства при цианотических пороках сердца являются эффективными и малотравматичными паллиативными методами лечения, которые в ряде случаев могут служить подготовительным этапом у тяжелого контингента больных с цианотическими пороками и высоким риском радикальной коррекции.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭДАРАВОН ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н.Т. Умарова

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Введение. Ежегодно в мире острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) переносят от 15 млн до 20 млн больных, который насчитывает от 1 до 4 случаев на 1000 населения. На сегодняшний день численность больных ОНМК составляет около 80–90 млн человек. По данным ВОЗ, ОНМК занимает второе место в структуре общей смертности населения, уступая лишь кардиоваскулярной патологии. ОНМК занимает первое место, как причина стойкой утраты трудоспособности.

Цель исследования. Изучить и выявить эффективность препарата Ксаврон (эдаравон) при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы исследования. Обследовано 48 пациентов с ОНМК (29 больных с ишемическим инсультом, 19 больных с геморрагическим инсультом), в возрасте от 31 до 85 лет. Средний возраст больных составил 58 лет. Больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 26 больных (17 больных с ишемическим инсультом, 9 больных с геморрагическим инсультом), а в контрольную группу – 22 больных (12 больных с ишемическим инсультом, 10 больных с геморрагическим инсультом). В основной группе 26 больных получали Ксаврон 20,0 (30 мг) + Натрий хлор 0,9% – 100,0 внутривенно капельно + базисную терапию ОНМК. Контрольная группа из 22 больных получала только базисную терапию. Препарат Ксаврон вводился два раза в сутки в суточной дозе 60 мг.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что применение Ксаврона (эдаравон) в комплексе лечебных мероприятий ОНМК (как ишемического инсульта, так и геморрагического инсульта) приводит к улучшению мозговых (когнитивных) и двигательных функций паретичных конечностей. Ксаврон (эдаравон) – мощный акцептор свободных радикалов, который тормозит ранние и поздние этапы ишемического каскада и предупреждает реперфузионное повреждение при острых нарушениях мозгового кровообращения, а также способствует быстрому рассасыванию геморрагического очага (внутричерепной гематомы) при геморрагическом инсульте. При лечении Ксавроном в основной группе отмечалось улучшение клинического состояния больных, стабилизировалось артериальное давление, у всех больных нормализовался ночной сон, улучшилась гемо- и ликвородинамика, отмечался выраженный регресс очаговой (восстановление движений в паретичных конечностях)

и общемозговой неврологической симптоматики, который отчетливо не наблюдался в контрольной группе, получавшей только базисную терапию. В контрольной группе у 23 больных с базисным лечением динамика была нестабильной. Больные основной группы выписались на 1–2 дня раньше, чем больные в контрольной группе. Клинический эффект Ксаврона (эдаравон) в комплексной терапии ОНМК проявляется эффективным восстановлением движений в паретичных конечностях, улучшением когнитивных функций (речи, внимания, мышления, памяти), быстрым рассасыванием внутримозговых гематом, а также сокращением сроков госпитализации.

Выводы. Таким образом, внутривенное капельное применение Ксаврона в комплексной терапии ОНМК проявляется быстрым и выраженным регрессом неврологической симптоматики, быстрой активацией движений в паретичных конечностях, прояснением сознания, восстановлением когнитивных функций, быстрым рассасыванием внутримозговых гематом и сокращением сроков госпитализации больного в стационаре. Целесообразно применение Ксаврона с первых часов госпитализации больного, что ведёт к быстрому и выраженному регрессу общемозговой и очаговой неврологической симптоматики.

**RSHTYIM SAMARQAND FILIALIDA
2019–2021-YILLARDA BOSH MIYA QON
AYLANISHINING BUZILISHIDAN VAFOT ETGAN
BEMORLARNI QIYOSIY TAQQOSLASH**

Uraqov N.A., Umarov Sh.B., Muqimov A.A.

RSHTYIM Samarqand filiali

Mavzuning dolzarbligi. Insult – miyada qon aylanishi miya funksiyasining turli xilda namoyon bo'ladigan nuqsonini keltirib chiqaruvchi o'tkir buzilishidir. Patologik jarayonning tabiatiga ko'ra, insultlar ishemik va gemorragik turlarga bo'linadi. Ma'lumki, insultlarga e'tiborsiz qarab bo'lmaydi. Chunki bu kasallik lahzalik o'lim bilan yakun topadi yoki uning asoratlardan uzoq muddat davomida davolanib, asta-sekinlik bilan qutulish mumkin. Keyingi vaqtlarda bosh miya qon aylanishining buzilishidan ko'plab kishilar vafot etmoqda. Biz biladigan kasalliklardan o'ladigan bemorlarni, bosh miya qon aylanishining buzilishidan vafot etadigan bemorlar 10% ni tashkil etadi. Insultdan vafot etmay qolgan bemorlarning 15 % ish qobiliyatini yo'qotadi. Kasallik nisbatan yosharib bormoqda. Kasallanganlarning 80% 65 yoshdan oshganlarni tashkil etadi. Serebrovaskulyar kasalliklarning 84% miya infarkti bilan o'tadi (53% miya infarkti trombozdan, 31% emboldan keyin paydo bo'ladi). Qolgan 16 % har xil formalı qon quyilishlardan (10% katta hajmli qon quyilishdan, 6% qon tomirlari anevrizmasini yorilishidan) aziyat chekadi.

Maqsad. 2019–2021-yillar hisobotidan olingan bosh miya qon aylanishining buzilishidan vafot etgan bemorlarni qiyosiy taqqoslash.

Material va uslublar. 2019-yilda shifoxonamizda serebrovaskulyar kasalliklardan vafot etgan bemorlarning 105 tasi patologoanatomik tekshiruvdan o'tkazilgan, shulardan 59 ta bemor gemorragik insultdan (56,2 %), 46 tasi ishemik insultdan vafot etgan (43,8 %) (shulardan ayollar – 48 ta (45,7%), erkaklar 57 ta, (54,3%). Yoshga nisbatan olganda 40–50 yoshgacha ayollar 7 ta (14,6%), erkaklar 9 ta (15,8%). 50–60 yoshda ayollar – 18 ta (37,5%), erkaklar – 23 ta (40,4%). 60–70 yoshgacha ayollar – 16 ta (33,3%), erkaklar – 15 ta (26,3%). 70 yoshdan katta ayollar – 7 ta (14,6%), erkaklar – 10 ta (17,5%)ni tashkil etadi. 2020-yilda ushbu turdagi kasallikdan vafot etgan bemorlarning 103 tasi patologoanatomik tekshiruvdan o'tkazilgan, shulardan 50 ta bemor gemorragik insultdan (48,4%), 53 tasi ishemik insultdan vafot etgan (51,6%) (ayollar – 46 ta (44,7 %), erkaklar 57 ta (55,3%). Yoshga nisbatan olganda 40–50 yoshgacha ayollar – 6 ta (13,0 %), erkaklar – 8 ta (14,1%). 50–60 yoshda ayollar – 14 ta (30,5 %), erkaklar – 26 ta (45,6 %). 60–70 yoshgacha ayollar – 15 (32,6 %), erkaklar – 17 ta (29,8%). 70 yoshdan kattalar ayollar – 11ta (23,9 %), erkaklar – 6 ta (10,5%) ni tashkil etadi. 2021-yilda shifoxonamizda serebrovaskulyar kasalliklardan vafot etgan bemorlarning 136 tasi patologoanatomik tekshiruvdan o'tkazilgan, shulardan 70 ta bemor gemorragik insultdan (51,5 %), 66 tasi ishemik insultdan vafot etgan (48,5%) (ayollar – 65 ta (47,8%), erkaklar – 71 ta (52,2 %). Yoshga nisbatan olganda 40–50 yoshgacha ayollar – 8 ta (12,3 %), erkaklar – 14 ta (19,7 %). 50–60 yoshda ayollar – 29 ta (44,6 %), erkaklar – 45 ta (63,4 %), 60–70 yoshgacha ayollar – 16 ta (24,6 %), erkaklar – 8 ta (11,3 %). 70 yoshdan kattalar: ayollar – 12 ta (18,5 %), erkaklar – 4 ta (5,6 %)ni tashkil etadi. Bizning tekshiruvlarimizda 40–50 yoshda 52 ta (15,1%) bemor insultdan vafot etgan. Afsuski, ularda insultning eng og'ir turi, ya'ni miyaga qon quyilishi (gemorragik insult – 179 ta (52,0%)) ko'pchilikni tashkil etadi. Yoshga nisbatan olganda 50–60 yoshda ko'pchilikni tashkil etadi – 155 ta (45,1 %). Ularning ko'pchiligi aynan ish faoliyati bilan shug'ullanish vaqtida vafot etmoqda. Ayollarga nisbatan erkaklarda ko'proq vafot etish kuzatilgan, ayollar – 159 ta (46,2%), erkaklar – 185 ta (53,8%).

Xulosa. Yuqorida ko'rsatilganlardan shular ma'lum bo'ladi, bosh miya qon aylanishi buzilishi kasalliklaridan vafot etadigan bemorlarning soni yildan yilga o'sib bormoqda. Insult bilan asosan katta yoshdagilar kasallanishadi. Biroq so'nggi paytlarda insultning «yosharib» borayotganligi kuzatilmoqda. Yildan yilga bosh miya qon aylanishining buzilishi kasalliklaridan vafot etayotgan bemorlarning oshib va yosharib borayotganligini inobatga olgan holda, yashash joyida poliklinikalarda «D» nazoratiga qo'yishni kuchaytirish lozim. Xalqqa insult kasalligi to'g'risida, ommaviy axborot vositalari

orqali chiqishlar qilib tushuntirish ishlarini olib borish. E'tiborga sazovor yosh guruh bemorlarga alohida e'tibor qaratish. Vrachlar faqat ogohlantirishi va tavsiya berishi mumkin. Odamlar vrach tavsiyalariga amal qilishi uchun ularda salomatlik psixologiyasini shakllantirish kerak.

СТЕНОЗСИЗ КОРОНАР ҚОН ТОМИРЛАРДА Q ТИШЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР

*Ўролов Ш.С., Мухамедова Б.Ф.,
Турсунов С.Б., Рўзикулова М.Р.*

Республика шошилиంచ тиббий ёрдам
илмий маркази Бухоро филиали

Тадқиқотнинг долзарблиги: Кейинги йилларда юқори технологияли тиббий ёрдамнинг ривожланиши муносабати билан клиник амалиётда ангиографик жиҳатдан стенозсиз коронар қон томирларда Q тишли миокард инфаркти билан оғриган беморлар кузатила бошлади. Адабиётларда стенозсиз коронар қон томирларда Q тишли миокард инфаркти билан оғриган беморлар тез-тез учраши ҳақида ишончли далиллар мавжуд (бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, 18–40% гача учрайди). Аммо биз адабиётларда стенозсиз коронар қон томирларда Q тишли миокард инфаркти билан оғриган беморлар тўғрисида кам маълумотлар топдик.

Мақсад: Клиник амалиётда ангиографик стенозсиз коронар қон томирларда Q тишли миокард инфаркти билан оғриган беморлар муаммосининг долзарблигини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: 2023–2024 йил учун РШТЁИМ Шошилиంచ кардиология ва терапия бўлимидаги беморларнинг 1058 та касаллик тарихини таҳлил қилдик. Уларнинг 372 таси Q тишли миокард инфаркти бўлиб, улардан беморларнинг 50% дан ортиғида коронар ангиография (КАГ) амалиёти ўтказилган. Коронар ангиография (КАГ) амалиёти ўтказилганлардан стенозсиз коронар қон томирларга эга бўлган Q тишли миокард инфаркти билан оғриган 2 та бемор аниқланди. Иккала бемор ҳам нисбатан қисқа вақт давомида (1 йилдан 3 йилгача) артериал гипертензия билан оғриган ўрта ёшли эркак жинсига мансуб беморлар (51 ва 57 ёш), оилавий наслий юрак қон томир патологиясига эга, узоқ вақт тамаки чекади ва ортиқча тана вазнига эга. Иккала бемор ҳам биринчи марта анигнал оғриқларнинг кузатилиши билан мурожаат қилиб келган. Иккаласи ҳам касалликнинг дастлабки соатларида ST сегмент кўтарилиши билан кечувчи ўткир коронар синдром билан касалхонага ётқизилган. Иккала бемордаги ЭКГда чап қоринча олдинги деворидаги ST сегмент кўтарилишининг типик ўзгаришини кўриш мумкин. Динамикада

(ЭКГ) вақт ўтиши билан некроз белгиларининг диагностик сезиларли ўсишини кузатиш мумкин. ЭхоКГда ҳам миокард инфаркти тасдиқланган. Иккала беморда ҳам кучли атероген дислипидемия кузатилган. Беморларга клиник кўрсатмаларга мувофиқ тарзда миокард инфаркти учун стандарт даволаш буюрилди. Беморларда иккала ҳолатда ҳам коронар ангиография (КАГ) амалиёти қўйилмаган бўлиб чиқди: юракнинг ўнг коронар қон билан таъминланиши, барча коронар томирлар аниқ контурли ва силлиқ, стеноз белгиларисиз, коронар томирларнинг атеросклеротик зарарланиши кузатилмади.

Натижалар: Аниқланган маълумотларни турли сабабларга кўра тушунтириш мумкин: ўз-ўзидан тромболизис, коронар артерияларнинг кўп бурилишли бўлиши ёки узоқ вақт спазми, қон таркибининг дислипидемияга боғлиқ тарзда секин оқими. Бу иккала клиник ҳолатда юқорида кўрсатилган сабабларни аниқ тарзда ифодалаб бериш биров мумкин.

Хулоса: Стенозсиз коронар қон томирларда Q тишли миокард инфаркти билан оғриган беморлар клиник жиҳатдан тез-тез учраб туради. Ҳозирги вақтда ангиографик текширувларнинг республикамизнинг барча минтақаларида ривожланиши стенозсиз коронар қон томирларда Q тишли миокард инфаркти билан оғриган беморларни кузатиш имконини беради. Шунинг учун бу каби ҳолатларни чуқурроқ ўрганиш ҳамма учун муҳим аҳамиятга эга. Бу каби беморлар учраганда, албатта, антиагрегантлар, статинлар ва кальций антагонистларини беморларга тавсия қилиш лозим.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ДИСЛИПИДЕМИЯНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Фаттоев Н.Б.

Республика шошилиంచ тиббий ёрдам
илмий маркази Бухоро филиали

БЖССТ маълумотларига кўра, сайёраимизнинг 20–30% аҳолисида артериал гипертензия (АГ) мавжуд. АГ бор кишиларда липидлар алмашинувининг бузилишлари бир неча баравар кўп учрайди. Липидлар алмашинуви бузилишлари бор беморларда артериал гипертензиянинг резистентлиги юқорироқ бўлади.

Мақсад. Дислипидемия мавжуд беморларда эссенциал гипертензиянинг кечиш хусусиятларини ўрганиш

Материал ва услублар. Тадқиқотларда ГК ташхиси қўйилган (ЖССТ, 1999) 46–72 ёшдаги (ўртача ёши $59,8 \pm 7,71$) 84 та бемор қатнашди. Барча беморларда қондаги липидлар спектри – умумий холестерин (УХ), триглицеридлар (ТГ), зичлиги паст

липопротеидлар (ЗПЛП) ва зичлиги юқори липо-
протеидлар (ЗЮЛП) миқдори аниқланди. Лабора-
тор кўрсаткичлар асосида қонда липидлар алмаши-
нуви бузилишлари мавжуд 56 нафар бемор асосий
гуруҳ сифатида ўрганилди. Назорат гуруҳи сифати-
да артериал гипертония ташхиси қўйилган 28 на-
фар шу ёшдаги қонда липидлар миқдори меъёрда
бўлган беморлар олинди. Ҳар иккала гуруҳда ҳам
артериал қон босимининг суткалик мониторин-
ги (АБСМ) ўтказилиб, олинган натижалар таҳлил
қилинди.

Натижаларнинг таҳлили. Тадқиқот гуруҳидаги
беморларнинг 30 тасида (53,6%) 1 даражали АГ, 19
тасида (33,9%) 2 даражали АГ ва 7 тасида (12,5%)
3 даражали АГ аниқланди. Назорат гуруҳида 17 та
(62,7%) 1 даражали АГ, 8 та (28,5%) 2 даражали
АГ ва 3 та (10,7%) 3 даражали АГ қайд қилинди.
Тадқиқот гуруҳида беморларнинг систолик қон
босими $165,7 \pm 52,3$ мм.с.м. уст.ни, диастолик қон
босими $97,6 \pm 27,4$ мм.с.м. уст.ни ташкил қилди. На-
зорат гуруҳида систолик ва диастолик қон босими
мос равишда $157,3 \pm 48,9$ ва $99,1 \pm 26,7$ мм.с.м. уст.ни
ташкил қилди. Асосий гуруҳда қонда УХ миқдори
($7,8 \pm 2,83$ ммоль/л)ни, триглицеридлар миқдори
($2,82 \pm 1,33$ ммоль/л)ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори
($5,4 \pm 2,13$ ммоль/л), ЗЮЛП миқдори ($0,94 \pm 0,28$ мг/
дл)ни ташкил қилди. Назорат гуруҳида УХ миқдори
($4,2 \pm 1,54$ ммоль/л)ни, триглицеридлар миқдори
($1,22 \pm 0,42$ ммоль/л)ни, шунингдек, ЗПЛП миқдори
($2,49 \pm 1,03$ ммоль/л), ЗЮЛП миқдори ($1,24 \pm 0,32$
мг/дл)ни ташкил қилди. Барча беморларда АБСМ
ўтказилди ва қон босимининг тунги пасайиш да-
ражасига кўра диппер (АБ тунги пасайиш даражаси
10–20%), нон-диппер (0–10%) овер-диппер ($\geq 20\%$)
ва найт-пикер ($\leq 0\%$) гуруҳларга ажратилди. Асо-
сий гуруҳда 27 (48,2%) беморда тунги пасайиш да-
ражаси 13,4% (диппер), 21 (37,5%) беморда тунги
пасайиш даражаси 8,8% (нон-диппер), 5 (8,9%) бе-
морда тунги пасайиш даражаси 21,7% (овер-дип-
пер), 3 (5,3%) беморда тунги пасайиш даражаси
5,3% (найт-пикер) эканлиги аниқланди. Назорат
гуруҳида 19 (67,8%) беморда тунги пасайиш да-
ражаси 16,4% (диппер), 6 (21,4%) беморда тунги па-
сайиш даражаси 7,9% (нон-диппер), 2 (7,1%) бемор-
да тунги пасайиш даражаси 23,6% (овер-диппер),
1 (3,6%) беморда тунги пасайиш даражаси 3,2%
(найт-пикер) экани қайд этилди.

Хулоса. Эссенциал артериал гипертония ташхи-
си қўйилган, қонда дислипидемия аниқланган па-
циентларда артериал босимнинг тунги пасайиш да-
ражаси липидлар алмашинуvinинг бузилиши қайд
этилмаган гипертоникларга нисбатан сезиларли
камлиги аниқланди. Тадқиқотлар натижалари асо-
сида айтиш мумкинки, дислипидемия АГ кечиши ва
унинг коррекциясига сезиларли даражада салбий
таъсир кўрсатади.

MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN GASTRODUODENAL COMPLICATIONS IN SEVERE BURNED PATIENTS

Fayazov A.D., A.I. Akhmedov

**Republican Scientific Center for
Emergency Medical Care,**

**Samarkand State Medical University,
Republic of Uzbekistan**

For effective tissue regeneration, improved blood
supply is required. Angiogenesis is triggered by vascu-
lar endothelial growth factor (VEGF), which influences
the emergence and survival of immature blood vessels
by stimulating the growth and proliferation of vascular
endothelial cells.

Objective: to investigate changes in serum concen-
trations of vascular endothelial growth factor in pa-
tients with thermal injury complicated by gastroduode-
nal bleeding, depending on H. pylori infection.

Materials and research methods. We studied 28
patients who were treated in the burn department of
the Samarkand City Medical Association in the period
2021-2022. As a comparative (1st) group, we included
21 volunteers aged 20-46; the main (2nd) group con-
sisted of 28 patients with burns who received inpatient
treatment.

In the 2nd group of patients, acute pathology of the
gastrointestinal tract was complicated. All patients with
esophagogastroduodenoscopy (EFGDS) underwent
sampling during targeted biopsy and delivered to the
pathohistological and microbiological laboratories for
further study.

Enzyme immunoassay of centrifuged blood serum
was used to study the amount of vascular endothelial
growth factor using the test system of CJSC Vector-Best
(Russia).

Results and discussion. 66.7% of patients com-
plained of vomiting with blood. Bloating and rumbling
in the abdomen was observed in 40%, complaints of
weakness – 100% and dizziness – 96.7%. Black stools
were observed in 70% of patients.

With EFGDS, an ulcerative defect in the stomach
was determined in 30%, in the duodenum – in 70% of
cases. Microscopy of smears-imprints of biopsy speci-
mens showed similar results in the detection of *Helico-*
bacter pylori.

In patients of the 2nd group, the serum level of VEGF
averaged 364.8 ± 12.8 pg/ml, exceeding the values of
healthy volunteers of the 1st group by 1.4 times and de-
pendent on the localization of the ulcer: in gastric ulcer –
 $394, 2 \pm 11.4$ pg/ml, with duodenal ulcer – 332.2 ± 12.1
pg/ml. In patients with gastroduodenal bleeding, VEGF
was 462.4 ± 13.2 pg/ml.

It is noteworthy that there are statistical differen-
ces in the level of VEGF in uninfected and infected with
Helicobacter pylori, both sick and healthy individuals,

which indicates the pathogenetic role of this fact in the induction of the inflammatory process and angiogenesis. The observed relationship between the level of VEGF in blood serum can be explained by the activation of cytokine production under conditions of tissue hypoxia, interpreted as a mechanism aimed at restoring the microcirculatory bed, contributing to the improvement of reparative processes in the mucosa and accelerating the epithelization of ulcerative defects in patients.

At the same time, a significant increase in VEGF, especially against the background of atrophy, mucosal defect and *Helicobacter*, can accelerate the processes of neoangiogenesis.

Conclusions. In severe burn injury, gastroduodenal complications develop, accompanied by significant endothelial dysfunction. Especially in patients with gastroduodenal bleeding, the amount of vascular endothelial growth factor depends on the location of the ulcer, the severity of bleeding and infection with *H. pylori*, thus showing its diagnostic value. It can be assumed that this pattern is complex and, in particular, may depend on the degree of compensation or decompensation of the functional capabilities of the endothelium, as well as other factors, which may serve as an object of future research.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (БЕЗ СЕГМЕНТА ST) У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

*Д.К. Хайдаров, С.Н. Абибуллаев,
Ш.К. Мансуров*

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Изучена частота возникновения острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST у больных сахарным диабетом II типа и его прогностические факторы риска.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 человек с ОКС и диабетом. Пациенты наблюдались в течение года в больнице и за ее пределами. С целью оценки клинической картины заболевания больным проводят расширенное обследование, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭХо-КГ), селективную коронарографию и лабораторные исследования (креатининфосфокиназа, фракция СРБ, сердечные тропонины Т и I, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ)). Также определяли креатинин, фибриноген, уровень холестерина, гемоглобина, сахара в крови. Из них у 11 пациентов были выявлены факторы риска (9 мужчин (76,6%), 3 женщины (23,4%)). Учитывались следующие группы параметров, которые могут указывать на фактор риска:

- данные анамнеза;
- клинические симптомы;
- гемодинамические показатели.

Результаты и обсуждение. Прогностические факторы риска острого коронарного синдрома у больных сахарным диабетом:

- сахарный диабет II типа;
- депрессия сегмента ST на электрокардиографии более 0,5 мм (ОШ 5,16; 95%);
- семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний;
- уровень сердечного тропонина Т более 0,1 нг/мл (ОШ 3,97; 95%);
- увеличение других признаков поражения миокарда (КФК-МВ) (ОШ 4,34; 95%);
- инфаркт миокарда (5,68; 95%);
- повышенный уровень фибриногена (3,64; 95%).

В основе диабета II типа преимущественно лежит нарушение углеводного обмена, которое характеризуется снижением чувствительности тканей. Одно из осложнений сахарного диабета оказывает наибольшее негативное воздействие на коронарные артерии. Это может привести к смерти. Другим важным фактором риска является депрессия сегмента ST до 0,5 мм с безболезненным проявлением ишемии миокарда. Исследования показывают, что некроз миокарда является безболевым течением ишемической болезни сердца у больных с острым коронарным синдромом.

Зависимость сердечно-сосудистых заболеваний от наследственности и предрасположенности к ангиопатиям отражена в исследованиях наших современных авторов. Несомненно, диабет повреждает эндотелий коронарных артерий и других артерий. Различные исследования показали, что дисфункция сахарного диабета приводит к недостаточному синтезу тканевого активатора плазминогена и оксида азота (NO) в сосудистом эндотелии и вазодилататоров. При концентрации этих вазодилататоров происходит статистически значимое повышение уровня вазоконстрикторов и вазодилататоров прокоагулянтов, что приводит к повышенному образованию тромбов. Повышение уровня фибриногена в крови может послужить возникновению острого коронарного синдрома.

Выводы. При развитии острого коронарного синдрома (без сегмента ST) для больных сахарным диабетом с семейным анамнезом, увеличением сердечного выброса, повышением уровня тропонина и фибриногена требуется высокий уровень терапевтической тактики для предотвращения повреждения слоя миокарда.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИ-ДОСТУПОВ

Х.Г. Халикулов, Р.Р. Ярбеков, У.Б. Ахмедов, Ф.Х. Кенжаев, Д.Ф. Хидиров, Х.А. Мирзаев

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

Цель работы. Оценка сравнительных результатов реваскуляризации миокарда на работающем сердце пациентов ИБС, которым проведена операции из мини-доступов (министернотомия и миниторакотомия).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 56 больных ИБС, относящихся к категории риска, которые находились в отделении хирургии ИБС и её осложнений ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» за 2015–2019 годы. 35 пациентам (1 группа) выполнены операции коронарного шунтирования через правостороннюю миниторактомию на работающем сердце, и в 21 случаях (2 группа) операция выполнялась из нижней частичной стернотомии на работающем сердце.

В обеих группах преобладали пациенты мужского пола (более 80%). Возраст колебался от 55 до 75 лет, средний возраст составил 63,2 ± 2,1 года по обеим группам. Все пациенты имели длительный ишемический анамнез, перенесли один или несколько инфарктов миокарда. Большинство пациентов обеих групп имели стенокардию II–IV функциональных классов, наличие нестабильной стенокардии превалировало у больных второй группы (66% случаев). 69% пациентов первой группы и 71% пациентов второй группы страдали сахарным диабетом II типа. Среднее значение Euroscore составило в среднем 2,75 в обеих группах, что показывает отношение пациентов к категории повышенного риска оперативного вмешательства. Всем пациентам на дооперационном периоде проводились сбор данных анамнеза и жалоб больных, обследования: электрокардиограмма, ЭхоКГ, селективная коронарография, МСКТ грудной клетки. Данные электрокардиографии в покое обеих групп показали, что синусовый ритм был у 30 (96,3%) и у 20 (95,2) больных был выявлен синусовый ритм. У 5 (3,7%) больных первой группы имело место нарушение ритма в виде мерцательной аритмии. Постинфарктный кардиосклероз, определявшийся на ЭКГ по наличию зубцов Q или QS, обнаружили у 64,4% пациентов первой группы и у 76,2% второй группы. ЭхоКГ до операции в первой группе выглядела следующим образом: средний КДО ЛЖ – 175,5±48 мл, средняя ФВ ЛЖ – 45,8±5,1%. У 8 пациентов выявлена аневризма левого желудочка. По данным перфузи-

онной сцинтиграфии, у всех больных обнаружены дефекты перфузии миокарда различной степени выраженности, в среднем дефект перфузии составил 41%±9,6.

Результаты. Среднее число шунтов составило 2,8 и 1,5 на одного пациента в обеих группах соответственно. Наиболее полное шунтирование выполнялось в группе с миниторактомией. Непосредственно в послеоперационном периоде периперационный ОИМ в обеих группах не наблюдался. Средний период нахождения в отделении интенсивной терапии в 1 группе составляет 12 часов, во 2 группе – 11 часов. В инотропной поддержке нуждались 62,5% больных первой группы и 24,6% больных второй группы. Неврологические осложнения наблюдались только в 1-й группе у 2,8% больных. Госпитальной летальности не наблюдалось в обеих группах.

Выводы. Реваскуляризация миокарда на работающем сердце больных ИБС из мини-доступов позволяет: избежать осложнений, связанных с системной провоспалительной реакцией организма инфекции грудины и медиастинита, уменьшить срок длительности операции и реабилитации больных. Операции, выполненные миниторактомией являются более предпочтительными из возможности проведения более полной реваскуляризации миокарда.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ МОБИЛИЗАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ЛОСКУТНЫМ И СКЕЛЕТИРОВАННЫМ МЕТОДАМИ

Х.Г. Халикулов, А.А. Мансуров, Р.Р. Ярбеков, У.Б. Ахмедов, С.С. Муртазаев, А.Э. Хайдаров, Д.Ф. Хидиров, Х.А. Мирзаев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Узбекистан

Цель исследования. Оценка сравнительных результатов коронарного шунтирования с использованием скелетированного и лоскутного маммарного кондуитов.

Материал и методы. В период с 2018 г. по июнь 2020 г. нами выполнены 700 операций аортокоронарного 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 $53,5 \pm 6,7$ лет. Во второй группе из 74 больных были женского пола и 36 мужчин, возраст колебался от 51 до 69 лет, средняя величина составила $56,3 \pm 3,6$. 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. Также 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, по сравнению с 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 периперационного 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 2 больных – открытое ведение послеоперационной раны, данные больные входили в контрольную группу наблюдения. У больных, кото-

рым производилась мобилизация ЛВГА скелетированием, таких осложнений не наблюдалось.

Выводы. Использование скелетизированной ЛВГА позволяет визуально оценивать кровоток по артерии, более тщательно обрабатывать все приотки, что снижает риск кровотечения и приводит к уменьшению отделяемого из дренажей. Сохранение близлежащих тканей и сосудов при мобилизации ВГА способствует быстрому заживлению послеоперационной раны и предотвращению осложнений.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Б.Б. Хамрашаев, Ж.Х. Ахроров

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Изучение параметров суточного профиля АД по данным суточного мониторирования артериального давления.

Материалы и методы исследования. Изучение параметров суточного профиля АД проводилось у 150 больных АГ 3 степени, в том числе 51 больного резистентной артериальной гипертензией (РАГ), и в контрольной группе в составе 30 практических здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Суточный профиль у больных АГ оценивали с помощью суточного мониторирования АД на аппарате Contec ABPM 50 (Китай). Измерения АД проводились аппаратом в дневные часы каждые 30 минут, в ночные – каждые 60 минут. Начиналось исследование в 9 ч утра.

Результаты. Данные САД в группе больных АГ 3 степени ($n=99$) и в группе больных РАГ ($n=51$) значительно не отличались, при этом средние значения САД и ДАД в дневные и ночные часы значительно были выше у больных РАГ, по сравнению с контрольной группой. Вариабельность САД днем была выше должных величин.

Обращает на себя внимание значительное увеличение скорости утреннего подъема САД и ДАД, что является неблагоприятным прогностическим признаком сердечно-сосудистых катастроф. Среди больных РАГ была выделена группа больных высокого риска с АД 180/90 мм рт. ст. – 15 больных (29,4%). Среднее САД в дневные часы составило $187 \pm 0,19$ мм рт. ст., ДАД – $109,8 \pm 4,5$ мм рт. ст., средние значения САД в ночное время – $172,3 \pm 3,77$ мм рт. ст., ДАД – $99,07 \pm 5,2$ мм рт. ст. Изучение суточного профиля АД проводили в группе больных РАГ, предварительно выделив пациентов с избыточным весом. Эту группу составили 20 человек (39,2%). Были выявлены значимые результаты в группах сравнения между больными РАГ с метаболическим синдромом (МС) и без МС: были обнаружены значи-

мые различия вариабельности САД ночью и величины утреннего подъема САД у больных МС.

Заключение. Еще одним неблагоприятным признаком является то, что в группе больных РАГ выявлено 64,7% (33 пациента) нон-дипперов, т.е. у этой категории больных отсутствует ночное снижение АД, следовательно, они имеют высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Больные с абдоминальным ожирением, по данным СМАД, отличаются более высокими показателями ДАД за сутки и в дневной период, нагрузкой по САД в ночной период.

АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Б.Б. Хамрашаев, Ж.Х. Ахроров

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Гуморальные сдвиги при острой ишемии мозга приводят к изменениям адренергического аппарата и усилению перекисного окисления липидов мембран кардиомиоцитов, что может провоцировать нарушение сердечного ритма.

Цель работы. Изучить характер желудочковых аритмий при ишемическом инсульте в зависимости от тяжести и локализации очага, гипертрофии миокарда левого желудочка и продолжительности интервала QT.

Материал и методы. В основную группу (ОГ) включено 108 больных артериальной гипертензией (АГ) и ишемическим инсультом в острейшем периоде, их них 50,9% мужчин и 41,1% женщин (средний возраст – $61,6 \pm 1,1$ года). Группу контроля (ГК) составили 78 больных АГ без инсульта: мужчин – 50%, женщин – 50% (средний возраст – $58,2 \pm 1,2$ года). ОГ и ГК были сопоставимы по возрасту, тяжести АГ и сопутствующим заболеваниям. Холтеровское мониторирование проводилось с использованием системы «EDAN SE-2012» (Китай) в течение 24 часов на 2–3 сутки от развития инсульта. Желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) оценивали по классификации P. Lown и M. Wolf. За удлинение интервала QTc принимали значения более 440 мс продолжительностью эпизода не менее 20 сек. Оценивали суммарную продолжительность эпизодов удлиненного QTc за сутки. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) определяли при ЭхоКГ по формуле Devereux R.B. Рассчитывали индекс ММЛЖ (ИММЛЖ).

Результаты. ЖЭ высоких градаций встречались в ОГ и ГК примерно одинаково часто – в 63,0 и 62,9% случаев, однако некоторые градации ЖЭ в ОГ встречались чаще: 3 и более морфологий – в 1,8 раза ($P < 0,05$) (25,9 против 14,1%), ранние – в 1,8 раза ($P < 0,02$) (34,3 против 19,2%). Прослеживалась тенденция к увеличению распространенности ко-

ротких эпизодов желудочковой тахикардии (в 10,2 случая против 2,6%) ($P < 0,1$). Количество ЖЭ в ОГ составило $435,5 \pm 180,3$, что было в 2,2 раза больше, чем в ГК. Максимальное количество ЖЭ в час составило $43,6 \pm 16,5$, что в 2,0 раза превышало таковые в ГК. Среднее количество всех ЖЭ высоких градаций было больше: число морфологий, типа бигеминии, парные – соответственно в 1,1; 7,8 и 5,1 раза. Однако достоверно превышало только количество ранних ЖЭ – в 21,79 раза ($P < 0,05$). Отмечались тенденции увеличения количества и продолжительности эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии в ОГ соответственно в 8,1 ($P < 0,1$) и 7,14 ($P < 0,1$) раза. При легком инсульте увеличения ЖЭ не было. При средней тяжести и тяжелом их количество увеличивалось с увеличением тяжести инсульта. Существенного влияния локализации очага инсульта на количество ЖЭ не выявлено. Отмечена связь количества ЖЭ высоких градаций с тяжестью инсульта ($r = 0,251$; $P < 0,01$), возрастом ($r = 0,323$; $P < 0,001$) и ИММЛЖ ($r = 0,396$; $P < 0,02$). Количество ЖЭ за сутки, максимально за час, типа бигеминии и ранних экстрасистол коррелировало с суммарной продолжительностью эпизодов удлиненного интервала QTc соответственно ($r = 0,442$; $P < 0,001$), ($r = 0,523$; $P < 0,001$), ($r = 0,339$; $P < 0,001$) и ($r = 0,579$; $P < 0,001$).

Заключение. Острейший период ишемического инсульта ассоциируется с увеличением желудочковых аритмий высоких градаций. Основными предикторами желудочковых аритмий являются тяжесть инсульта, удлиненный интервал QT, возраст и гипертрофия миокарда левого желудочка.

ASSESSMENT OF MARKERS OF IMMUNE INFLAMMATION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT A YOUNG AGE

*Khasanjanova F.O., Nizamov H.S., Pulatov S.S.,
Abdulkhalikov A.A., Istamova S.S.*

**Samarkand regional branch of the Republican
Specialized Scientific and Practical Medical
Center of Cardiology,
Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan**

The trigger mechanism of acute coronary syndrome (ACS) is a violation of the integrity of the atherosclerotic plaque with subsequent thrombosis. In recent years, much attention has been paid to studying the role of cytokines in the mechanism of development of immunoinflammatory reactions in patients with ACS.

The purpose of the work. Assessment of the level of markers of immune inflammation of proinflammatory (TNF- α and IL-6) and anti-inflammatory (IL-10) cytokines in patients with ACS.

Material and methods. The study examined 63 patients with ACS from the moment of the onset of a pain

attack to the first day. The patients were divided into 3 groups, taking into account the diagnosis: 1 – patients with ACS with elevation (elevation) of the ST segment; 2 – patients with ACS without elevation (elevation) of the ST segment; 3 – practically healthy people.

To determine the cytokine status in peripheral venous blood, the concentration of proinflammatory cytokines – interleukin-6 and tumor necrosis factor (α -TNF; TNF- α), as well as the anti-inflammatory cytokine interleukin-10 was studied. The content of cytokines in blood serum was determined by solid-phase enzyme immunoassay using the test systems of Cytokine LLC (St. Petersburg, Russia) on the Human enzyme immunoassay analyzer (Germany).

The results of the study. The dynamics of inflammation markers in ACS and in control was presented as follows. The highest levels of the proinflammatory marker IL-6 were observed in group 1; in group 2, the initial level of IL-6 also differed from the indicators of the control group (IL-6: in the group of patients with STEMI 114.8 ± 5.6 pg/ml, in the group of patients with STEMI 98.6 ± 3.7 pg/ml, $p < 0.001$, in the control group – 27.9 ± 2.5 pg/ml). The greatest increase in IL-6 secretion makes it possible to attribute this cytokine to one of the main pathogenetic links in the development of ACS. In our study, an imbalance of proinflammatory drugs prevailed in patients TNF- α cytokines (54.8%; $p < 0.01$). In the group of patients with STEMI, TNF- α hyperproduction was 79.2 ± 2.5 pg/ml, which is 2.9 times higher than in the control group. In patients with STEMI, TNF- α indices amounted to 46.8 ± 1.6 pg/ml, which is 1.7 times higher than in the control group. The level of IL-10 indicators was variable, which is probably due to a different immunological response to the inflammatory process in the vascular endothelium of ACS patients. It was found that in patients with STEMI IL-10 was increased compared to those patients and amounted to 40.5 ± 1.7 pmk/ml, in patients with STEMI group the indicator was 67.3 ± 2.1 pg/ml, respectively 2.96 and 4.9 times higher than in healthy individuals. It is believed that an increase in the concentration of IL-10 is compensatory in nature, counterregulatory in relation to proinflammatory cytokines. In this case, IL-10 acts as a factor stabilizing the course of the disease. There is an assumption that IL-10 exhibits proinflammatory activity in the vessel bed.

Conclusion. Thus, the destabilization of the course of coronary heart disease and the development of ACS are characterized by activation of immunoinflammatory reactions with overexpression of proinflammatory cytokines, which develop against the background of inhibition of the activity of the anti-inflammatory cytokine IL-10.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕЙРОПАТИЯХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Н.А. Ходжаева, Н.С. Алиева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Исследование вегетативных функций у пациентов НЛН с сахарным диабетом показало наличие у каждого из них как локальных и генерализованных, так и перманентных, пароксизмальных вегетативных расстройств. У большинства больных НЛН вегетативные нарушения (ВН) порой являются одними из основных жалоб, требующих особого внимания и коррекции. Локальные ВН (слезоотделительные и слюноотделительные функции) – это наиболее значимые симптомы, необходимые явления для дифференцировки стволового уровня поражения ЛН от туннельного синдрома.

Цель исследования. Изучить вегетативные расстройства при нейропатии лицевого нерва с сахарным диабетом в зависимости от клинического течения и этиопатогенеза.

Материалы и методы исследования. При анализе проявлений ВН при НЛН с сахарным диабетом нами были учтены следующие моменты:

Особенности расстройств локальных вегетативных функций ЛН, таких как слезовыделительная и слюноотделительная функции, их динамика.

Корреляция ВН со степенью тяжести поражения и этиопатогенетического варианта поражения ЛН.

Анализ ВН при НЛН с учетом возраста, сопутствующих заболеваний, а также полового диморфизма для выявления факторов развития ВН.

В целях анализа ВН при НЛН нами были исследованы следующие вегетативные функции:

Вегетативный тонус (ВТ) исследовался по шкале Гийома-Вейна.

Вегетативная реакция (ВР) исследовалась с применением пробы Даньини-Ашнера.

Результаты исследования. Керофтальмия – синдром, наиболее опасный в плане осложнений и прогноза в восстановительном периоде НЛН, имела место у 14 (15%) пациентов. Но на фоне проводимой противоотечной терапии у основной части пациентов этот синдром дал хороший регресс уже с первых 3 суток заболевания и сменялся слезотечением.

Слезотечение, как следствие слабости круговой мышцы глаз, больше всего проявлялось у пациентов 1 группы (85%) и меньше всего – в 3 группе. В 3 группе пациентов слезотечение особо не беспокоило пациентов и имело хороший регресс по мере восстановления ЛН с сахарным диабетом уже с первых дней лечения.

Сухость во рту – симптом, имеющий транзиторный характер, наблюдался у большинства паци-

ентов НЛН, больше всего у больных 1 группы. Как известно, регресс симптоматики обусловлен компенсацией дефицита слюны другими железами, открывающимися в ротовую полость.

Заключение. Наличие явных тенденций к определенным вегетативным сдвигам в зависимости от тяжести течения НЛН с сахарным диабетом и возраста пациентов указывает на значение патогенетических различных вегетативных расстройств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЯНТАСОЛА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Н.А. Ходжаева, Д.Ю. Каримова

Бухарский филиал РНЦЭМП

Ишемический инсульт (ИИ) является ведущей причиной летальности и инвалидизации, что делает его не только клинической, но и социальной проблемой и требует разработки максимально эффективных методов лечения. Эффективным направлением лечения больных ИИ является комплексная цитопротективная терапия. Одним из эффективным оригинальным, антиоксидантным энергокорректором является янтасол. Янтасол представляет собой комплекс янтарной кислоты. За счёт комплексного действия своих компонентов, являющихся коферментами анаэробного и аэробного гликолиза, препарат повышает синтез АТФ, предотвращая прогрессирование метаболического и окислительного дисбаланса, вызванного ишемией.

Цель исследования. Определение оптимальной длительности разных видов энергокорректирующей терапии у больных ишемическим инсультом (ИИ).

Материалы и методы. Проведено исследование с включением 85 больных, 45 (50,8%) мужчин и 40 (49,2%) женщин в возрасте 40–75 лет с ИИ. Наиболее часто ИИ локализовался в бассейне левой средней мозговой артерии (65 человек – 75,1%). У 30 (16,2%) пациентов ИИ был повторным. Больные были разделены на 2 группы. 1 группа (30 больных) получала стандартную терапию с аскорбиновой кислотой. Во 2 группу вошли 55 больных, получавших янтасол по 200,0 мл в/в капельно 1 раз в день. Оценка состояния пациентов проводилась в 1-е, 10-е, 20-е сутки и включала клинический и неврологический осмотр, КТ/МРТ, общий и биохимический анализы крови, коагулограмму, набор шкал для оценки психологического статуса, социальной адаптации и мобильности пациентов (шкала NIHSS, функциональный индекс Бартела).

Результаты. Отмечено положительное влияние янтасола на клиническую морфологическую картину ИИ. К 20-м суткам объём ИИ в группе сравнения

не изменился, в то время как во 2-й группе он значительно регрессировал в среднем на 25,2%. Положительная динамика объёма очага ИИ коррелировала с положительной динамикой неврологического статуса. Так, к 20-м суткам исследования регресс неврологической симптоматики по NIHSS составил в среднем 4 балла в группе сравнения, 7 баллов во 2-й группе, что демонстрирует достоверное позитивное влияние янтасола. Важно отметить, что нежелательных явлений при назначении янтасола выявлено не было.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости персонализированного лечения с отбором пациентов для назначения более длительных курсов комплексной энергокорригирующей терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КСАВРОНА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н.А. Ходжаева

Бухарский филиал РНЦЭМП

Заболевания головного мозга сосудистого характера являются одной из актуальных медицинских и социальных проблем и наносят значимый ущерб экономике, учитывая расходы на лечение и медицинскую реабилитацию. Инсульт занимает 2-е место в структуре общей смертности населения и является основной причиной стойкой утраты трудоспособности. 20–30% больных, перенесших инсульт, становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в посторонней помощи. На сегодняшний день актуальным направлением в поиске эффективных способов лечения в остром периоде инсульта является разработка новых способов эффективной и безопасной реперфузии, а также надежной защиты нейронов от повреждения до и после проведения подобной терапии. Не менее важным направлением лечения инсульта является нейропротективная терапия.

К нейропротекторам такого действия относится препарат «Ксаврон» раствор для внутривенного введения 30 мг/20 мл.

Целью настоящего исследования являлось изучить нейроцитопротективную эффективность и переносимость препарата «Ксаврон» – раствор для внутривенного введения 30 мг/20 мл производства в качестве ноотропного средства.

Методы исследования. Отбор больных производился из пациентов, поступивших на стационарное лечение. В группе, получавшей исследуемый препарат, было 30 пациентов; получавших препарат сравнения – 30 человек. Обе группы были рандомизированы по возрасту, полу, диагнозу и тяжести заболевания. Больные основной группы

(30 человек) получали препарат «Ксаврон» раствор для инъекций 30 мг/20 мл на физиологическом растворе (натрий хлорид 0,9% – 200 мл) внутривенно, капельно, 1 раз в день в течение 10 дней на фоне базисной терапии.

Результаты исследований эффективности.

По динамике изменения некоторых клинических симптомов видны ярко выраженные, достоверные улучшения показателей. Улучшения в обеих группах протекали почти синхронно и одинаково. Сопоставляя степень выраженности изменений в динамике, проведя соответствующий анализ достоверности в индивидуальном порядке, было принято, что в целом в группе, принимавшей препарат «Ксаврон», эффективность составила в среднем 2,6 балла по объективным и специфическим показателям.

Выводы. Проведенные клинические испытания показали высокий ноотропный эффект препарата «Ксаврон» раствор для внутривенного введения 30 мг/20 мл.

«Ксаврон» раствор для внутривенного введения 30 мг/20 мл может быть рекомендован для широкого клинического применения в лечении больных острым ишемическим инсультом в качестве нейропротективной терапии, направленной на скорейшее восстановление двигательной, речевой и когнитивных нарушениях при инсультах.

АНАЛИЗ ЛОКАЛИЗАЦИИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*З.Б. Холмуродова, Ж.И. Собиров,
А.Э. Расулов, У.И. Азизов*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Клиника АВМ мозга характеризуется полиморфизмом неврологических проявлений и наличием разнообразных осложнений. Внедрение новых технологий в практическую медицину на порядок повысило диагностику АВМ мозга, а также показало наличие особенностей неврологической клиникой.

Цель исследования. Путем ретроспективного анализа клинико-патогенетической семиологии АВМ головного мозга разработать наиболее оптимальные подходы к консервативной терапии проявлений АВМ. *Задачи исследования:* произвести детальный ретроспективный и проспективный анализ клинических случаев заболевания АВМ головного мозга. Изучить семиологию заболевания и ее динамику.

Материалы и методы исследования. За период 2021–2022 годов в Джизакском филиале РНЦЭМП, в отделениях неврологии, реанимации и нейрохирургии, оказана медицинская помощь 87 пациентам с АВМ мозга. Из них пациентов мужского

пола было 56, женского – 31. Средний возраст больных у мужчин составил $28,9 \pm 6,8$ года, а у женщин – $32,7 \pm 3,2$ года. АВМ правополушарной локализации имела место в 29 случаях, а в 58 случаях выявлена левополушарная локализация АВМ. Все больные были доставлены в клинику по признакам экстренного неврологического состояния.

Результаты исследования. Как видно из таблицы, превалировала левосторонняя полушарная латерализация АВМ в соотношении 1/3, которая чаще проявлялась у лиц мужского пола по сравнению с женским (35 и 12 случаях соответственно). Такого четкого межполушарного превалирования не наблюдается при расположении АВМ в правом полушарии у лиц мужского и женского пола. В совокупности у лиц мужского пола АВМ в два раза чаще имела левополушарную локализацию, чем справа.

Особый интерес представляет анализ возраста больных в разрезе с их полом и латерализацией АВМ. Так, при левополушарной локализации АВМ возраст больных мужского пола был на 11 лет старше по сравнению с лицами мужского пола, но с правополушарной локализацией ($31,8 \pm 9,9$ и 20 ± 14 лет соответственно). Тогда как среди лиц женского пола, в отличие от возраста, в зависимости от полушарной латерализации АВМ составила всего 2 года ($29,3 \pm 8,6$ и $31,4 \pm 10$ лет соответственно).

При изучении размеров и латерализации АВМ, в разрезе с полом больных, были получены следующие результаты: часто выявлялись АВМ мелких (45,9%) и средних размеров (46,8%), что в совокупности составляло основную часть (92,7%) больных. Тогда как гигантские в размере АВМ наблюдались реже всего и были выявлены в 8,3%, и они распространялась равномерно как среди лиц мужского, так и женского пола с одинаковой частотой. В 75% гигантские АВМ располагались в левом полушарии головного мозга.

АВМ мелких размеров выявлены в 46%, и они также в два раза чаще располагались в левом полушарии головного мозга. Гендерные особенности в структуре АВМ мелких размеров проявлялись четким преобладанием левополушарной локализации у лиц мужского пола, тогда как среди лиц женского пола АВМ мелких размеров имели равное межполушарное распространение.

Как видно из той же таблицы, чаще всего нами были выявлены АВМ больших размеров (47%), которые в два раза чаще выявлялись у лиц мужского пола, по сравнению с женским.

Клиническая семиология в зависимости от латерализации в разрезе с гендерными особенностями пациентов также имели особенности. Например, эпилептический синдром, как в виде парциального припадка со вторичной генерализацией, достоверно чаще наблюдался при локализации АВМ в левом полушарии. В картине эпилептического припад-

ка преобладали парциальные судорожные тонические, и в единичных случаях – бессудорожные, псевдоабсансные припадки. Частота припадков колебалась от 1–2 случаев в месяц до единичных припадков в течение года. Припадки повторялись и на фоне приема пациентами противоэпилептических препаратов.

Синдром цефалгии до кровоизлияния проявлялся у основной части больных (80%) и носил реже тригеминальный характер. В отличие от мигрени, приступы головных болей при АВМ головного мозга не сопровождались характерными фазами как при мигрени и имели строгую локальность без латерализации гемикрании.

К наиболее тяжелым клиническим проявлениям АВМ можно отнести судорожный синдром, сочетанный кровоизлиянием в головной мозг. Количество больных с таким сочетанием симптомов составило всего 5 случаев, и 4 из них имели АВМ левополушарной локализации.

Заключение. Учитывая вышеизложенное, можно сделать заключение:

В большинстве случаев АВМ располагаются в левой каротидной системе, преимущественно в сосудах СМА, ПМА.

В структуре заболеваемости преобладают АВМ мелких и больших размеров с левополушарной латерализацией.

Эпилептический синдром чаще отмечается у мужчин, особенно с левополушарной локализацией АВМ. Эпилептический синдром носит парциальный характер, со вторичной генерализацией, реже – псевдоабсансный пароксизм.

**TURLI PSIXOEMOTSIONAL FONGA EGA
BO'LGAN ARTERIAL GIPERTONIYA BILAN
OG'RIGAN BEMORLARDA NEBIVOLOL
BILAN ANTIGIPERTENZIV TERAPIYANING
SAMARADORLIGI**

*Xudoyberdiyev.S.S., Soatmurodov SH.N.,
Raxmatov N.K., Amirov R.K.*

RSHTYIM Sirdaryo viloyati filiali

Tanishuv. Ilmiy tadqiqotlarda yurak-qon tomir kasalliklari, xususan arterial gipertoniya (AG) kursi va prognoziga tashviqot va depressiya ta'siriga ko'p e'tibor qaratilmoqda. Kundalik AB monitoringi amaliy kardiologiyada arterial gipertoniya bilan og'rigan bemorlarda qon bosimi darajasini tunda va erta tongda nazorat qilishning yagona yo'li hisoblanadi. Statistika ko'ra, yurak-qon tomir falajlari eng ko'p kuzatiladi.

Maqsad. Normal psixoemotsional fon va subklinik depressiyaga ega bo'lgan gipertoniya bilan og'rigan ayollarda nebivolol terapiya fonida AD parametrlari dinamikasini o'rganish.

Material va usullar. Ilgari muntazam antigipertenziv terapiya olmagan bemorlarning ikki guruhi tekshirildi: 1 – 15-ayollar guruhi, II bosqich gipertoniyasi bo'lgan bemorlar, o'rtacha yoshi $45 \pm 4 \pm 1,7$ ni tashkil etadi, normal PEF, 2 – 14-guruh ayollar, II bosqich gipertoniyasi bo'lgan bemorlar, $46,7 \pm 1,3$ yoshni anglatadi, subklinik depressiya bilan.

Natijalar. Davolash boshlanishidan oldin har ikki guruhda kun davomida yuqori qon bosimi yuklamasi ko'rsatkichlari sezilarli darajada farq qilmagan. Normal yozuv-emotsional fonga ega bo'lgan gipertoniya bilan og'rigan ayollar guruhida kun davomida QB o'zgaruvchanligining oshishi 7,1% bemorlarda, 40% bemorlarda subklinik depressiyaga chalingan bemorlarda kuzatildi ($\chi^2=17.437$, $p=0.000$). Nebivolol terapiya fonida kun davomida yuqori QBga ega bo'lgan IV va IS ko'rsatkichlari ikkala guruhda ham kamaygan. Normal holatga ega bo'lgan gipertoniya kasalligiga chalingan bemorlar guruhida QB yuk ko'rsatkichlarining pastligi.

Xulosa. Terapiyadan oldin subklinik depressiyaga chalingan gipertoniya chalingan ayollarda QB o'zgaruvchanligi yuqori bo'lgan. Gipertoniya bilan og'rigan ayollarning ikkala guruhida ham nebivolol terapiya fonida yuqori qon bosimi pasayadi. Subklinik depressiya bilan og'rigan gipertoniya bemorlarda esa tunda AB ning kamayishi sezilarli darajada oshadi.

**BOSH MIYADA QON AYLANISHINING O'TKIR
BUZILISHLARI HAMDA BOSH MIYA HAJMLI
HOSILASI ANIQLANGAN BEMORLARDA HIQICHOQ
XURUJLARINI BARTARAF QILISH**

*Xudoyberdiyev S.S., Nurullayev N.N.,
Elmurodov M.K., Aripova M.A., Xudoyberdiyev A.A.,
Muxammadjonov O.A., Nishonov R.T.*

RSHTYIM Sirdaryo viloyati filiali

Tanishuv. Xirurgik reanimatsiya bo'limida 2023-yil hisobida jami 850 nafar bosh miyada qon aylanishining o'tkir buzilishlari, bosh miya hajmli hosilasi, bosh miya jarohati bilan bemorlar statsionar davo muolajalarini olgan. Ushbu bemorlarning 25 nafarida to'xtovsiz hiqichiq xurujlari kuzatilganligi sababli ularda bezovtalik, nafas yetishmovchiligi belgilari, IVL apparatiga desinxronizatsiya belgilari kuzatilgan.

Materiallar va usullar. Bemorlarda kuzatilgan hiqichiq xurujlarini bartaraf qilish maqsadida serukal, atropin ishlatilishiga qaramay ba'zi bemorlarda hiqichiq xuruji saqlanib qolgan, statsionar holatida neyroleptik (Sol. Droperidoli) ishlatilganda hiqichiq xurujlari to'xtagan.

Natijalar. Bemorlarga uy sharoitida hiqichiq xurujlarining oldini olish (bartaraf qilish) maqsadida nevropatolog ko'rsatmasiga ko'ra bemorga yashash hududida doimiy ishlatish qulay bo'lishi uchun Tab. Tizersin yoki Tab. Aminazin retsept asosida buyurildi. Yuqorida

ko'rsatilgan dori vositalari fonida bemorlarda hiqichiq xurujlari bartaraf etildi va bemorlarda turmush darajasi yaxshilandi.

Хулоса. Bizning yuqorida ko'rsatilgan holatlarda bosh miyada qon aylanishining o'tkir buzilishlari, bosh miya hajmli hosilasi, bosh miya jarohati bilan bemorlar statsionar sharoitda Sol. Droperidoli va ambulator sharoitda Tab. Tizersin yoki Tab. Aminazin qo'llanishi bemorlar sog'ayishida ijobiy natijalarga erishilmoqda.

**ТЕРАПЕВТИК РЕАНИМАЦИЯДАГИ ОҒИР
ҲОЛАТДА ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРДА
ИККИЛАМЧИ АСОРАТ СИФАТИДА
РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР БРОНХОПНЕВМОНИЯ,
АСПИРАЦИОН ПНЕВМОНИЯ, ГИПОСТАТИК
ПНЕВМОНИЯ, ЭНДОТРАХЕОБРОНХИТЛАРДА
БРОНХОСКОПИЯ ВА НЕБУЛАЙЗЕРТЕРАПИЯНИ
ҚЎЛЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ**

*Худойбердиев С.С., Нуруллаев Н.,
Арипова М., Арзикулова М.П.,
Мухаммаджонов О.А., Худойбердиев А.А.*

РШТЁИМ Сирдарё вилояти филиали

Муаммонинг долзарблиги: 2023 йил мобайнида РШТЁИМ СВФ терапевтик реанимация бўлимига қабул қилинган 56 нафар беморларда иккиламчи асорат сифатида ўткир бронхопневмония, аспирацион пневмония, гипостатик пневмония, эндотрахеобронхитлар ривожланган. Шулардан 12 нафари ўткир инфекцион пневмония, 45 нафари ЦВК бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишларида нафас етишмовчилиги фонида, 16 нафари бошқа касалликлар фонида нафас етишмовчилиги сабабли интубация (трахеостома) қилинган беморлар. Беморларнинг ўртача ёши 40–55 ни ташкил қилади.

Материал ва усуллари. Санацион бронхоскопия ва небулайзертерапия усули терапевтик реанимация бўлимида беморга ўтказиладиган консерватив даво билан биргаликда олиб борилди. Санацион бронхоскопия беморларда интубацион най ёки трахеостомик най орқали бемор ҳолатига кўра ҳар куни бир марта ёки кунора анъанавий усулни қўлланган ҳолда ўтказилди.

Небулайзер терапия беморларда интубацион най, трахеостомик най, юз маскеси орқали ҳар куни белгиланган соат бўйича махсус дори воситалари (декасан, антибиотиклар, берадуал, пулмакор, ГКСлар) ёрдамида ўтказилди.

Натижалар. Беморларда ривожланган бронхопневмония, эндотрахеобронхитлар динамикада беморнинг умумий фон касалликларининг кечувига мос ҳ биринчи ҳафталарда ижобий самара олинди. Баҳолаш клиник-объектив белгилар, рентгеноскопия, пульсоксиметрия, диагностик бронхоскопия усуллари билан олиб борилди. Беморда тана ҳароратининг тушиши, сатурация кўрсаткичлари

кўтарилиши, бўғам ажралиши кескин камайиши кузатилди. Беморларни давомли сунъий нафас олиш аппаратидан чиқаришга эришилди.

Хулоса. Ўткир инфекцион пневмония, аспирацион пневмония, гипостатик пневмония, эндотрахеобронхит ривожланган беморларга санацион бронхоскопия ва небулайзертерапия усули қўлланганда самара анъанавий консерватив усул қўллангандан тезроқ олиниши аниқланди.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИМОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ
СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ
НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

Н.З. Хушбаков, Ш.Б. Парманова

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Проблема лечения больных субарахноидальным кровоизлиянием (САК) нетравматической этиологии остаётся актуальной проблемой, что объясняется возрастающей распространенностью данной патологии, высокой инвалидизацией и смертностью. Как известно, САК нетравматического генеза часто сопровождается цереброваскулярным ангиоспазмом, который приводит к ишемии головного мозга со снижением церебрального перфузионного давления. В связи с этим поиск более эффективных методов лечения САК и поддержание достаточного перфузионного давления является актуальной проблемой.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения субарахноидальных кровоизлияний нетравматического генеза с применением препарата нимодипина.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных с САК нетравматического генеза в возрасте 25–62 лет, из них 12 мужчин и 8 женщин. Сроки госпитализации от момента заболевания – от 4 часов до 18 часов. Больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы. Основную группу составили 10 больных, у которых использовался препарат нимодипин. Контрольную группу составили 10 больных, у которых препарат нимодипин не использовался. Ко всем больным основной группы препарат нимодипин применяли с первого дня госпитализации, и его применение продолжалось в течение 12 дней. Состояние сознания определялось по шкале Глазго. В качестве критериев использовалось клиническое обследование больных, определяли церебральное перфузионное давление (ЦПД = АДср – ВЧД), проводили МСКТ головного мозга.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что у больных основной группы, которые получали препарат нимодипин, наблюдался регресс общемозговой и неврологической симптоматики на 3–4 дня раньше, чем контрольной.

По данным МСКТ головного мозга, положительная динамика в виде уменьшения отёка и интенсивности кровоизлияния отмечалась у всех больных основной группы. Положительная динамика обычно нарастала в течение 1 недели и устойчиво сохранялась. В контрольной группе при МСКТ, проведенной в аналогичные сроки, положительная динамика выявлена лишь у 3 больных.

Вывод. Включение препарата нимодипина в комплекс лечения субарахноидальных кровоизлияний нетравматического генеза способствует стабилизации церебрального перфузионного давления, уменьшает отёк головного мозга и купирует церебральный ангиоспазм, предотвращает ишемию головного мозга и сокращает время пребывания больного в отделении реанимации.

ВЛИЯНИЕ ТЕЛМИСАРТАНА НА ГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А.Т. Эрметов, Н.Б. Маматкулова, А.З. Кодиров

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Применение одного из современных блокаторов рецепторов ангиотензина телмисартана для лечения пациентов с артериальной гипертонией, метаболическим синдромом и с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Лечение телмисартаном позволяет эффективно контролировать артериальное давление, обеспечивает органопroteкцию на различных этапах сердечно-сосудистого континуума, снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от них. Наличие дополнительных свойств и плейотропной активности препарата определяет широкий спектр его применения в кардиологии.

Цель исследования. Сравнить эффективность применения телмисартана на гемодинамические показатели пожилого возраста с умеренной артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Включены 60 пациентов с артериальной гипертензией в возрасте от 61 до 80 лет, из них 30 (50,0%) мужчин, 30 (50,0%) женщин. В соответствии с протоколом исследования пациентам проводили физикальное обследование и измерение артериального давления. Биохимический анализ крови (печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, креатинин, мочевины и электролиты) проводился с помощью биохимического анализатора «DAYTONA» (Великобритания). Суточное мониторирование артериального давления проводилось с помощью монитора АД «TONOPORT V», версия прошивки. Антигипертензивный эффект препаратов оценивали по данным офисного мониторинга САД, ДА и СМАД через 2 и 4 недели. Суточное монитори-

рование артериального давления измеряли через 2 и 4 недели. Для оценки переносимости и безопасности препарата также измеряли частоту побочных эффектов и биохимические показатели крови. Телмисартан назначался в дозе 40 мг один раз в день утром. Продолжительность лечения составила 24 недели. Артериальное давление измеряли через 2–4 часа после приема препарата для оценки эффекта снижения артериального давления. Артериальное давление измеряли по методу Короткова в положении сидя три раза в день через 2–4 часа после приема препарата. Метод Короткова: три раза с интервалом в 3 минуты в положении сидя. Через 3–12–24 недель лечения, если через 4 недели антигипертензивный эффект оказывался недостаточным, дозу препарата увеличивали до 80 мг в сутки. Эхокардиографию проводили на аппарате Aloka SSD 630 (Япония), эхокардиография проводилась до и через 24 недели после лечения для измерения параметров центральной гемодинамики. Измерялись параметры центральной гемодинамики (ЧСС) и масса миокарда левого желудочка. У пациентов субъективно определяли переносимость препарата (наличие нежелательных эффектов) до и после лечения.

Результаты и обсуждение. Использование телмисартана в комплексном лечении пациентов с артериальной гипертензией высокого риска привело к снижению артериального давления до целевого уровня, повышению толерантности к физической нагрузке (ходьба на расстояние от 315,5 м до 410,2 м за 6 минут). 24 недели терапии на основе телмисартана показали значительное уменьшение гипертрофии левого желудочка (индекс массы миокарда ЛЖ уменьшился в среднем на 10,4%), общей продолжительности депрессии сегмента ST с $9,6 \pm 2,9$ до $2,7 \pm 1,5$ мм и глубина депрессии от $1,5 \pm 0,3$ мм до $0,3 \pm 0,09$ мм с тенденцией к уменьшению количества эпизодов депрессии сегмента ST, а также отсутствию значительного изменения частоты сердечных сокращений. После эндотелий-зависимой вазодилатационной терапии состояние 48 (80%) больных улучшилось, а 12 (20%) больных показали тенденцию к улучшению. Тесты с реактивной гиперемией, проведенные после 24 недель лечения, показали снижение линейной скорости кровотока в плечевой артерии в среднем на 18%.

Заключение. Телмисартан в дозах от 40 до 80 мг приводил к значительному регрессу ФВ ЛЖ и улучшению гемодинамики у пожилых пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Гемодинамически улучшающий эффект телмисартана позволяет избежать сердечно-сосудистых осложнений. Применение этого препарата у пожилых пациентов с легкой и умеренной артериальной гипертензией также открывает перспективы для использования этого препарата в долгосрочном лечении пожилых пациентов.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КЕТОАЦИДОЗОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА

*А.Т. Эрметов, М.М. Маматов,
Г.Т. Абдусаматова*

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Диабетический кетоацидоз (ДКА) развивается у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа и менее распространен у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Он развивается, когда уровень инсулина недостаточен для удовлетворения основных метаболических потребностей организма. У меньшей части больных сахарным диабетом 1 типа первым проявлением заболевания становится ДКА. Дефицит инсулина может быть абсолютным (например, при пропуске очередной инъекции экзогенного инсулина) или относительным (когда обычные дозы инсулина не покрывают возрастающих при стрессе метаболических потребностей или у больного воспалительный процесс). Сахарный диабет (СД) – глобальная медико-социальная проблема современности, с которой столкнулась медицинская наука и здравоохранение практически всех стран мира. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) впервые признала данное заболевание новой неинфекционной эпидемией XXI века применительно к хроническому дегенеративному заболеванию, так как в последние годы темпы роста больных приняли угрожающий характер. Актуальность сахарного диабета СД определяется его прогрессирующей заболеваемостью. Немногим менее чем за 20 лет число больных СД в мире увеличилось в 6 раз. На октябрь 2013 года 347 млн человек во всем мире болеют сахарным диабетом. К 2035 году, по данным IDF, СД будут страдать 592 млн человек. Процент заболеваемости СД сместился из развитых стран Европы и США в развивающиеся страны Ближнего Востока, Азии, Африки и стран Карибского региона. На 01.01.2018 года на диспансерном учёте зарегистрированы 230610 больных СД. За последние годы (2009–2018 гг.) число больных сахарным диабетом увеличилось с 117240 до 230610 (с 421,2 до 706,2 на 100 тыс. населения), прирост за период наблюдения составил 96,7% (67,7 на 100 тыс. населения). Общая численность пациентов с СД в Узбекистане составила 230610 (706,24 на 100 тыс. населения), из них: СД 1-го типа – 18349 (56,2 на 100 тыс. населения), СД 2-го типа – 212261 (650,0 на 100 тыс. населения). В процентном соотношении больные СД 1-го типа от общего числа больных СД составляют 8,0%, больные СД 2-го типа – 92,0%. Заболеваемость СД по регионам РУз в 2009–2018 гг. СД 1-го типа в Ташкентской области – 154 больных (2009 г.), 200 больных (2018 г.).

Цель исследования. Оказание неотложной помощи и ведение больных с кетоацидозом при сахарном диабете I типа.

Материалы и методы. Материал исследования составили 10 наблюдений больных СД 1-го типа с кетоацидозом, поступивших в Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и находившихся на стационарном лечении в отделении терапевтической реанимации в период с 1 января 2024 по 1 мая 2024 г. 9 пациентов были переведены из областного эндокринологического центра из-за ухудшения состояния и отсутствия реанимационного отделения. Общее число больных – 10 (100%), из них 7 (70%) женщин, 3 (30%) мужчин. У всех больных в анализах мочи кетон 3+. У 2 (20%) больных была сопутствующая 2-сторонняя полисегментарная пневмония с положительным COVID-19 тестом, у 2 (20%) больных наблюдался бактериальный менингоэнцефалит, у 1 (10%) больного наблюдалась ХПН с терминальным течением. По анализам КЩС у всех пациентов было Ph- ниже 7,0 с выраженным отрицательным BE ниже (-25). Учитывая состояние и сопутствующие болезни, в терапевтической реанимации был индивидуальный подход ко всем пациентам.

Для коррекции метаболического ацидоза был использован 4% натрий гидрокарбонат. (за 12 часов нормализовалось Ph – 7,25–7,45 и BE – от -4,5 до -6,5). С антикетогенной целью был использован препарат раствора Ксилат, в/в введение Атропина в начальной дозе 0,05 ЕД/кг/час, с поддержанием сахара в крови в пределах 8–15 ммоль/л, с взятием анализа капиллярного сахара каждые 3 часа (было достигнуто за 24 часа, анализ мочи на кетон 1+). Всем поступившим 9 (90%) больным с выраженной гиповолемией и полиурией был установлен центральный катетер во внутреннюю яремную вену для измерения ЦВД, для управления суточным балансом и для в/в введения лекарств. К сожалению, у 5 (50%) больных отмечался острый воспалительный процесс, что привело к летальному исходу, несмотря на коррекцию метаболического кетоацидоза и интенсивную терапию.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что метаболический кетоацидоз у СД 1-го типа – это жизнеугрожающее состояние, на которое нужно обратить внимание, и проводить стандартные обследования: рентген грудной клетки, биохимический анализ крови, КЩС анализ, УЗИ внутренних органов.

Заключение. Для устранения метаболического кетоацидоза у больных, поступивших в областной эндокринологический диспансер, необходимо реанимационное отделение с соответствующим медицинским оборудованием, лабораторией и медперсоналом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

*Ш.М. Алиев, Ж.Н. Комилжонов,
О.Р. Мучиашвили, Л.А. Пулатов,
Р.М. Матанов, Э.Д. Назаров*

ГУ «РСНПМЦХ» им. акад. В. Вахидова

Цель. Изучить результаты хирургического лечения фибрилляций предсердий у пациентов с пороками митрального клапана.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов с митральными пороками сердца, оперированных с января 2018 г. по январь 2022 г. в ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова. Возраст пациентов колебался от 28 до 72 лет и в среднем составил $54 \pm 8,5$ года. Большинство пациентов составили женщины – 82 (68,3%). Этиологической причиной порока у всех больных был ревматизм. Длительность фибрилляций предсердий (ФП) составила от 3 месяцев до 1 года, средний срок – $0,8 \pm 0,5$ года. В зависимости от тактики хирургического лечения пациенты разделены на 3 группы: I группа – 60 (50%) больных, которым выполнено изолированное протезирование митрального клапана (ПМК); II группа – 35 (29,2%) пациентов, которым выполнено ПМК с атриопластикой левого предсердия (ЛП) по Кавазоэ; III группа – 25 (20,8%) больных, которым выполнена ПМК с радиочастотной абляцией левого предсердия по методике «Cox Maze IV». Достоверных различий в группах по возрасту, функциональному классу и стадии недостаточности кровообращения не было. Однако во II группе отмечена значительная дилатация левого предсердия, которая составила в среднем $9,2 \pm 1,5$ см. Во всех случаях доступ к митральному клапану выполнен через правое предсердие и межпредсердную перегородку. Во всех случаях выполнялось ушивание ушка левого предсердия.

Результаты. В I группе больных летальность составила 3,3% (2 больных) – причиной смерти явилась сердечная недостаточность. В остальных группах летальности не было. Непосредственно после операции у пациентов I группы восстановление синусового ритма отмечено в 22% случаях, во II группе – в 80% случаях и в III группе – в 100%. По данным ЭХОКГ в раннем послеоперационном периоде, только в III группе отмечено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка. Отдаленные результаты изучены от 6 месяцев до 4 лет. Средний срок наблюдения составил $18 \pm 1,5$ мес. В I группе умерли 5 (8,3%) больных – причиной летальности был геморрагический инсульт, кровотечения из желудочно-кишечного тракта и прогрессирующая сердечная недостаточность. Во II группе умер 1 больной (2,8%). Причина смер-

ти – инсульт геморрагического типа. В III 3 группе летальности не отмечено. У пациентов I группы восстановление синусового ритма отмечено лишь у 35% больных, во II группе синусовый ритм сохранился у 60% пациентов, в III группе лишь в одном случае отмечен возврат фибрилляции предсердий через 3 месяца после операции. По данным ЭхоКГ, в III группе прирост фракции выброса левого желудочка в отдаленном периоде составил 15%.

Вывод. Радиочастотная абляция по методике «Cox Maze IV» является эффективным и безопасным хирургическим пособием при персистирующей и постоянной форме фибрилляции предсердий у пациентов с клапанной патологией с общей эффективностью более чем 80% в сроки наблюдения до 1,5 года. При значительной дилатации левого предсердия (более 8 см) возможно выполнение атриопластики левого предсердия.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОРОКАМИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПАТОЛОГИЕЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*Ш.М. Алиев, Р.М. Матанов, Л.А. Пулатов,
О.Р. Мучиашвили, Ж.Н. Комилжонов*

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

Цель. В сравнительном аспекте оценить результаты хирургического лечения больных с сочетанной патологией митрального клапана (МК) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В отделении взрослой кардиохирургии ГУ РСНПМЦХ им. В. Вахидова с 2020 г. по настоящее время оперировано 100 больных сочетанной патологией МК и ИБС. Большинство пациентов – 73 (73%) составили мужчины. Средний возраст больных составил $57,1 \pm 7$ лет, колеблясь от 41 до 78 лет. Этиологической причиной порока в большинстве случаев был ревматизм (80%). По методу реваскуляризации миокарда пациенты были разделены на 2 группы: I группа – 77 (77%) пациентов, которым выполнена одномоментная коррекция митрального порока и коронарное шунтирование; II группа – 23 (23%) больных, которым первым этапом на работающем сердце выполнено АКШ, далее, в условиях искусственного кровообращения и кардиopleгии, – коррекция митрального порока. Большинство больных I группы – 65 (92,8%) относились к III ФК по NYHA и имели нарушения по малому кругу кровообращения НК 2 А. Во II группе все пациенты (100%) относились к IV ФК по NYHA и имели выраженные нарушения кровообращения по большому и малому кругам кровообращения НК II Б.

Результаты. По данным ЭХОКГ, в I группе больных до операции индексированные показатели функции левого желудочка (ЛЖ) составили: иКДО – $140,5 \pm 56,8$ мл, иКСО – $77,7 \pm 37,3$ мл, ФВ – $49,4 \pm 2,5\%$; во II группе иКДО – $211,5 \pm 36,1$ мл, иКСО – $140,5 \pm 21,4$ мл, ФВ – $33,1 \pm 3,4\%$. В I группе 55 (72%) больным выполнено протезирование митрального клапана с сохранением подклапанных структур. У 21,5 (28%) пациентов с ишемическим генезом митральной недостаточности выполнена реконструктивно-восстановительная операция с использованием опорного кольца Карпантье-Эдвардса. Время ИК в группе составило в среднем $152 \pm 2,7$ мин, время пережатия аорты – $100 \pm 2,9$ мин. Послеоперационная летальность в I группе составила 7,7% (6 пациентов). Во всех случаях причиной смерти явилась острая сердечная недостаточность (миокардиального генеза). У больных с пластической операцией на МК летальных исходов не отмечено. Во второй группе время ИК составило в среднем $120,4 \pm 2,6$ мин, время пережатия аорты – $60,5 \pm 2,3$ мин, что достоверно меньше чем в I группе. Во второй группе летальных исходов не отмечено. Среди не летальных осложнений во 2 группе преобладали нарушения ритма (38%) в виде пароксизмов мерцательной аритмии. По данным ЭХОКГ, в послеоперационном периоде в обеих группах отмечено достоверное ($p \leq 0,05$) улучшение линейных и объемных показателей ЛЖ.

Выводы: выполнение коронарного этапа без кардиopleгии у больных сочетанной патологией показывает лучшие результаты по сравнению со стандартными операциями с достоверным снижением послеоперационной летальности. У больных ишемической митральной недостаточностью предпочтительнее выполнять реконструктивно-восстановительные операции на митральном клапане.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ ПО СТЭНФОРДУ ТИПА А

*Ш.М. Алиев, Л.А. Пулатов, С.А. Салиева,
О.Р. Мучиашвили, Ж.Н. Комилджанов,
Р.М. Матанов, Э.Д. Назаров*

ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Диссекция – одна из самых смертельно опасных патологий, затрагивающих грудную аорту. Частота встречаемости расслоения аорты в мире – от 0,5 до 2,95 на 100000 населения в год, а в США – от 0,2 до 0,8 на 100000 человек в год, т.е. 2000 новых случаев в год (Ю.В. Белов с соавт. 2019; S.Y. Green et al., 2020). При остром проксимальном

расслоении аорты в течение первой недели погибает 80–94% пациентов, а за первые 48 часов – 1% в час. У переживших острый период 5-летняя выживаемость составляет всего 10–15% (Е.В. Россейкин с соавт., 2019; H. Yamamoto et al., 2020). Артериальная гипертензия является самым распространенным приобретенным фактором риска развития расслоения аорты.

Материал и методы. С 2018 года по 2024 г. в ГУ РСНПЦХ им. акад. В. Вахидова оперировано 36 пациентов с расслоением аорты типа А по Stanford. По половому составу в обеих группах преобладали мужчины, что составляло 77,8%. Оперированные больные были разделены на две группы, острое ($n=12$) и хроническое ($n=24$) расслоение аорты. Реконструкция проксимального отдела с различными уровнями дистальной реконструкции была выполнена 23 пациентам. «Острейшая» стадия расслоения аорты в настоящем исследовании определялась, как интервал времени, менее 48 часов от момента манифестации заболевания. Общее количество пациентов с расслоением аорты I типа, находящихся в «острейшей» стадии, составило 4 пациента. Острое расслоение аорты по классификации Пенсильванского университета: группа А – 16 пациентов с «неосложненным» течением заболевания, что соответствовало классу Penn A; группа В – 8 пациентов с «осложненным» течением заболевания, соответствующим классу Penn B, C, B+C. Выполнены следующие операции при хроническом расслоении. Операция Бенталла Де Боно – 8 пациентов, из них в 5 случаях – протезирование дуги аорты по типу Hemiarch, в 3 случаях одномоментно протезирован брахиоцефальный ствол. Супракоронарное протезирование восходящего отдела аорты выполнено у 16 пациентов, из них в 4 случаях выполнено полное протезирование дуги аорты Total arch с реимплантацией сосудов дуги на площадке, в 12 случаях – протезирование дуги аорты Hemiarch. При остром расслоении аорты в 2 случаях выполнена операция Бенталла Де Боно, одна из них – с протезированием брахиоцефального ствола. У 10 пациентов с острым расслоением аорты выполнено супракоронарное протезирование восходящего отдела аорты, из них у 2 пациентов выполнено полное протезирование дуги аорты Total arch с реимплантацией сосудов дуги на площадке, у 8 больных – протезирование дуги аорты Hemiarch.

Результаты. Во всех случаях для перфузии головного мозга использовалась антеградная методика с общей гипотермией до 24–26 градусов. При остром расслоении аорты во всех случаях использовалась унилатеральная перфузия головного мозга. При хроническом расслоении аорты у 2 (9,2%) больных выполнена бигемисферальная перфузия через общую бедренную артерию. По-

слеоперационная летальность у больных с острым расслоением аорты составила 8,3% (3 пациента). Среди нелетальных осложнений преобладала сердечная недостаточность (23,8%), которая была купирована применением катехоламинов. Мозговая недостаточность отмечена у 4 (11,1%) пациентов, с последующим полным восстановлением неврологической симптоматики. В 2 (5,5%) случаях отмечено раннее послеоперационное кровотечение, которое потребовало повторного вмешательства. Отдаленные результаты изучены у 30 (90,1%) пациентов. Средний срок наблюдения составил $2,5 \pm 0,4$ года. Через 6 месяцев после операции 6 (20%) пациентам в нисходящий грудной отдел аорты установлен стент-графт.

Заключение. Госпитальная летальность «осложненных» форм расслоения аорты остается значительно выше 16,7% против 4,1% «неосложненного» течения. Наиболее оптимальным методом дистальной реконструкции у пациентов с «острейшей» стадией расслоения аорты является коррекция дуги аорты по типу hemiarch.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ
ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ТОМОГРАФИИ**

*У.Б. Ахмедов, А.А. Мансуров, Х.Г. Халикулов,
Н.М. Джуроева, С.С. Муртазаев, А.Э. Хайдаров,
Ф.Х. Кенжаев, Д.Ф. Хидиров*

**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 резерве ЛЖ и дифференцирует истинную аневризму ЛЖ и гибернирующий 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

мультифазной компьютерной томографии путем рассчитывания 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 операции 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 добутина. 10 пациентам с большими размерами аневризм ЛЖ проводилась мультифазная 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 $3,4 \pm 1,3$ года. 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%) случае на ЭхоКГ и по данным мультифазной компьютерной томографии в левом желудочке были обнаружены тромбы, которые были пристеночными, малых размеров или же имели большой размер флотирующего характера. Клинически и в анамнезе у 4 (5,4%) больных наблюдались эпизоды тромбозомболии магистральных сосудов. У 8 (10,8%) пациентов было выявлено поражение митрального клапана до II степени, которая не требовала хирургической коррекции.

Результаты. Проведено 74 операции, из них 66 операций в – условиях искусственного кровообращения и 8 операций – на работающем сердце. Шун-

тирование 4 коронарных артерий (КА) – 12 (16,2%) пациентам, 3 КА – 23 (31,1%) пациентам. Шунтирование 2 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%) больного, 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 аневризм, 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.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

*Б.А. Янгиев, Д.Ю. Ахмедова,
З.Б. Турсункулова, А.А. Махамматов*
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В неотложной педиатрии судорожный синдром в детском возрасте является актуальной проблемой. Для детского возраста судорожный синдром считается характерным. Чем младше ребенок, тем больше у него судорожная готовность. Это объясняется незрелостью некоторых структур мозга и нервных волокон, большой степенью проницаемости гематоэнцефалитического барьера, склонностью к генерализации любых процессов, а также некоторыми другими причинами.

Цель исследования. Выявление провоцирующих факторов судорожного синдрома у детей.

Методы и материалы исследования. В 2020–2021 годах в отделении неотложной педиатрии № 1 из общего количества поступивших детей выборочно проведено обследование 153 больных, поступивших на стационарное лечение в СФ РНЦЭМП с судорожным синдромом в возрасте от 2 месяцев до 3 лет. Методами исследования, помимо обще-

клинических, явились ЭЭГ, ЭхоЭГ, КТ и МРТ головного мозга, а также консультации детского невропатолога.

Результаты. Анализ историй болезни и опрос родителей показал, что в 90 (58,8%) случаях судорожный синдром был на фоне острых респираторных заболеваний и бронхолегочной патологии, у 11 (7,2 %) больных наблюдалась патология центральной нервной системы (гипоксическая ишемическая энцефалопатия и эпилепсия, так как у больных имелись документы о состоянии их на учете у специалистов по месту жительства), в 8 (5,2%) случаях – перенесенные черепно-мозговые травмы в постнатальном периоде. У 44 (28,8%) больных судорожный синдром выявлялся на фоне рахита, анемии, гипокальциемии и иммунодефицитного состояния. Причем эта категория больных нами была отмечена как часто болеющие, так как они в течение года находились на стационарном лечении от 3 до 5 раз.

Выводы. Таким образом, судорожный синдром наиболее часто наблюдался у часто болеющих детей на фоне острых респираторных заболеваний, а также у детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС. Комплексное клинико-инструментальное обследование позволяло установить обоснованный клинический диагноз и способствовало проведению эффективного лечения судорожного синдрома у детей.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ

М.Б. Алибекова, С.Р. Рахимова, Г.Х. Исмагилова
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Современная медицина немыслима без антибактериальной терапии. Назначение антибиотиков в каждом конкретном случае требует клинического мышления, которое нельзя подменить шаблонным использованием стандартов. Основное показание для назначения антибиотиков – микробное воспаление.

Антибиотики – это просто наиболее сильные препараты для лечения, поэтому и стараются «назначить» их своим детям при малейших проявлениях болезни. Однако такой подход не просто нецелесообразен, но может быть и опасным для здоровья ребенка. Ведь антибиотики – узкоспециализированные препараты, которые способны побороть исключительно бактериальную инфекцию, а в других случаях будут лишь нарушать микрофлору, никак не воздействуя на возбудителя болезни.

Антибиотики при неосложненных ОРВИ не показаны. Препаратом выбора для лечения осложнен-

ных форм ОРВИ в нашей клинике является амоксициллин. Амоксициллин адсорбируется на 80–95%, независимо от приема пищи, не разрушается в кислой среде желудка, сохраняет концентрацию в сыроворотке крови выше минимальной подавляющей концентрации (МПК) в течение 35–40% времени между его приемами. При применении амоксициллина отмечаются высокие его концентрации в крови, мокроте, бронхиальном секрете, ткани легкого, жидкости среднего уха, плевральной и перитонеальной жидкости, моче. Тем самым обеспечивается максимальная эффективность препарата, а также существенно снижается риск развития дисбиозов, так как действие в желудочно-кишечном тракте ограничено (только 7%).

При остром бронхите у детей показаниями для назначений антибиотиков являются факторы, указывающие на возможность неблагоприятного течения заболевания. В настоящее время в качестве антибактериальных препаратов первого выбора при остром бронхите используются β -лактамы антибиотиков, цефалоспорины 2–3 поколения и макролиды. При острых бронхитах макролиды можно выдвинуть на первое место, это позволяет предотвратить резистентность к тем антибиотикам, которые используются при лечении других состояний. Если макролид окажется неэффективным, то продолжение терапии можно ампициллином, в большей степени – цефалоспорины 2-й генерации и амоксициллином с клавулановой кислотой.

Еще одной важнейшей проблемой современной педиатрической практики является ведение пациентов с пневмонией. Наши исследования показывают, что пневмонии, вызванные бактериями гемофилы, моракселлы, энтеробактериями, которые вырабатывают бета-лактамазы, не чувствительны к цефазолину. Поэтому при внебольничных пневмониях цефазолин нельзя использовать.

В ходе антибиотикотерапии необходимо предупреждать развитие устойчивости бактерий. Надо использовать препараты более широкого спектра, если без них можно обойтись. Поэтому цефалоспорины 3-й генерации следует оставить в резерве. Против устойчивых грамположительных возбудителей надо использовать ванкомицин. К нему против грамотрицательной микрофлоры добавить средства, способные преодолеть резистентность энтеробактерий и неферментирующих грамотрицательных бактерий (цефтазидим, ципрофлоксацин, карбапенемы, цефепим). Хотя амикацин является мощным антибиотиком против грамотрицательных возбудителей, включая синегнойную палочку, желательнее воздержаться от его назначения вместе с ванкомицином, поскольку такое сочетание нефротоксично.

Современные антибиотики высокоэффективны в режиме монотерапии. Например, меропенем,

из группы карбапенемов, у детей с тяжелой госпитальной инфекцией обеспечивает такую же эффективность – более 90%, как и комбинированное назначение 3-х препаратов (цефотаксим, амикацин, метронидазол). Комбинацию препаратов в настоящее время рекомендуют применять для расширения антибактериального спектра при отсутствии данных о возбудителе и тяжелом течении процесса, в основном не более 2-х препаратов, синергидный эффект дает сочетание β -лактамов антибиотиков с аминогликозидами или макролидами или фторхинолонами.

Цефалоспорины 1, 2 и 3 генерации – в целом высоко безопасные средства, при их применении можно отметить такое нежелательное явление, как угнетение синтеза витамина К. Поэтому эти антибиотики могут вызывать повышенную кровоточивость у ослабленных больных. Основные проблемы при применении цефалоспоринов расширенного спектра и карбапенемов связаны с суперинфекцией. Так, при длительном применении этих препаратов грамотрицательные возбудители сменяются грамположительными энтерококками и оксациллин-резистентными стафилококками. При лечении карбапенемами это происходит часто.

Фторхинолоны нарушают формирование скелета. Еще один нежелательный эффект фторхинолонов – замедление проводимости в сердце. В нашей практике фторхинолоны без крайней необходимости не назначаются.

Таким образом, применение принципов рациональной антибиотикотерапии способствует сдерживанию роста антибиотикорезистентности штаммов-возбудителей наиболее распространенных у детей инфекций и позволяет не только добиться положительных результатов лечения, но и уменьшить частоту осложнений.

МЕЖПОЛУШАРНАЯ ЭМПИЕМА ГОЛОВНОГО МОЗГА РИНОСИНУСОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*З.И. Ашуrow, С.А. Шарифбаев, И.А. Жиянов,
А.А. Гуломов, И.А. Отабаев, А.М. Бокиев,
Ш.С. Солижанов, К.А. Абдусаттаров,
Н.А. Рахимов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Межполушарная эмпиема (МЭ) головного мозга риносинусогенной этиологии является одним из редко встречающихся осложнений гнойных заболеваний параназальных синусов, среднего уха, в редких случаях – проникающих черепно-мозговых травм, неполноценного лечения острых респираторных заболеваний. При установке диагноза МЭ необходимо выяснить, есть ли первичный очаг инфекции. По литературным данным, у больных,

перенесших МЭ, в 80% случаях встречается гнойное осложнение конвексимальной области, не перенесших в анамнезе МЭ в 12% случаях развивается гемисферная эмпиема.

Под нашим наблюдением с 2020 по 2024 г. находились пять больных. Больные поступили в стационар в тяжелом состоянии. Из анамнеза: болели в течение нескольких дней. Заболевание началось с явлений ОРВИ, слабостью, головными болями, повышением температуры тела. Обратились к врачам по месту жительства, осмотрены ЛОР-врачами, в обоих случаях была произведена пункция гайморовой пазухи, но эффекта не было. Появились симптомы внутричерепной гипертензии – тошнота, рвота, признаки нарушения сознания. Больным проведено исследование – клинико-биохимические анализы крови, исследование ликвора, МСКТ головного мозга.

После осмотра специалистов невропатолога, нейрохирурга, ЛОР был установлен диагноз: «межполушарная эмпиема левого полушария головного мозга с распространением гноя в субарахноидальной и субдуральной пространствах». Осложнения: отек головного мозга, вторичный МЭ. Дислокация мозга. Правосторонняя гемиплегия. Соп: левосторонний гайморит, двухсторонний фронтит.

Проведенные консервативные мероприятия не давали желаемого эффекта. После консилиума врачей произведена операция: 1-й этап: левосторонняя фронтотомия и дренирование лобной пазухи; 2-й этап: декомпрессионная резекционная трепанация левой теменно-височной области черепа; ревизия и санация субдурального пространства; дренирование полости межполушарной эмпиемы левого полушария.

В послеоперационном периоде больным были назначены инфузионная, противоотечная терапия, антибиотики по результатам бактериологического анализа, гормональная терапия, мониторинг наблюдения жизненно важных функций организма, зондовое кормление.

МСКТ-исследования в динамике определили тактику ведения больного.

После проведенных оперативных вмешательств и интенсивной терапии состояние больных улучшилось, прояснилось сознание, улучшилась МСКТ-картина головного мозга и придаточных пазух носа, где признаков эмпиемы и дислокации головного мозга отсутствуют. Неврологический статус – со значительным положительным сдвигом в виде полного восстановления сознания и функции черепно-мозговых нервов, стабилизацией респираторно-гемодинамических показателей. Больные были переведены в нейрохирургическое отделение и выписаны со значительным улучшением состояния.

Из вышеизложенного можно сделать **выводы**:

1. Несвоевременное обращение к медицинской помощи приводит к грозным осложнениям, таким как межполушарная эмпиема головного мозга.

2. Современные методы обследования и комплексные методы интенсивной терапии, своевременные оперативные вмешательства приводят к благоприятному исходу заболевания при межполушарных эмпиемах головного мозга риносинусогенной этиологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕГО НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ В ЖЕЛУДОЧКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров, И.А. Жиянов,
А.М. Бокиев, Ш.Т. Каримбаев, И.И. Отабаев,
Ж.И. Рузматов, Н.А. Рахманов, Н.Н. Рахимов*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Кровоизлияние в желудочки головного мозга – это патология, которая относится к острому нарушению мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу. Синонимами данного заболевания являются вентрикулярная геморрагия (внутрижелудочковое кровоизлияние – ВЖК), геморрагический инсульт с прорывом крови в желудочки. По данным статистики, смертность в первый месяц от начала заболевания достигает 80% даже в странах с высоким уровнем развития медицины. В течение первого года умирают 60–80% больных, а более половины выживших навсегда остаются инвалидами.

Цель исследования. Оценка эффективности применения раннего наружного дренирования боковых желудочков головного мозга при ОНМК по геморрагическому типу с кровоизлияниями в желудочки путем применения малоинвазивных хирургических методов лечения.

Материалы и методы. Малоинвазивные хирургические методы удаления внутрижелудочковых гематом были проведены у 37 больных, находившихся на лечении в отделении нейрореанимации Наманганского филиала РНЦЭМП в 2019–2023 гг. Возраст больных был от 33 до 42 лет, в среднем – 37 лет. Из них мужчин было 22, женщин – 15.

Методы нейровизуализации включали в себя компьютерную томографию (КТ) головного мозга, по данным которой определяли динамику объема внутрижелудочковой гематомы, а также местоположение катетера в желудочках мозга и по отношению к максимальной диагонали гематомы.

Результаты и обсуждение. Показанием к малоинвазивным хирургическим методам удаления внутрижелудочковых гематом служили гематомы

малого объема – до 30 см³ при наличии соответствующей очаговой симптоматики и отсутствия клиники прогрессирующей окклюзии желудочков, отсутствие признаков быстро прогрессирующей декомпенсации дислокационного синдрома. Кроме объема гематомы при выборе тактики оперативного лечения в первую очередь учитывали степень угнетения сознания и выраженность окклюзионного синдрома. У всех больных при поступлении в неврологическом статусе сознание было на уровне глубокого оглушения и сопора. По шкале Ханта-Хесса состояние оценивалось как II–III степени. При проведении МСКТ головного мозга выявлено наличие нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу с кровоизлиянием в боковые желудочки, III и IV желудочки. Всем больным была показана экстренная операция по устранению тампонады желудочков. У девяти больных операция была проведена на 3 сутки после поступления в клинику, после развития клиники тампонады желудочков, когда сознание было на уровне кома I степени по ШКГ, по шкале Ханта-Хесса – IV–V степени. Больным была произведена операция «Длительное наружное дренирование передних рогов боковых желудочков по Аренту». Учитывая возможное нахождение дренажных трубок в течение нескольких суток, для профилактики вторичных инфекционных осложнений, дренажные трубки выводили через контрапертуру минимум на 10–15 см от операционной раны.

Перед удалением дренажных трубок для предупреждения возможной вторичной гидроцефалии больным была произведена люмбальная пункция.

Хороший исход с полным удалением гематомы и клиническим регрессом, без неврологического дефицита, требующего постороннего ухода, наблюдался у пяти больных. Летальный исход наступил у 13 больных на фоне двухсторонней пневмонии, вследствие развития окклюзионной гидроцефалии с последующим отеком и вторичным нарушением кровообращения в стволовых структурах головного мозга.

Заключение. Малоинвазивные хирургические методы являются самостоятельными методиками хирургического лечения при внутрижелудочковых кровоизлияниях, позволяющими радикально удалять гематомы у 90% больных, находящихся в компенсированном состоянии, до начала стадии окклюзионного синдрома с хорошими функциональными исходами. Данная методика должна проводиться строго по показаниям, под пристальным динамическим неврологическим и КТ-мониторингом в нейрохирургических учреждениях. У пациентов с внутрижелудочковыми кровоизлияниями в компенсированном и субкомпенсированном состоянии предложенная ранняя малоинвазивная методика достаточно перспективна. Она должна проводиться при отсутствии признаков прогрессирования окклюзионного синдрома.

V. ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ И ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ. ВОЗМОЖНОСТИ
ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК

ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ
ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО
ДОНОРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН:
НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ

*М.М. Акбаров, Р.А. Ибадов, А.Х. Бабаджанов,
Т.А. Джанбеков, А.Ю. Попово, Р.Р. Байбеков,
М.М. Миролимов, А.А. Усманов, Н.Р. Раззаков*

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

Актуальность. Трансплантация является единственным радикальным лечением терминальных стадий заболеваний печени. Улучшение результатов пересадки печени напрямую зависит от подготовки реципиентов, тщательности отбора доноров, хирургической техники и методов реабилитации в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые положительные результаты в выживаемости реципиентов после пересадки, частота осложнений всё ещё остается высокой, что требует дальнейшего исследования в этом направлении.

Цель исследования. Анализ результатов начального этапа внедрения родственной трансплантации печени в Республике Узбекистан.

Материалы исследования. За период с 12 февраля 2018 года по июль 2024 года проведено 105 родственных трансплантаций правой доли печени пациентам с декомпенсированной печеночной недостаточностью различной этиологии. При этом наибольшее развитие программа трансплантации печени получила в 2022–2023 годах – проведено 70 трансплантаций печени от живых доноров.

Результаты исследования. Послеоперационный период у реципиентов без осложнений проходил в 60 случаях, что составило 57,1%, у остальных 45 пациентов (42,9%) после вмешательства отмечалось наличие одного или более осложнений. Так, среди 45 больных отмечалось развитие 58 различных осложнений (от 1 до 3 осложнений). При этом возникшие осложнения у 10 больных (18,2%) в раннем послеоперационном периоде требовали выполнения релапаротомий. Среди 105 пациентов в раннем послеоперационном периоде умерло 16 пациентов (16,7%), в отдаленном периоде (через 3 года после пересадки) отмечалось еще 4 летальных исхода у пациента с хроническим отторжением на фоне отказа от приема препаратов иммуносупрессии. В целом среди реципиентов, оперированных в центре за период с 2018 г. по июль 2024 г. ближай-

шие удовлетворительные результаты получены у 83,3%, тогда как в отдаленном периоде этот показатель составил 82,1%.

Резюме. Проведенный анализ показал, что показатели выживаемости трансплантатов и реципиентов в большой степени зависят от особенностей хирургической тактики, нозологии и тяжести исходного состояния реципиента. На начальных этапах внедрения программы существенное значение имеет так называемый «эффект центра».

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ
РОДСТВЕННОЙ ГЕПАТОТРАНСПЛАНТАЦИИ

*А.Х. Бабаджанов, Э.К. Тургунбаев, С.А. Султанов,
Р.Р. Байбеков, С.М. Шарифжонов*

ГУ «Республиканский
специализированный хирургии
им. акад. В. Вахидова», Узбекистан

Актуальность проблемы. Кровотечение является основным осложнением трансплантации печени и частой причиной значительной периоперационной заболеваемости. Для снижения риска осложнений, связанных с кровотечением, требуется тщательный интраоперационный гемостаз. Хотя гемостаз достигался с помощью наложения швов, электрокоагуляции или хирургических зажимов, за последние два десятилетия было разработано несколько вспомогательных средств, способствующих кроветворению. Эти средства в широком смысле подразделяются на три группы: кровоостанавливающие средства для местного применения, которые вызывают свертывание крови на кровоточащей поверхности, герметики, предотвращающие вытекание крови из тканей, включая сосуды, и адгезивы, которые скрепляют ткани. Интраоперационные средства для местного кровоостанавливания стали незаменимыми в современном хирургическом лечении кровотечений во время операций.

Цель исследования. Улучшение результатов родственной трансплантации правой доли печени путем совершенствования методики остановки кровотечений из резекционной поверхности печени и вено-протезных анастомозов.

Материалы и методы. В данное исследование отобрано 33 реципиента доли печени. Для оценки эффективности предложенного способа было сформировано две группы: основная группа – 18 реципиентов, группа сравнения – 15 реципиентов.

Результаты. Предложенный способ улучшения локального гемостаза с зоны резекционной поверхности и линии швов вено-протезных анастомозов за счет комбинированного действия двух гемостатических средств позволил сократить длительность общего гемостатического этапа операции с $87,0 \pm 29,9$ (95% ДИ: 70,5–103,5) до $40,3 \pm 9,8$ минуты (95% ДИ: 35,4–45,1; $t=5,80$; $p<0,05$).

Выводы. Усовершенствованный способ повышения эффективности гемостаза при родственной трансплантации характеризуется комбинированным применением гемостатической губки и порошкообразной композиции «Немобен», пропитанных плазмой, что обеспечивает активацию и усиление действия обоих локальных средств на резецированной поверхности печени, а также способствует формированию гемостатического валика и укреплению линии шва вено-протезных анастомозов.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОБЪЕМНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ КТ ПЕЧЕНИ РОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ И РЕЦИПИЕНТОВ НА ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПАХ

*Н.М. Джурсаева, А.И. Икрамов, А.Т. Амирхамзаев,
Н.Т. Вахидова, Х.В. Абдухалимова,
Х.И. Шамирзаев, А.Т. Султанов, Д.Х. Хурсанова,
С.Х. Магзумова, А.Ш. Убайдуллаева,
У.Т. Исроилов, З.Д. Миртаджиева*

ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнительная оценка данных объемной перфузионной КТ печени (ПКТ) родственных доноров на до- и послеоперационном этапах.

Материалы и методы. Выполнена ПКТ печени на широкодетекторном КТ «Aquilion One-640» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония) 16 реципиентам и 88 донорам печени за период 2020–2023 гг. 16 пар донор–реципиент оперированы с целью забора фрагмента печени. Из них у 12 человек – правой доли (ПД), у 4 человек – левой доли печени (ЛД).

Результаты исследования. Результаты исследования показали: ПКТ с «условной нормой» у потенциальных доноров были в пределах: АФ – $20,8 \pm 0,7$ (10,3–42,5) мл/100мл³/мин, РФ – $180,5 \pm 2,4$ (139,8–230,5) мл/100мл³/мин, НРП – $13,8 \pm 0,3\%$ (8,9–18,7). Исходно у реципиентов по всем трем критериям (артериальная и портальная перфузия, индекс печеночной перфузии) определены значительные отклонения от таковых у здоровых (доноров). Объем портальной перфузии на фоне внутрипеченочного блока был достоверно ниже и составил $150,2 \pm 4,0$ мл/100мл³/мин против $180,5 \pm 2,4$ мл/100мл³/мин ($t=6,58$; $p<0,001$) у доноров. При этом минимальное

значение составило 125,8, а максимальное – 192,4 мл/100мл³/мин. После проведения ТП показатели печеночной перфузии значительно улучшились. В частности, портальная перфузия возросла до $185,6 \pm 4,7$ мл/100мл³/мин, что отражало разность показателей со средним приростом на $35,4 \pm 3,5$ мл/100мл³/мин ($t=10,14$; $p<0,001$). Эти значения уже не имели достоверность отличий по сравнению с данными у доноров ($t=0,96$; $p>0,05$). Артериальная перфузия на фоне снижения портального кровотока компенсаторно увеличивалась, и если у здоровых этот показатель составил $20,8 \pm 0,7$ мл/100мл³/мин, то при ЦП – $34,1 \pm 1,1$ мл/100мл³/мин ($t=10,56$; $p<0,001$). После ТП за счет нормализации объема портального кровотока артериальная перфузия снизилась и составила $21,8 \pm 0,6$ мл/100мл³/мин. При этом разность показателей до и после ТП колебалась в пределах 7,9–19,6 мл/100мл³/мин со средним значением $12,3 \pm 0,9$ мл/100мл³/мин ($t=13,95$; $p<0,001$). Эти значения, так же как и в отношении портальной перфузии, уже не имели достоверность отличий по сравнению с данными у доноров ($t=1,14$; $p>0,05$). У реципиентов на момент первичного обследования претерпевал и печеночный индекс, увеличиваясь за счет повышения артериальной и снижения портальной перфузии с $13,8 \pm 0,3\%$ (у здоровых) до $25,1 \pm 1,2\%$ ($t=8,92$; $p<0,001$). После ТП за счет восстановления печеночного кровотока индекс перфузии снизился до $15,5 \pm 0,3\%$. При этом разность показателей до и после ТП колебалась в пределах 3,7–17,4% со средним значением $9,6 \pm 1,1\%$ ($t=8,54$; $p<0,001$). В свою очередь, при сопоставлении результатов после ТП у реципиентов с исходными данными у доноров отмечено сохранение достоверного отличия индекса печеночной перфузии, что объясняется суммарным влиянием на этот показатель объемов послеоперационных показателей артериальной и портальной перфузии. Разница по показателям состояла 12,3% ($13,8 \pm 0,3\%$ у доноров и $15,5 \pm 0,3\%$ у реципиентов; $t=4,10$; $p<0,001$).

Выводы. По отношению к показателям у доноров у реципиентов до ТП значение артериальной перфузии было на 64% выше, тогда как после ТП этот показатель отличался только на 4,8%, что было недостоверно. В свою очередь, портальная перфузия исходно была на 16,8% ниже, а после ТП возросла до фактически нормальных значений по отношению к здоровым с отличием только в 2,8%. Индекс печеночной перфузии также претерпевал существенные изменения, и если до операции был на 81,8% выше, чем у доноров, то после ТП это отличие составило всего 12,3%.

**АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-
УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ –
ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

А.М. Есаян

**Кафедра нефрологии и диализа ФПО
Первого Санкт-Петербургского
государственного медицинского университета
им. акад. И.П. Павлова, Россия**

Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) – хроническое системное заболевание, основу которого составляет изъясн активации системы комплемента, ведущий к массивному тромбообразованию в сосудах микроциркуляторного русла (комплемент-опосредованная тромботическая микроангиопатия – ТМА). Предполагается, что имеющиеся мутации генов, кодирующих регуляторные белки, приводят к нарушению защиты эндотелиальных клеток от активации комплемента. В результате этого в кровотоке циркулирует большое количество белка, называемого мембрана-атакующим комплексом (МАК), основным предназначением которого является борьба с патогенами, попавшими в организм. Однако при нарушении регуляции системы комплемента, в частности, альтернативного пути его активации, происходит неконтролируемое образование МАК, приводящее к повреждению собственных клеток эндотелия. В конечном итоге в микроциркуляторном русле различных органов происходит повышенное тромбообразование. ТМА представлена классической триадой – тромбоцитопения потребления, неиммунная гемолитическая анемия и, как следствие, – острое повреждение почек (ОПП). Генерализованный характер ТМА при аГУС обуславливает развитие экстраренальных признаков болезни, связанных с поражением микроциркуляторного русла различных органов и систем, в т. ч. головного мозга, сердца, легких, желудочно-кишечного тракта. Внепочечные проявления заболевания наблюдаются у 20% пациентов, из которых почти две трети имеют более одного экстраренального признака.

Заболевание имеет в своей основе генетическую природу, однако в настоящее время установлено, что генетические аномалии комплемента являются не причиной, а фактором, предрасполагающим к развитию ТМА. Для реализации этой предрасположенности требуются дополнительные факторы, называемые триггерами. Основные из них – инфекции, аутоиммунные заболевания, злокачественные новообразования, беременность и роды, трансплантация костного мозга и солидных органов, некоторые лекарственные препараты. Почти у половины больных аГУС триггерные факторы идентифицировать не удается. аГУС может возникнуть также в результате спонтанного образования

антител к некоторым регуляторным белкам системы комплемента (чаще всего к комплементарному фактору H – CFH), что также может спровоцировать развитие симптомокомплекса ТМА.

Верификация аГУС относится к числу диагнозов исключений и не имеет специфичных патогномичных признаков. Он устанавливается на основе клинической картины заболевания после исключения других форм ТМА, как первичных, так и вторичных.

К первичным ТМА относят также тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП) – типичный гемолитико-уремический синдром, который возникает в результате инфицирования особым штаммом *E.coli*, отсюда и другое, более принятое название заболевания – STEC-HUS. Несмотря на общность симптоматики (ТМА), указанные заболевания отличаются по патогенезу и прогнозу и требуют совершенно разных методов лечения.

До недавнего времени единственным способом сохранения жизни пациента с аГУС была плазматерапия, которая, тем не менее, не спасала почки от развития терминальной почечной недостаточности (ТПН), которая заканчивалась в лучшем случае потребностью в программном диализе. Осложняла ситуацию очень высокий риск рецидива заболевания в трансплантированной почке с ее потерей в ближайшие сроки после операции и возврату на диализ.

Ситуация радикально изменилась после создания комплемент-блокирующего препарата, которая позволила предотвратить активацию альтернативного пути комплемента – экулизумаба.

Экулизумаб – рекомбинантное гуманизированное моноклональное АТ, которое связывает C5 и блокирует последующее расщепление на C5a и C5b, предотвращая образование МАК. Препарат предотвращает развитие новых случаев развития ТМА у 88% пациентов с аГУС, 80% перестают нуждаться в гемодиализе, 90% пациентов достигают нормализации гематологических показателей, 100% пациентов прекращают нуждаться в плазмообмене, у 100% пациентов, не получавших прежде гемодиализ, не возникает в нем потребности. Также более чем половина больных, ранее находившихся на программном диализе, перестала нуждаться в диализной терапии ($\text{pСКФ} \geq 15 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$).

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

*С.И. Исмаилов, Ф.Г. Назиров,
А.Х. Бабаджанов, С.А. Султанов*

ГУ «Республиканский
специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии
им. акад. В. Вахидова», Узбекистон

Актуальность. Трансплантация является единственным радикальным лечением терминальных стадий заболеваний печени. Улучшение результатов пересадки печени напрямую зависит от подготовки реципиентов, тщательности отбора доноров, хирургической техники и методов реабилитации в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые положительные результаты в выживаемости реципиентов после пересадки, частота осложнений всё ещё остается высокой, что требует дальнейшего исследования в этом направлении.

Материалы и методы. За период с 2018 по 2024 год в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В. Вахидова проведено 96 родственных трансплантаций правой доли печени пациентам с декомпенсированной печеночной недостаточностью различной этиологии.

Послеоперационный период у реципиентов без осложнений проходил в 55 случаях, что составило 57,3%, у остальных 41 пациента (42,7%) после вмешательства отмечалось наличие одного или более осложнений – всего среди 41 больного отмечалось развитие 72 различных осложнений (от 1 до 3 осложнений). При этом возникшие осложнения у 21 больного (21,9%) в раннем послеоперационном периоде требовали выполнения релапаротомий.

Из 96 реципиентов в раннем послеоперационном периоде умерло 15 пациентов (15,7%), в отдаленном периоде (3–36 месяцев после трансплантации) отмечено еще 5 летальных исходов у пациентов с хроническим отторжением на фоне отказа от приема препаратов иммуносупрессии, несоблюдения рекомендованного режима и позднего обращения на фоне развившегося осложнения.

В целом среди реципиентов, оперированных в центре за период с 2018 по 2024 год, ближайшие удовлетворительные результаты получены у 84,4%, в отдаленном периоде этот показатель составил 79,2%.

Результаты и обсуждение. В структуре всех ранних послеоперационных осложнений доминирующим являлись инфекционные (31,9%), которые встречались как изолированно, так и, в большой степени, были следствием какого-либо другого осложнения (билиарного, сосудистого или наличия

ограниченных жидкостных скоплений). Другим частым осложнением являлись билиарные – так, различные их проявления встречались в 19,1% случаев. Наиболее сложным для коррекции в тактическом плане являлись сосудистые осложнения, их встречаемость в общей группе осложнений составила 17%. Различные проявления отторжений (от острых и сверхострых до первичной дисфункции трансплантата) наблюдались у 4 пациентов, в двух случаях при первичной дисфункции графта спасти пациентов не удалось. Ограниченные жидкостные скопления, как осложняющий фактор раннего послеоперационного течения, встречались у 12,8% пациентов. Осложнения разрешились чрескожной пункцией и дренированием очагов. Однако в одном случае, в связи с быстрым нарастанием маркеров воспаления (СРБ и прокальцитонин), септическом состоянии пациента и ограниченным жидкостным очагом большого размера была выполнена релапаротомия с санацией и дренированием. Пациент был выписан на 48 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Таким образом, показатели выживаемости трансплантатов и реципиентов в большой степени зависят от особенностей хирургической тактики, нозологии и тяжести исходного состояния реципиента. Важное значение для улучшения ближайших и отдаленных результатов имеет оснащение центра, подготовка специалистов – трансплантологов, смежных специалистов, таких как реаниматологи, анестезиологи, патоморфологи, гепатологи, эндоскописты, эндоваскулярные хирурги. Существенное значение в результатах выполненных вмешательств имеет так называемый «эффект центра».

При проведении границ запланированной резекции печени необходимо проведение интраоперационной доплерографии и маркировка крупных интрапаренхиматозных сосудов для сохранения адекватного венозного оттока из ремнанта, обеспечения безопасного выделения печеночных вен и дальнейшего решения вопроса о необходимости их анастомозирования при имплантации.

При этом необходимо учитывать, что линия резекции паренхимы и пересечения венозных сосудов должна обеспечивать адекватный объем и кровообращение в остаточном ремнанте и при этом минимизировать вероятность формирования «недренируемых» зон в трансплантате. При наличии крупных венозных оттоков (3–5 мм и более) сохранялась их целостность до полного расщепления печени и начала сосудистой изоляции графта.

RESULTS OF LIVING-DONOR LIVER
TRANSPLANTATION IN ACADEMICIAN
V. VAKHIDOV REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF SURGERY

*Ismailov S.I., Babadzhonov A.Kh.,
Akbarov M.M., Popov A.Yu., Baybekov R.R.,
Usmanov A.A., Turgunbaev E.K.*

Academician V. Vakhidov Republican
Specialized Scientific and Practical Medical
Center of Surgery, 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 June 2024, 106 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 2022–2023–94 adult living-donor liver transplants were performed.

Research results. The postoperative period in recipients proceeded without complications in 61 cases, which amounted to 57.1%; in the remaining 45 patients (42.9%) after liver transplantation, the presence of one or more complications was observed. Thus, among 45 patients, the development of 57 different complications (from 1 to 3 complications) was observed. Complications that occurred in 12 patients (11.3%) in the early postoperative period required relaparotomy. Among 106 patients, 19 patients (17.9%) died in the early postoperative period; in the long-term period (3 years after transplantation) there was another 3 death (2.8%) in a patient with chronic rejection due to refusal to take immunosuppressive drugs. Thus, among recipients operated on at the center from 2018 to June 2024, immediate satisfactory results were obtained in 92.1%, while in the long term, satisfactory results were achieved in 89.3% 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.

Key words: adult living-donor liver transplantation, end-stage liver disease, complication rates, living related donors.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ
У ДЕТЕЙ. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

А.А. Исмаилов

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Введение. На сегодняшний день хроническая болезнь почек у детей является актуальной проблемой всего мира, так как несет социальный и экономический характер. В отличие от взрослых, которые достигли физического и интеллектуального развития, дети с хронической болезнью почек особенно уязвимы для осложнений данного заболевания. По данным европейского регистра ERA-EDTA, за 2015 г. максимально эффективной трансплантацией почки являются операции, проведенные в детском и подростковом возрасте, так как их прогнозируемая выживаемость достигает 60–65 лет.

Цель. Изучить особенности послеоперационного ведения и возможные осложнения после трансплантации почки у детей.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ 29 реципиентов детского возраста от 9 до 18 лет с трансплантированной почкой, особенности ведения и частота осложнений после трансплантации почки в условиях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с апреля 2018 г. по декабрь 2023 г.

Результаты. В 16 (55,2%) случаях донорами были родители, братья и сестры – в 5 (17,2%) случаях, дяди – в 5 (17,2%) случаях и тети – в 3 (10,4%) случаях, у которых было совпадение по HLA-гаплотипам. Мальчиков было 17, девочек – 12. Все реципиенты находились на программном гемодиализе, длительность которого была от 3 до 18 месяцев. Реципиенты получали программный гемодиализ 3 дня подряд до операции. При аномалии развития мочеполовой системы, наличии гидронефроза почек (источника инфекции), мегауретера было проведена интраоперационная односторонняя нефрэктомия в 3 случаях и пластика мочеточника в 2 случаях. Во всех случаях донорский орган был размещен забрюшинно, в подвздошной области. До операции и в раннем послеоперационном периоде регистрировали показатели АД, частоты сердечных сокращений, центрального венозного давления, электролитов плазмы, мочи, концентрации гемоглобина и общего белка. Сердечный индекс и фракцию выброса определяли эхокардиографическим методом. Оценка функции трансплантата проводилась на основе доплерографии сосудов трансплантата и по пробе Реберга (расчет скорости клубочковой фильтрации), суточному диурезу. С целью профилактики свертострого отторжения ин-

траоперационно и на 4 сутки после операции произведена инфузия поликлональных антител против IL2 рецепторов (Симулект 10–20 мг). Инфузионная терапия проводилась раствором Рингера лактата и Рингераацетата, при котором целевой уровень ЦВД – 7–10 мм рт. ст. Контроль водного баланса проводился на основе уровня ЦВД и ультразвукового сканирования нижней полой вены. В раннем послеоперационном периоде из всех 29 больных отмечались осложнения в 7 (24,2%) случаях. Послеоперационные хирургические осложнения – в 4 (57,1%) случаях, из них в 1 (25%) случае – тромбоз венозного анастомоза, наличие гематомы вокруг трансплантата – в 2 (50%) случаях, лимфоцелле вокруг трансплантата – 1 (25%) случай, урологические осложнения в виде стриктуры пузырно-мочеточникового анастомоза – в 1 (14,2%) случае, отсроченная функция трансплантата – в 2 (28,7%) случаях, которая восстановилась на 2 сутки после операции. Трансплантатэктомия проведена в 1 (3,4%) случае из всех 29 больных, причиной стало несоблюдение посттрансплантационного режима (периодические пропуски иммуносупрессивных препаратов, нарушение посттрансплантационной диеты) больного в послеоперационном периоде.

Вывод. Учитывая особый вклад и помощь правительства в развитии трансплантации детского возраста на территории Узбекистана, показатели выживаемости реципиентов, улучшение качества жизни больных в послеоперационном периоде, возвращение данной группы больных в социально значимую часть общества, развитие данной отрасли в нашей стране можно оценить как удовлетворительное, но имеющее большой потенциал для улучшения.

РОЛЬ УРОВНЯ АММИАКА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*А.К. Койиров¹, Н.Х. Шарипов¹,
К.Р. Мирхайдаров¹, Ф.У. Махмудов¹,
У.Ш. Яхшибаев¹, Ш.У. Бобокулов²*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Печеночная энцефалопатия (ПЭ) – серьезное осложнение цирроза печени (ЦП), диагностика которого на ранней стадии затруднена. В клинической практике, помимо психометрических тестов, возможно определение уровня аммония крови, однако стандартизированного диагностического метода не существует.

Цель. Изучить когнитивный статус и уровень аммония крови у пациентов с ЦП.

Материал и методы. В исследование включены 77 пациентов с ЦП. Мужчин – 27 (35%), средний возраст пациентов – 51 [42–61] год. Оценивалась тяжесть ЦП по Чайлд–Пью: класс А – 21 пациент, В – 32, С – 24. Средний балл MELD – 14 [9; 22]. Для определения стадии ПЭ использовались критерии West-Haven. Всем пациентам проводился тест связи чисел (ТСЧ) – норма <40 секунд; у 20 пациентов применялись опросники MMSE и MoCA (норма – 29–30 и 26–30 баллов соответственно); у 37 определялся уровень аммония на анализаторе (норма <60 мкмоль/л).

Результаты. По критериям West-Haven, 18% пациентов не имели ПЭ, минимальная ПЭ была у 18%, ПЭ 1 ст. – 36%, ПЭ 2 ст. – 28%. Среднее значение ТСЧ – 66,5 [49; 100] сек. При ЦП класса А по Чайлд–Пью медиана времени выполнения ТСЧ – 53,5 [41; 72] сек., класса В – 67 [52,5; 85] сек., класса С – 91 [59; 117] сек. ТСЧ коррелировал со стадией Чайлд–Пью ($r=0,26$; $p<0,05$), индексом MELD ($r=0,26$; $p<0,05$). Среднее значение уровня аммония составило 97 [66; 177] мкмоль/л. Из 37 пациентов 4 имели нормальный уровень аммония. При ЦП класса А средний уровень аммония – 94 [64; 159] мкмоль/л, класса В – 89 [66; 116] мкмоль/л, класса С – 137 [81; 197] мкмоль/л. Средний результат по опросникам MMSE и MoCA равнялся 25 [23; 29] и 24 [17; 28] баллам соответственно, которые коррелировали между собой ($r=0,75$; $p<0,05$).

Выводы. ПЭ выявлена у 82% пациентов. Увеличено время выполнения ТСЧ у 86% пациентов, которое коррелировало со стадией ЦП по Чайлд–Пью, индексом MELD. Гипераммониемия наблюдалась у 89% пациентов. По опросникам MMSE, MoCA, 70% и 58% пациентов соответственно выполняли тесты неудовлетворительно.

МОНИТОРИНГ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Х.Н. Мухитдинова^{1,2}, Р.Н. Акалаев^{1,2},
Г.З. Арипходжаева², Д.П. Тургунова²*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острая почечная недостаточность (ОПН) – неспецифический клинко-лабораторный синдром, возникающий в связи с острой потерей всех гомеостатических функций почек. При своевременной диагностике и правильном лечении является обратимой. ОПН значительно ухуд-

шает состояние ребенка, а летальность колеблется от 3–5% при ГУС до 30–70% при сепсисе и ПН. Даже при успешном лечении и восстановлении мочеисделительной функции почек возможны отдаленные последствия – у 10–25% детей формируется хроническая болезнь почек. ОПН опасна электролитными расстройствами (гиперкалиемия, гипокальциемия, гиперфосфатемия), приводящими к летальному исходу, коррекция которых зачастую возможна только экстракорпоральной детоксикацией.

Цель. Изучить и дать сравнительную оценку температурной реакции при благоприятном и неблагоприятном исходах острой почечной недостаточности в младенческом возрасте, развившейся на фоне острой инфекции.

Материал и методы. Показаниями к почечной заместительной терапии были: анурия более 24 часов при прогрессивно ухудшающемся состоянии больного; нарастание уровня мочевины и креатинина. Изучены данные почасового мониторинга температуры тела у 10 детей с ОПН, поступивших в ОРИТ РНЦЭМП с анурией от 1 до 4 суток в возрасте от 10 месяцев до 3 лет 4 месяцев из ОРИТ областных детских больниц и филиалов РНЦЭМП. До поступления в клинику все пациенты получали противовоспалительную терапию, направленную на лечение ОРЗ – 2, пневмонии – 7, ОКИ – 1 больной. По показаниям в связи с тяжелой прогрессирующей дыхательной недостаточностью пациентам в первые сутки оказана инвазивная механическая респираторная поддержка. Всем пациентам проводился гемодиализ или/и плазмаферез под контролем гемодинамики, КЩС, системы дыхания, поддерживающая антибактериальная, противовоспалительная и посиндромная корригирующая интенсивная терапия. Благоприятный исход с восстановлением полноценной функциональной активности почек и выпиской из стационара наблюдался у 7 детей (1 группа), неблагоприятный исход – у 3 детей (2 группа).

Результаты. Среднесуточные показатели в среднем за 30 дней составили в 1 группе $36,9 \pm 0,1$ °C и во 2 группе $36,9 \pm 0,1$ °C. В 1 сутки показатели мезора циркадного ритма в 1 и 2 группах были в пределах нормальных значений. В 1 группе в динамике выявлено повышение температуры на 0,5 °C на 2, 5, 6, 8–13 сутки, повторно – на 16, 25 сутки в пределах субфебрильных цифр. Наклонность к повышению температуры на фоне проводимой терапии отмечена во 2 группе в более поздние сроки, несмотря на появление выделительной активности почек. Изучаемые показатели во 2 группе свидетельствовали о более значительной гипертермической реакции, что соответствовало общему ухудшению состояния в связи с увеличением воспалительной реакции, интоксикации в более поздние сроки (27–30 сутки).

Средние значения температуры тела в циркадном ритме не выявили особенностей в дневное время и ночные часы. С 12 до 23 часов и в темное время суток (в 2–7 часов) отмечена наклонность к более значительной гипертермической реакции у пациентов 2 группы, что характеризовало более выраженную воспалительную реакцию и интоксикацию, обусловившие неблагоприятный исход.

Почасовое мониторирование температурной реакции позволило выявить соответствие амплитуды циркадного ритма температуры тела выраженности воспалительной реакции и прогрессированию интоксикации, приведших к неблагоприятному исходу у детей 2 группы. Более выраженные перепады температуры тела в течение суток, несмотря на проводимую интенсивную терапию во 2 группе, свидетельствовали о более выраженной интоксикации и более тяжелой степени нарушения функции терморегуляции во 2 группе.

Выявлено преобладание умеренного сдвига проекции акрофазы в пределах дневных часов, что расценено как влияние проводимой интенсивной терапии на выраженность системной воспалительной реакции у детей с тяжелой пневмонией, осложнившейся ОПН.

Выводы. В 1 сутки показатели мезора циркадного ритма температуры тела в группах с благоприятным и неблагоприятным исходом были в пределах нормальных значений. Почасовое мониторирование температурной реакции позволило выявить соответствие амплитуды циркадного ритма температуры тела выраженности воспалительной реакции, прогрессированию или уменьшению степени интоксикации. Повышение температуры на фоне проводимой терапии во 2 группе в более поздние сроки на фоне постепенного восстановления выделительной активности почек соответствовало отрицательной динамике и ухудшению общего состояния у детей раннего возраста.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK (ESP) У ДОНОРА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

*Л.А. Назырова, З.Ж. Реймназарова,
И.Т. Абляимов*

**Государственное учреждение
«Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии им. акад. В. Вахидова», Узбекистан**

Цель исследования. Представить опыт применения erector ESP блок на операциях нефрэктомии у донора при родственной пересадке почек с помощью ультразвуковой навигации.

Материалы и методы. У 50 доноров, в возрасте от 19 до 50 лет – из них 60% мужчин и 40% женщин –

выполнялась нефрэктомия по поводу родственного донорства почек в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) и ESP block 0,25% раствором бупивакаина под контролем ультразвука. По объективному соматическому статусу больные относились к II классу по ASA. Интраоперационный мониторинг включал в себя контроль за неинвазивным АД, ЭКГ, пульсоксиметрии. После ТВА в положении на боку ESP блокада осуществлялась с помощью ультразвуковой навигации аппаратом LOGIQ. Длительность операции составляла от 1 часа 30 минут до 2 часов 30 мин, продолжительность анестезии – от 2 до 3 часов 30 мин. После экстубации больные наблюдались в отделении реанимации.

Результаты исследования. Больные доставлялись в операционную через 30 минут после премедикации бензодиазепинами, где им устанавливалась венозная линия и стандартный мониторинг, после чего осуществлялась индукция бензодиазепинами, кетамином, фентанилом и миорелаксантами и произведена интубация трахеи. В положении на боку после предварительной УЗД линейным ультразвуковым датчиком, глубиной 3–4 см, с частотой 12 МГц на уровне T10–T11 между костным поперечным отростком позвоночника и мышцей, выпрямляющей позвоночник, вводятся 0,25% раствор бупивакаина в объеме 20 мл. Все процедуры – продвижение иглы и инъекции – осуществлялись под контролем ультразвукового датчика. Манипуляции проводились без особых технических трудностей и без осложнений.

Таким образом, наш опыт применения ESP block у донора при родственной трансплантации почек, выполненной с помощью ультразвуковой визуализации, показал эффективность и безопасность процедуры данной регионарной блокады, которая обеспечивала гемодинамическую стабильность. Быстрая активизация больных в ближайшем послеоперационном периоде уменьшала время пребывания их в отделении реанимации и стационаре. Представленная методика может быть рекомендована в качестве выбора анестезиологического пособия у данной категории больных, так как обладает высокой эффективностью при хирургических вмешательствах.

ОПЫТ УРГЕНТНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*И.А. Поршенников^{1,2}, В.Н. Павлик¹, Е.Е. Щёкина¹,
Е.Г. Юшина¹, М.А. Коробейникова¹,
И.С. Кондратьев¹, А.Ю. Быков¹*

¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская
областная клиническая больница»

²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ

Введение. Острая печеночная недостаточность (ALF – acute liver failure) – потенциально фатальное состояние вследствие тяжелого повреждения печени с исходно нормальной функцией, характеризующееся внезапным началом, быстрым течением и прогрессирующей утратой функции печени с развитием гипокоагуляции, гипербилирубинемии, энцефалопатии и отека головного мозга. В ранних сериях выживаемость этой крайне тяжелой группы пациентов не превышала 20%, в эру трансплантации и благодаря достижениям в области интенсивной терапии выживаемость превышает 60%.

Материалы и методы. В период с 2010 года по июнь 2024 года в ГБУЗ НСО «ГНКОБ» выполнено 437 ортотопических трансплантаций печени (ОТП) 421 пациенту (14 выполнены реОТП, 1 – две реОТП) в возрасте от 4 месяцев до 69 лет (средний возраст – 42±16,9 года, медиана – 45 лет). В качестве трансплантатов в 279 (63,8%) случаях была использована целая печень, в 158 (36,2%) – фрагменты печени (151 от прижизненных доноров, 7 – от посмертных доноров). У 8 (1,8%) реципиентов показанием к ургентной ОТП явилась ALF. В 3 случаях (33,3%) реципиентами были дети. Этиологическими факторами развития ALF в 3 случаях было отравление неизвестными субстанциями, в 2 случаях – аутоиммунное заболевание печени, в 1 случае – передозировка парацетамола, в 1 случае – острая жировая дистрофия беременных, в 1 случае вероятная причина ALF не известна.

Результаты. MELD/PELD реципиентов на момент поступления варьировал от 19 до 40 (средний – 33±7,2, медиана – 35), 6 (75%) пациентов находились на искусственной вентиляции легких, у 3 (37,5%) после поступления была инициирована процедура постоянной заместительной почечной терапии, которая продолжалась интраоперационно. В 7 (87,5%) случаях в качестве трансплантатов была использована правая половина печени от родственных доноров, в 1 (12,5%) случае – целая печень от посмертного донора. Медиана времени от принятия решения до трансплантации составила 18 часов. 30- и 90-дневная летальности реципиентов не различались и составили 37,5%, 10-летняя общая выживаемость – 62,5%, т. е. все пациенты,

выписанные из стационара, живы при медиане наблюдения 102 месяца.

Выводы. Пациенты с ALF представляют из себя одну из наиболее тяжелых категорий реципиентов, для которых ОТП является жизнеспасающей технологией. Исключительно важным фактором успеха является готовность мультидисциплинарной команды трансплантационного центра акцептировать их и работать с ними. Последнее во многом определяется спектром видов трансплантаций печени и частотой их выполнения, т. е. ОТП должна быть не исключительным событием для центра, а рутинной процедурой. Критически важным фактором, влияющим на выживаемость этих больных, является понимание врачами стационара, в который первично госпитализируется пациент, факта необратимости утраты печеночной функции, т. к. это прямо влияет на время перевода в трансплантационный центр и принятия решения об ОТП, когда «уже не слишком рано и еще не слишком поздно».

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

*С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова,
А.А. Мустакимов*

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

В последние годы увеличилось число детей с полиорганной недостаточностью различной этиологии. Несмотря на достигнутые успехи в оказании неотложной помощи, вопросы развития критических состояний при полиорганной недостаточности у детей остаются одной из актуальных проблем неотложной педиатрии.

Цель исследования. Изучить особенности течения полиорганной недостаточности у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3 мес. до 4 лет с диагностированной полиорганной недостаточностью, находившихся в отделении анестезиологии и реанимации интенсивной терапии (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП.

Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, инструментальные методы исследования.

Результаты обследования: Основными системами органов, вовлеченными в патологический процесс, являлись дыхательная, сердечно-сосудистая, центральная нервная системы. Причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких – 41 (68,3%), комбинированные и сочетанные травмы – 7 (11,7%), сепсис – 12 (20%). Часто случаи развития синдрома полиорганной недостаточности

были отмечены на фоне врожденных пороков сердца – 9 (15%).

У всех 60 (100%) детей диагностирована острая дыхательная недостаточность (ОДН) II степени. В анализах крови (определение величины кислотно-щелочного состояния (КЩС) отмечалось повышение $pCO_2 > 50$ мм рт. ст. и снижение pH крови $< 7,35$.

У 20 (33%) детей диагностирована дыхательная недостаточность III степени. Эти дети при поступлении в клинику были переведены по показаниям на принудительно-вспомогательную вентиляцию легких. Критерием показания к переводу на ИВЛ явилась прогрессирующая дыхательная недостаточность. Сердечно-сосудистая недостаточность наблюдалась у всех 60 детей. На ЭКГ выявлялись различные виды обменно-дистрофических нарушений в миокарде. У 45 (75%) больных детей отмечались признаки нарушения реполяризации (снижение зубцов Т и удлинение интервала Q–Т), у 15 (25%) детей – признаки гипоксии миокарда (высокий заостренный зубец Т, при нормальном интервале Q–Т).

У 13 (21,7%) детей наблюдалось поражение центральной нервной системы, клинически отмечались беспокойство, возбуждение, судороги, ригидность затылочных мышц. У 5 (8,3%) детей с поражением нервной системы наблюдались менингеальные и общемозговые нарушения. Расстройства сознания до коматозного уровня выявлялись у 3 (5%), у 2 (3,3%) детей отмечались судороги клонико-тонического характера.

У 2 (3,3%) детей наблюдались глазодвигательные расстройства (косоглазие), у 1 (1,6%) – нарушение глотания. При спинномозговой пункции у 3 (5%) больных давление спинномозговой жидкости было повышено, в ликворе – небольшой цитоз, небольшое повышение содержания белка.

У 2 (3,3%) детей с печеночной недостаточностью отмечались уплотнение и увеличение размеров печени. При ультразвуковом исследовании печени отмечалось уплотнение паренхимы печени и увеличение размеров. В биохимических анализах крови отмечались повышение уровня общего билирубина в сыворотке крови до $68,4 \pm 1,5$ мкмоль/л, прямая фракция свыше 10%, также превышение АЛТ в 2 раза.

У 2 (3,3%) почечная недостаточность была преренальной. Она проявлялась сниженным диурезом. В биохимических анализах крови уровень креатинина превышал норму и достигал $2,74 \pm 1,9$ мкмоль/л, мочевины – $9,9 \pm 6,1$ ммоль/л. Синдром кишечной недостаточности клинически проявлялся застоем в желудке, нарушением переваривания и всасывания, парезом кишечника. У этих детей в анализах крови отмечалось снижение уровня калия до $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержание адекватной церебральной перфузии. Антибиотикотерапия проводилась введением в лечение не менее двух антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3 поколения+аминогликозиды), в дальнейшем – по чувствительности инфекции к антибиотикам. Симптоматическая терапия включала в себя инфузионно-детоксикационную, препараты, улучшающие реологические свойства крови (прямые и непрямые антикоагулянты), седативные препараты.

Средняя продолжительность лечения детей в ОРИТ составила $11 \pm 5,8$ суток, продолжительность на ИВЛ – $6,3 \pm 1,9$ суток.

Таким образом, клинические признаки, свидетельствующие о поражении дыхательной системы, являлись первыми и наиболее часто выявляемыми симптомами у детей с ПОН, поэтому мероприятия в первую очередь должны быть направлены на обеспечение адекватной вентиляции и устранение тканевой гипоксии.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХОЛАНГИОЦИТОВ В БЕССИМПТОМНОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

В.И. Решетняк, И.В. Маев

ФГБОУ ВО «Российский университет
медицины» МЗ РФ, Москва

Цель. Определить патофизиологию механизма повреждения мелких холангиоцитов при первичном билиарном холангите (ПБХ).

Материалы и методы. Анализ собственных данных и научных публикаций.

Основные положения. Первичный билиарный холангит (ПБХ) – это хроническое холестатическое прогрессирующее заболевание печени, относящееся к холангиопатиям, протекающее с деструкцией, некрозом и/или апоптозом эпителия мелких внутри-, междольковых и септальных желчных протоков. ПБХ предшествует длительный бессимптомный период, который клинически может проявляться слабостью и недомоганием. Обнаружение в этот период антимитохондриальных аутоантител (АМА) в сыворотке крови в титре 1:40 и выше служит патогномоничным маркером развития ПБХ. Показано, что АМА не являются фактором, запускающим деструкцию мелких билиарных эпителиальных клеток (БЭК, холангиоцитов). Остаются непонятными механизмы повреждения БЭК мелких желчных протоков и образования АМА. Желчь является агрессивной средой для БЭК, но холангиоци-

ты желчных путей человека подвергаются воздействию высоких (миллимолярных) концентраций гидрофобных желчных кислот в физиологических условиях без признаков цитотоксичности. К известным факторам защиты, которые поступают в желчь в процессе её прохождения по желчным протокам, относят выработку и секрецию муцина и бикарбоната (HCO_3^-). Для крупных внутри- и внепечёночных протоков уникальным является наличие в их стенке перибиллиарных желез (ПБЖ), которые располагаются в стенке этих протоков, непосредственно связаны с их просветом и синтезируют муцин. Вырабатываемый ПБЖ муцин защищает холангиоциты только крупных желчных протоков!!! Синтез и секреция HCO_3^- осуществляется холангиоцитами как крупных, так и мелких желчных протоков. Так как внутри- и междольковые желчные протоки не содержат ПБЖ, то на этом уровне факторами защиты БЭК от цитотоксического действия желчных кислот служит только HCO_3^- . Последний, за счёт своих буферных свойств, создает слабощелочной pH печеночной желчи в просвете желчного протока. Это поддерживает желчные кислоты в депротонированном состоянии, что защищает БЭК от неконтролируемого трансмембранного проникновения желчных кислот внутрь холангиоцитов, что получило название «билиарный бикарбонатный зонтик». Холангиоциты крупных внутри- и внепечёночных желчных протоков имеют двойную защиту: муциновый гликокаликс, вырабатываемый ПБЖ и бикарбонат, в то время как факторы защиты БЭК мелких желчных протоков представлены лишь выработкой бикарбоната. Появилась теория «дырявого билиарного бикарбонатного зонтика», которая основана на ряде клинических и экспериментальных работ, показывающих недостаточное поступление HCO_3^- в желчные протоки при ПБХ, что приводит к смещению pH внутрипротоковой (печеночной) желчи в слабокислую область и увеличению pH внутри холангиоцита в слабощелочную область. Механизм развития этих изменений связывают с повышенной активностью X-сцепленной микро-РНК 506 (miR-506) в холангиоцитах пациентов с ПБХ, которая приводит к снижению экспрессии и активности инозитол-1,4,5-трисфосфатного рецептора 3 типа ($\text{InsP}_3\text{R3}$) и хлор/бикарбонатного анионообменника 2 (AE2), что сопровождается нарушением секреции HCO_3^- , изменением pH внутри БЭК и pH желчи в протоках, а также потенциально объясняет преобладание этого заболевания у женщин. Изменение pH внутри холангиоцитов и в желчных протоках при ПБХ способствует поступлению и накоплению желчных кислот в холангиоцитах. Внутриклеточное накопление гидрофобных желчных кислот приводит к солюбилизации фосфолипидов и холестерина из мембранных структур и запускает ускоренное старение и апоптоз

БЭК, с постепенным развитием пролиферации, дуктулопии мелких желчных протоков и развитию первых лабораторных признаков холестаза (повышение активности щелочной фосфатазы и γ -глутамилтранспептидазы).

Рис. Механизм повреждения холангиоцитов мелких желчных протоков желчными кислотами при развитии «дырявого билиарного бикарбонатного зонтика» при ПБХ

Разрушение желчными кислотами мембран митохондрий приводит к высвобождению и деградации пируватдегидрогеназного комплекса (ПДГ). Наличие липоевой кислоты в Е2 субъединице ПДГ в 95% случаев приводит к её модификации желчными кислотами с потерей иммунной толерантности и появлением серологической реактивности этого комплекса. Презентация иммуномодифицированного Е2 ПДГ-комплекса лимфоцитам сопровождается стимулированием субпопуляции Т-клеток, что приводит к специфическому продуцированию антимитохондриальных антител (АМА). ПДГ функционирует в каждой клетке и необходима для превращения пирувата в ацетил-КоА, который включается в цикл Кребса и крайне важен для получения энергии АТФ. Аутоантитела при этом способны реагировать с Е2 ПДГ в митохондриях практически любых клеток, что ведет к развитию энергетической недостаточности питания и появлению первого клинического признака ПБХ – слабости.

Заключение. Молекулярные механизмы развития повреждений БЭК желчными кислотами у пациентов с ПБХ позволяют объяснить механизм повреждения мелких холангиоцитов, возникновения дуктулопии, образования АМА, развития слабости, недомогания и быстрой утомляемости уже в бессимптомной стадии ПБХ.

УДВОЕНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

**Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов,
Д.Л. Ким, Д.Н. Эргашев, А.А. Исмаилов,
Б.А. Базаров, К.Н. Саидова**

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

Введение. Одним из вариантов аномалии развития НПВ является ее удвоение, при котором определяются два инфраренальных сегмента НПВ, когда левая НПВ после впадения в нее левой почечной вены пересекает аорту спереди, соединяется с правой почечной веной и правой НПВ. Частота выявления в популяции составляет 0,2–3%. Выделяют полное и неполное удвоение. Данные аномалии НПВ обычно имеют асимптомное течение и выявляются либо при оперативных вмешательствах с

ретроперитонеальным доступом, либо при диагностике с контрастированием.

Описание клинического случая. Больная Х., 15 лет, И/Б № 46554/220, госпитализирована в отделение хирургической трансплантологии 10.12.2022 г. с жалобами на головные боли, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., снижение аппетита, тошноту, общую слабость. Из анамнеза жизни следует отметить, что больная родилась с врожденными аномалиями: атрезия анального сфинктера (со свищем в преддверии влагалища) и агенезия копчика. 09.09.2009 г. перенесла операцию «Лапаротомия, наложение одностольной колостомы» и в апреле 2010 г. – операцию «БППП по Ромуальди».

21.12.2022 г. произведена операция: Гетеротопическая трансплантация почки от живого родственного донора в правую подвздошную область со стентированием правого мочеточника. Наложение эпицистостомы. Дренирование правого забрюшинного пространства.

Особенности интраоперационной картины: после осуществления доступа в правое забрюшинное пространство, подготовки ложа для донорской почки и выделения подвздошных сосудов выявлена аномалия развития НПВ в виде ее удвоения, при котором имеется соединение между правой и левой НПВ на уровне впадения подвздошных вен. Также выявлена высокая локализация бифуркации брюшной аорты с транспозицией подвздошных артерий: правая подвздошная артерия располагалась слева от правой НПВ с последующим ходом в правую подвздошную область, а левая подвздошная артерия располагалась между правой и левой НПВ с последующим переходом в левую подвздошную область.

По причине того, что у больной ИМТ = 15,8 кг/м², узкое тазовое кольцо и глубокое расположение правой подвздошной вены, было решено наложить венозный анастомоз на правую НПВ. При наложении венозного анастомоза по типу «конец в бок» между почечной веной и правой НПВ отмечено истончение стенки НПВ в виде «папиросной бумаги», что затрудняло наложение швов ввиду высокого риска прорезывания последних. После пуска кровотока по НПВ анастомоз герметичен и проходим. Далее сформирован анастомоз по типу «конец в бок» между почечной и правой подвздошной артерией. После пуска кровотока отмечено поступление мочи. В связи с невозможностью установки уретрального катетера, наложена эпицистостома через переднюю стенку мочевого пузыря, которую вывели через контрапертуру над лонной областью. Следующим этапом сформирован пузырно-мочеточниковый анастомоз в области правой боковой стенки мочевого пузыря.

В послеоперационном периоде состояние больной удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Мочеиспускание через эпицистостому, моча обычной окраски.

УЗИ с доплерографией: Контуры почки ровные, четкие, размеры: 12,3х4,5 см. ТПП – 1,2–1,3 см. Пирамидальный рисунок не выражен. ЧЛС не расширены. Лоханка не расширена. Жидкость вокруг трансплантата не визуализируется. При ЦДК: паренхиматозный почечный кровоток прослеживается до капсулы по всем сегментам. Кровоток: дугообразные артерии: max V – 23,0 см/сек, RI – 0,65; сегментарные артерии: max V – 28,0 см/сек, RI – 0,56; Анастомоз: max V – 114,0 см/сек, RI – 0,68. Состояние венозного анастомоза – проходимый, max V – 27 см/с; нижняя полая вена – 0,9 см; мочевого пузыря: объем – пустой.

Больная в удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение нефролога по месту жительства. **Диагноз при выписке:** основной: Аномалия развития мочевыводящих путей. Единственная левая почка. Аплазия правой почки. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. СП программного гемодиализа от 20.06.2022 г. СП наложения АВ фистулы в/3 правого предплечья от 02.08.2022 г.

Осложнение: Хроническая болезнь почки, 5 стадия. Симптоматическая артериальная гипертензия. Нефрогенная анемия Брайта, средней степени тяжести. **Соп.:** Аномалия развития (удвоение) нижней полой вены. Транспозиция подвздошных артерий.

Заключение. Представленный клинический случай подтверждает асимптомное течение аномалии развития НПВ, диагностируемый либо при оперативном вмешательстве, либо при МСКТ брюшной полости. Однако следует учесть, что при наличии у пациента какого-либо врожденного порока развития необходимо также заподозрить вышеописанную аномалию. Диагностика данной патологии в дооперационном периоде, особенно у пациентов на трансплантацию, поможет избежать интраоперационные трудности, т. к. аномалия развития НПВ может быть представлена в виде ее транспозиции или аплазии. Также подобные аномалии могут быть причиной высокого риска развития ХБП с ХПН.

БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ, ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

**Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К.,
Эргашев Д.Н., Ким Д.Л., Исхаков Н.Б.,
Садиков Р.К., Джурсаев Ж.А., Исматов А.А.**

**Республика шошилиньч тиббий ёрдам
илмий маркази, Тошкент**

Кириш. Аъзоларни трансплантация қилиш замонавий тиббиётнинг ажойиб ютуқларидан бирidir. Жаҳон адабиёти маълумотларига кўра, бугунги кунда буйрак трансплантатининг яшовчанлиги буйрак трансплантациясидан кейинги биринчи йилда 98% дан ошади. Бундан ташқари, агар трансплантация тирик донордан амалга оширилса,

трансплантация қилинган буйракнинг функционал қобилиятининг сифати ва давомийлиги янада юқори бўлади. Буйрак трансплантациясидан кейинги даврнинг клиник кечиши турли беморларда сезиларли даражада фарқ қилади ва беморнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатадиган турли даражадаги асоратларнинг ривожланишига олиб келади, бу эса, ўз навбатида, ушбу даврни диққат билан клиник ва лаборатория кузатуви-ни талаб қилади. Донор аъзоси трансплантация қилингандан сўнг, бемор трансплантатни рад этиш-нинг олдини олиш учун умрининг охиригача имму-носупрессив дориларни қабул қилиши керак. Имму-носупрессия, ўз навбатида, ножўя таъсирларга эга бўлиб, беморларда кўплаб қўшимча асоратларни келтириб чиқаради. Буйрак трансплантациясидан кейин учрайдиган эрта асоратлар қуйидагилардир: трансплантатнинг ўткир рад этиши, қон кетиш, гематома, урологик (сийдик найининг некрози, сийдик найи ва сийдик пуфаги анастомозининг стриктураси) ва қон-томир асоратлари (артериал ва веноз анастомозлардаги тромбоз ва стенозлар) ва лимфоцеле. Буйрак трансплантациясидан кейин учрайдиган кеч асоратлар қуйидагилар: трансплан-тат буйрак артерияси стенози, такрорий нефропа-тия ва трансплантатнинг сурункали рад этишидир. Аниқланган асоратларни ўз вақтида даволаш реци-пиентнинг ўлимини камайтириш ва транспланта-ция қилинган буйракнинг яшовчанлигини сақлаб қолиш имконини беради.

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантация-сидан кейин учрайдиган асоратларини эрта таш-хислаш, даволаш ва олдини олиш орқали тирик донордан буйрак трансплантацияси натижаларини яхшилашдир.

Тадқиқот материаллари: РШТЁИМда 2018 йилдан 2024 йилгача ўтказилган 330 буйрак транс-плантациясидан кейинги асоратлари бўлган бе-морларнинг тиббий тарихини ретроспектив таҳлил қилиш.

Тадқиқот натижалари: Буйрак трансплан-тацияси амалиёти амалга оширилган 330 та бе-морнинг 69 (20,9%) тасида турли хил асоратлар юзага келди, жумладан 44 та (63,7%) беморда жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ асоратлар ва 25 та (36,3%) ҳолатда жарроҳлик амалиёти би-лан боғлиқ бўлмаган асоратлар. Жарроҳлик билан боғлиқ асоратлардан 10 та (14,5%) ҳолатда ама-лиётдан кейинги жароҳат соҳасидаги гематома, 3 та (4,3%) ҳолатда веноз анастомоздаги тром-боз, 2 та (2,9%) ҳолатда артериал анастомозда-ги тромбоз, 9 та (13%) ҳолатда лимфоцеле, 3 та (4,3%) ҳолатда артериал анастомоздан қон кетиши, 2 та (2,9%) ҳолатда веноз анастомоздан қон кети-ши, 2 та (2,9%) ҳолатда артериал анастомознинг букилиб қолиши, 2 та (2,9%) ҳолатда веноз анас-томознинг босилиб қолиши, 2 та (2,9%) ҳолатда амалиётдан кейинги чурраларнинг чиқиши, 5 та

(7,2%) ҳолатда жароҳат соҳасининг йиринглаши, 2 та (2,9%) ҳолатда сийдик найининг некрози, 1 та (1,5%) ҳолатда сийдик найи ва сийдик қоқи анастомози соҳасидаги стриктураси, 1 та (1,5%) ҳолатда веноз анастомоз стенози кузатилган. Жарроҳлик билан боғлиқ бўлмаган асоратлардан 3 та (4,3%) ҳолатда трансплантатнинг ўта ўткир рад этиши ва охирида трансплантатнинг олиб ташланиши, 5 та (7,2%) ҳолатда трансплантатнинг ўткир хужайравий рад этиши ва пульс-терапия ўтказилгандан кейин трансплантат фаолиятининг тикланиши, 5 та (7,2%) ҳолатда трансплантат функциясининг кечикканлиги, 4 та (5,8%) ҳолатда трансплантациядан кейинги қандли диабет, 3 та (4,3%) ҳолатда такрорий нефропатия ва 5 та (7,2%) ҳолатда трансплантатнинг сурункали рад этиши кузатилди.

Хулоса: Амалиётдан кейинги асоратларнинг сонига қарамай, беморларга ўз вақтида ташхис қўйиш, даволаш ва кейинги кузатувни тўғри олиб бориш буйрак трансплантатининг нормал ишлашига олиб келди, ўта ўткир рад этишдан ташқари. Амалиётдан кейинги даврда асоратларни ўрганиш ва таҳлил қилиш мумкин бўлган асоратларни башорат қилиш, олдини олиш ва буйрак трансплантатини сақлаб қолиш имконини беради. Юқорида айтиб ўтилган асоратлари бўлган беморлар қониқарли ҳолатда уйга чиқарилди ва амбулатор шароитда нефролог ва трансплантологлар кузатувига юборилди.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ В ПРОГНОЗЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОТ ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

*З.Р. Хайбуллина, А.Х. Бабаджанов,
Э.К. Тургунбаев, Р.Р. Байбеков*

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

Актуальность проблемы. По данным литературы, как кровотечения, так и тромбозы могут развиваться на любом этапе периоперативного периода родственной трансплантации печени (ТП) и сильно ассоциированы с летальностью, которая достигает 30%. Предсказать развитие тромбоза и кровотечения очень сложно. Всё зависит от сбалансированности в системе гемостаза в каждый конкретный мо-

мент времени. Учитывая, что выживаемость после ТП обратно коррелирует с развитием тромботических и геморрагических осложнений, а единый подход к профилактике и лечению этих осложнений отсутствует, мы предприняли попытку изучить особенности системы гемостаза у реципиентов до и после ТП.

Цель исследования. Выявить диагностическую значимость лабораторных тестов в прогнозе неблагоприятных исходов от тромбогеморрагических осложнений при родственной трансплантации печени.

Материалы и методы. Проведено проспективное обсервационное аналитическое исследование случай – контроль у 30 реципиентов доли печени. Пациентов разделили на 2 группы, в зависимости от исходов (благоприятный либо неблагоприятный – тромбоз/кровотечение, приведшие к летальному исходу в раннем послеоперационном периоде). Гемограмму определяли на 5-diff DxH-500 (Beckman-Coulter, USA), коагулограмму – на автоматическом коагулометре ACL-TOP 350 (USA) стандартными наборами реагентов производителя Instrumentation Laboratory Company (Werfen Company, USA).

Результаты. Из 30 пациентов с благоприятным исходом без осложнений было 17 (56,7%), с осложнениями в раннем послеоперационном периоде – 13 (43,3%), из них тромбоз печеночной артерии (ТПА) – у 7 (23,3%), летальный исход в течение раннего послеоперационного периода развился у 5 (16,7%), а у 8 больных осложнения были успешно купированы. По результатам ROC-анализа прогностическую значимость в развитии фатальных тромбогеморрагических осложнений после ТП имеют следующие показатели: снижение антитромбина-III – менее 15%, протеина С – менее 17%, активности плазминогена – менее 21% на первые сутки после вмешательства. Уровень фибриногена менее 160,1 мг/дл в первые сутки после операции с чувствительностью 89% и специфичностью 96% при AUC 0,896, $p < 0,05$ являлся предиктором фатальных тромбогеморрагических осложнений. Прогностическим фактором риска развития геморрагических осложнений после ТП является интраоперационная кровопотеря более 1200 мл. У пациентов с сохранной регуляцией системы гемостаза и синтетической функции печени по выработке плазменных факторов системы гемостаза тромбоз печеночной артерии и кровотечения в послеоперационном периоде удалось успешно разрешить в 6 (85,7%) случаях из 7 при ТПА и в 4 (80%) случаях из 5 при кровотечении.

VI. ВОПРОСЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПРЕСЕПСИНА НА ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Г.Ш. Хамраева¹, Ш.К. Разикова²,
С.Н. Азимова²*

¹Центр развития профессиональной
квалификации медицинских
работников, Узбекистан

²Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Широкая распространенность сепсиса у детей, тяжесть последствий и преждевременной смертности населения остаются важнейшей проблемой здравоохранения в большинстве стран мира. По последним данным ВОЗ, каждый год сепсисом страдает 3 миллиона новорожденных и 1,2 миллиона детей. Три из десяти случаев смерти в результате неонатального сепсиса предположительно вызваны лекарственно устойчивыми патогенами.

Цель работы. Определить значение уровня пресеппина на оценку тяжести сепсиса у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 30 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года, которые находились на лечении в отделении анестезиологии и реанимации и в педиатрических отделениях Республиканского научного центра скорой медицинской помощи. Для оценки тяжести клинического состояния детей в ОРИТ использовались шкала pSOFA.

Всем детям проведено лабораторное и инструментальное обследование, которое включало анализ крови с подсчетом нейтрофильного индекса по стандартной методике (в первые и третьи сутки после госпитализации), биохимический анализ крови и коагулограмму (в первые и третьи сутки госпитализации). При поступлении до получения антибактериальной терапии у детей взята кровь на микробиологический анализ. У всех детей в 24 и 72 ч определялась концентрация в крови уровня пресеппина (ПСП) (на полуавтоматическом иммуноферментном анализаторе Mindray MR-96A (China).

Результаты исследования и их обсуждение. На микробиологическом пейзаже крови у 15 (58%) детей определялся *S.epidermidis*, у 8 (30%) детей – *S.haemolyticus*, в 7 (12%) случаях роста микробов не выявлено.

Анализ концентрации пресеппина в 1–3 сутки позволил установить, что данный ранний воспа-

лительный маркер был повышен в группах детей с пневмонией, осложненной сепсисом. Такая же тенденция сохранялась и в динамике при повторном исследовании данного показателя на 7-й день лечения. При попытке выявления корреляционных связей мы обнаружили статистически значимую ($p<0,05$) положительную связь между уровнями сывороточного пресеппина на 1–3 день жизни и продолжительностью искусственной вентиляции легких ($R=0,34$; $p=0,02$), а также между концентрацией ПСП и количеством дней антибиотикотерапии ($p=0,27$, $p=0,002$). При анализе концентрации пресеппина в исследуемых группах необходимо отметить тот факт, что дети с пневмонией, осложненной сепсисом, у которых впоследствии была диагностирована СПОН (15 пациентов), имели более высокий уровень ПСП в сыворотке крови на 1–3 день жизни ($p=0,0002$). Для проведения ранней диагностики сепсиса у детей мы провели ROC-анализ. Концентрация пресеппина 325 пг/л в сыворотке крови на первые-третьи сутки жизни может служить диагностическим критерием наличия сепсиса на фоне пневмонии.

Заключение. Таким образом, повышение концентрации ПСП может служить ранним диагностическим маркером бактериальной инфекции у детей раннего возраста, а снижение уровня ПСП может служить прогностически благоприятным показателем течения заболевания или надежным маркером эффективности проводимой антибактериальной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

А.А. Абдулхамидов, Х.А. Махмудов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Эффективная профилактика хронической послеоперационной боли является важной клинической задачей. Периоперационная регионарная анестезия остается одним из наиболее важных методов мультимодальной аналгезии. Блокада седалищного нерва используется для лечения послеоперационной боли при переломах костей голени.

Цель. Сравнительная оценка эффективности блокады седалищного нерва в сочетании с дексмедетомидином и дексаметазоном у пациентов с переломами костей голени.

Материалы и методы. Исследование проведено у 30 пациентов с переломами костей голени. В основную группу были включены больные ($n = 15$), которым блокада седалищного нерва проводилась после оперативного вмешательства на операционном столе под ультразвуковой навигацией с использованием 0,5% 20 мл раствора бупивакаина в сочетании с дексмететомидином 1 мкг/кг. В контрольной группе ($n = 15$) аналогичным образом выполняли блокаду в сочетании раствора бупивакаина 0,5% 20 мл с дексаметазоном 4 мг. Всем пациентам проводился стандартный интраоперационный мониторинг (пульс, неинвазивное артериальное давление, ЭКГ, сатурация кислорода, температура тела). Изучалась длительность послеоперационного обезболивания в минутах.

Результаты. Длительность послеоперационного обезболивания в основной группе составила $2052,0 \pm 63,0$ минуты, а в контрольной группе – $1400 \pm 59,0$ минут ($p < 0,05$).

Заключение. По результатам нашего исследования, добавление дексмететомидина в блокаду седалищного нерва в 1,5 раза удлинит время послеоперационного обезболивания, по сравнению с добавлением дексаметазона.

ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ

А.С. Ачилов, Ф.А. Очилов, Б.А. Мустафакулов

Джизакский филиал РНЦЭМП

Оперативные вмешательства при гигантских грыжах передней брюшной стенки являются сложной проблемой для анестезиолога. Это обуславливается специфическими факторами, возникающими при проведении герниопластики. В первую очередь, это уменьшение брюшной полости, влекущее за собой повышение внутрибрюшного давления. Это обстоятельство, в свою очередь, приводит к развитию гемодинамических и респираторных расстройств, проявляющихся в послеоперационном периоде. Вторым фактором является значительная продолжительность и травматичность подобных операций. Сочетание этих факторов предопределяет необходимость проведения ИВЛ в послеоперационном периоде, что само по себе неблагоприятно для больных из-за нарушения дренирования дыхательных путей, задержки активизации больных. В-третьих, больные с гигантскими грыжами в подавляющем большинстве имеют сопутствующую патологию, в частности, сердечно-сосудистые, респираторные заболевания, сахарный диабет, ожирение, что также усложняет задачу анестезиолога и предрасполагает к развитию осложнений.

Цель работы. Целью исследования была разработка оптимального метода анестезиологического пособия при операциях по поводу ущемленных гигантских вентральных грыж.

Материалы и методы исследования. Исследовались 2 группы больных (всего 54), оперированных по поводу ущемленных гигантских грыж. В 1-й, основной группе, было 26 пациентов, во 2-й, контрольной, – 28. По возрастному, половому составу группы были равноценными. 48 пациентов имели сопутствующие заболевания, причем 34 из них имели два и более заболевания. В 1-й группе методом обезболивания была выбрана многокомпонентная анестезия с ИВЛ в сочетании с эпидуральной анестезией. После катетеризации вены и преинфузии 400–500 мл кристаллоидов производили пункцию и катетеризацию эпидурального пространства в положении больного на боку на уровне Th_8-Th_9 . Для анестезии использовали 2% раствор лидокаина в первоначальной дозе 40–60 мг с последующим болюсным введением по 100 мг при появлении признаков неадекватности анестезии. После интубации трахеи анестезию поддерживали изофлураном. После операции обезболивание продолжалось методом эпидуральной аналгезии раствором лидокаина болюсно в течение 2–3 суток. Во 2-й группе проводили многокомпонентную анестезию с ИВЛ на основе фентанила и кетамина. В послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось опиоидами и НПВС. Во время анестезии контролировали артериальное давление, частоту пульса, ЧСС, SpO_2 . Отмечали длительность послеоперационной ИВЛ, качество послеоперационной аналгезии по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), расход наркотических анальгетиков, количество легочных осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным клинического наблюдения и показателям мониторинга, анестезия в обеих группах была адекватной. Гемодинамика в целом оставалась стабильной. В 1-й группе в начале операции, как правило, имело место умеренное снижение АД (на 20–30 мм рт. ст.), обусловленное симпатической блокадой. Увеличение темпа инфузии легко купировало гипотонию. Симпатомиметики (мезатон в дозе 5–10 мг) использовались у 5 пациентов. Газообмен в обеих группах также был нормальным. Значительные различия между группами отмечались по длительности послеоперационной ИВЛ. Так, в 1-й группе этот показатель составил 60–90 мин, в то время как во 2-й группе – 180–240 мин. Это объясняется значительно меньшей фармакологической депрессией дыхания при эпидуральной блокаде. Выраженные различия отмечались и в качестве послеоперационной аналгезии. В 1-й группе оценка интенсивности боли по ВАШ не превышала 1–2 баллов, во 2-й – 4–5 баллов в первые сутки с постепенным снижением

до 2–3 баллов к 3 суткам. Расход промедола в 1-й группе был в среднем 10 мг/сут, во 2-й – 60 мг/сут. Неудовлетворительное качество обезболивания и связанная с ним гиповентиляция стали причиной возникновения пневмонии у 1 больного 2-й группы. В 1-й группе легочных осложнений не было.

Выводы:

1. Многокомпонентная анестезия в сочетании с эпидуральной анестезией обеспечивает качественную антиноцицептивную защиту при операциях по поводу ущемлённых гигантски вентральных грыж, а также создает условия для более раннего перевода больных на самостоятельное дыхание.

2. Послеоперационная эпидуральная анальгезия обеспечивает более качественное обезболивание, что является фактором снижения количества легочных осложнений после герниопластики.

АНЕСТЕЗИЯ С НИЗКИМ И МИНИМАЛЬНЫМ ПОТОКОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

С.М. Бегалиев, В.Я. Ким

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Виды и степень анестезиологической защиты до сих пор являются предметом дискуссий. Неадекватная анестезиологическая защита чревата тяжелыми осложнениями, предпосылки которых закладываются во время операции, однако подобные осложнения можно предотвратить, в том числе и рациональной анестезиологической защитой. В свою очередь, от метода обезболивания требуется обеспечение нейровегетативной защиты и анальгезии, не компрометирующих функции органов и систем.

Ингаляционная анестезия приобретает всё большую популярность, что определяется ее хорошей управляемостью и относительной безопасностью. Это связано с возможностью быстрого достижения требуемой концентрации в организме и при необходимости – столь же быстрого ее снижения, что обеспечивает укорочение индукционных и восстановительных периодов, легкость и точность контроля над этим процессом. Однако во многих странах нет рекомендаций по использованию методики ингаляционной анестезии, поэтому выбор метода обезболивания остается за анестезиологом. В современных условиях всё большее клинико-экономическое обоснование приобретает анестезия малыми и низкими потоками газов носителей ингаляционных анестетиков, которая, в свою очередь, требует соответствующего технологического обеспечения и мониторинга.

Анестезия с низким и минимальным потоком характеризуется скоростью потока свежего газа

(л/мин), который подается в систему дыхательного аппарата ингаляционной анестезии. Главное – чтобы поток свежего газа был существенно ниже, чем минутный объем дыхания пациента. Если установлен более низкий поток свежего газа, анестезирующие газы в воздухе, выдыхаемом пациентом, возвращаются к пациенту через закрытую или полужакрытую систему возвратного дыхания, после того как CO_2 оказывается химически связан. Основа особенностей анестезиологии представлена следующими важными процедурами, применяемыми в анестезии с низким и минимальным потоком:

1. В анестезии с малым потоком газа поток свежего газа снижен до 1,0 л/мин.

2. В анестезии с минимальным потоком газа поток свежего газа снижен до 0,5 л/мин.

В Каракалпакском филиале РНЦЭМП принята и успешно используется методика анестезии минимальным потоком на основе Изофлурана, разработанная Кристианом Хенеманом (St. Marienhospital Vechta Catholic Clinics Oldenburger Münsterland, Marienstraße 6–8, 49377 Vechta, Германия) и Бептом Мирке (St. Elisabeth GmbH, Lindenstraße 3–7, 49401 Damme, Германия), работающими в тесном сотрудничестве с компанией Dräger, которая специализируется на выпуске аппаратов ингаляционного наркоза и респираторов. В клинике используется аппарат ингаляционного наркоза PRIMUS компании Dräger с наличием возможности спонтанного дыхания, а также ИВЛ с контролем по давлению и объему, наличием мониторинга CO_2 , O_2 , концентрации паров анестетика, МАК анестетика и др. стандартных параметров.

Анестезия с минимальным потоком с использованием кислородно-воздушной смеси в качестве газа-носителя использовалась по следующей схеме:

Премедикация: В соответствии с обычной схемой.

Индукция:

- преоксигенация 100% кислородом при потоке 6 л/мин в течение 1–3 минут, с лицевой маской;
- внутривенное введение снотворного средства;
- анальгезия опиатом и релаксация;
- эндотрахеальная интубация или введение ларингеальной маски;
- подключение пациента к дыхательному контуру.

Начальная фаза: Настройки потока свежего газа. Кислород – 1 л/мин, воздух – 3 л/мин. Поток – в 4 л. Настройки испарителя Изофлуран 2,5 об.%. Концентрация вдыхаемого кислорода стабилизируется в диапазоне между 35 и 40 об.%.

После достижения целевого значения MAC 0,8–1,0. Снижение потока свежего газа для кислорода – до 0,3 л/мин, для воздуха – до 0,2 л/мин (68% кислород и 0,5 л/мин поток свежего газа).

Увеличение настройки испарителя для Изофлурана – до 5 об.%.
Реверс анестезии. Снижение настройки испарителя до 0% примерно за 10 минут до окончания операции. Поддержание низкого потока – 0,5 л/мин. Переключение на самостоятельное дыхание. После завершения шва, до экстубации: продувка системы 100% кислородом при потоке 6 л/мин. Послеоперационный уход за пациентом в соответствии с обычными внутренними процедурами клиники.

Таким образом, использование мало- и низкочастотной анестезии как выбора оптимального метода анестезии, с дифференцированным подходом повышает эффективность и безопасность анестезиологического пособия, адаптацию его к особенностям оперативного вмешательства и способствует снижению количества осложнений как в интра-, так и в послеоперационном периодах.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИСХОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

С.Х. Ибрагимов, Р.А. Ибадов

ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Увеличение числа, длительности и агрессивности хирургических вмешательств делает всё более актуальной проблему послеоперационных легочных осложнений. Одно из ключевых мест среди них занимает острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), частота которого может достигать 25%. Существующая на сегодняшний день ограниченная информация об эпидемиологии, распознавании, ведении и исходах пациентов с ОРДС затрудняет разработку эффективных стратегий лечения и улучшение клинических результатов.

Цель исследования. Оценить заболеваемость и исходы ОРДС в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), а также оценить алгоритмы респираторной поддержки и использование вспомогательных средств в рутинной клинической практике для пациентов, соответствующих современному определению ОРДС.

Материал и методы. Большое обсервационное исследование для понимания воздействия тяжелой острой дыхательной недостаточности представляло собой одноцентровое ретроспективное и проспективное когортное исследование пациентов, подвергающихся инвазивной (ИВЛ) или неинвазивной искусственной вентиляции легких (НИВЛ).

Исследование проводилось с 2008 по 2024 г. в выборке из 25112 пациентов.

Результаты. Из 25112 пациентов после обширных хирургических вмешательств, поступивших в ОРИТ ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова», 2484 (9,9%) соответствовали критериям послеоперационных легочных осложнений. Зафиксировано значимое сокращение заболеваемости с 16,8% до 8,4% ($p < 0,001$) за 10-летний период исследования. Из них у 1225 пациентов в первые 48 часов развился ОРДС. Распространенность легкого ОРДС составила 38,0% (466 из 1225; 95% ДИ, 29,2%–43,4%), умеренного ОРДС – 40,1% (491 из 1225; 95% ДИ, 23,8%–34,3%), тяжелого ОРДС – 21,9% (268 из 1225; 95% ДИ, 33,4%–58,1%). Клиническое распознавание ОРДС колебалось от 52,0% (95% ДИ, 27,5%–35,0%) при легкой форме, до 77,5% (95% ДИ, 54,8%–71,8%) при тяжелой форме ОРДС. Менее двух третей пациентов с ОРДС получали дыхательный объем ≤ 8 мл/кг от прогнозируемой массы тела. Давление плато было измерено у 42,3% (95% ДИ, 28,2–40,1), тогда как у 81,4% (95% ДИ, 51,0%–64,1%) было получено положительное давление конца выдоха (ПДКВ) менее 12 см водного столба. Положение на животе использовалось у 14,3% (95% ДИ, 12,7–18,2%) пациентов с тяжелым ОРДС. Клиническое распознавание ОРДС было связано с более высоким ПДКВ, более частым применением нервно-мышечной блокады и положением лежа на животе. Госпитальная смертность составила 9,2% (95% ДИ, 22,4%–28,5%) для пациентов с легкой формой, 27,9% (95% ДИ, 35,4%–41,3%) для пациентов со средней степенью тяжести и 53,8% (95% ДИ, 21,9%–30,4%) для пациентов с тяжелым ОРДС.

Заключение. Общая частота развития ОРДС после различных хирургических вмешательств составила 9,9% от числа госпитализаций в ОРИТ ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова». Зафиксировано значимое сокращение заболеваемости: с 14,8% до 5,4% ($p < 0,001$) за 17-летний период исследования, что свидетельствует о потенциале улучшения ведения пациентов с послеоперационными легочными осложнениями и ОРДС. Эти данные указывают на возможность снижения смертности и улучшения исходов лечения при более эффективном управлении такими осложнениями.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП

*Ш.М. Йулдашев, Д.Р. Умаров,
Г.Х. Аббосхонов, А.А. Абдулхамидов*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение. Двигательная активность – экскурсия грудной клетки – усиливает боль при множественных переломах ребер. Купирование боли после перелома ребер важно не только для обеспечения комфорта пациента, но и для предотвращения развития легочных осложнений, для обеспечения адекватной глубины дыхания, а также возможности кашля и движения. При нормальном и глубоком дыхании происходит натяжение кожи, что само по себе является болезненным. Пациенты с переломами ребер рефлекторно ограничивают глубину дыхания, предотвращая растяжение кожи в области раны. Невозможность кашля обусловлена затруднением глубокого вдоха и выдоха. Активный выдох и сдерживание кашля приводят к закрытию дыхательных путей, пневмонии и ателектазам. ESPB (Erector Spinae Plane Block) – блокада мышцы, выпрямляющей позвоночник, – это относительно новый метод регионарной анестезии под УЗИ-контролем для лечения острой и хронической боли в передней, задней и латеральной областях грудной клетки. ESPB блокирует дорсальные и вентральные ветви грудных спинномозговых нервов, расположенных в плоскости между мышцей, выпрямляющей позвоночник, и поперечными отростками грудных позвонков.

Материалы и методы. В Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицины за 2020–2021 гг. провели ESPB под УЗИ-контролем у 22 пациентов с множественными переломами ребер. Вводили местный анестетик – раствор бупивакаина 0,25% 20 мл в плоскость между мышцей, выпрямляющей позвоночник, и поперечными отростками грудных позвонков, по 5 мл с повторными аспирациями. После блока ко всем пациентам применили мультимодальное обезболивание в виде Парацетамола 1000мг в/в и Анальгина 2000мг в/в. Возраст – от 18 до 70 лет, из них 15 мужчин (60%) и 7 женщин (40%). Первичными результатами была оценка боли по ВАШ (визуальная аналоговая шкала) после 30 минут ESPB блока.

Результаты. До выполнения ESPB блока все пациенты испытывали боль по ВАШ >7 баллов, через 30 минут после ESPB блока все пациенты испытывали боль по ВАШ <3 балла. Осложнений нет.

Вывод. ESPB блок под УЗИ-контролем эффективно обезболивал область грудной клетки на 50%, что позволяет активизировать пациента и улучшает подвижность грудной клетки (возможность активного кашля).

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.Б. Намазова

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Послеоперационная боль возникает после любой операции, независимо от ее травматичности и продолжительности. Она отмечается как после минимальных амбулаторных вмешательств, так и после высокотравматичных многочасовых операций. Конечно, интенсивность послеоперационной боли в этих случаях бывает разная. Выраженный болевой синдром увеличивает вероятность послеоперационных осложнений, повышает стоимость лечения, удлиняет сроки восстановления пациента. Когда боль хорошо контролируется после операции, улучшается аппетит, повышается двигательная активность, нормализуется сон. Показано, что адекватное купирование послеоперационной боли приводит к более быстрому заживлению послеоперационной раны. Имея в наличии арсенал современных анальгетических препаратов, у большинства пациентов можно достичь достаточного купирования болевого синдрома даже после больших операций. В настоящее время наиболее рациональным методом послеоперационного обезболивания является использование комбинации нескольких препаратов разных механизмов действия (мультимодальная аналгезия). Наиболее частым сочетанием анальгетиков являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) (кетонал, кетовов, зинкар, ксефокам и др.) и наркотический анальгетик (промедол, морфин и др.). При комбинированном использовании анальгетиков уменьшаются дозы препаратов, необходимые для адекватного обезболивания. В результате снижается выраженность побочных эффектов от анальгетиков (например, наркотические анальгетики в больших дозах часто вызывают тошноту и запоры, а нестероидные противовоспалительные препараты могут способствовать развитию эрозий и острых язв в желудке).

Целью нашего исследования явилась необходимость выяснить, снижается ли потребность в наркотических анальгетиках, если в послеоперационном периоде используется мультимодальная аналгезия.

Материалы и методы. 2 группы больных (51) в раннем послеоперационном периоде, которые находились в отделении хирургической реанимации. Все больные были сопоставимы по возрасту, объему оперативного вмешательства. В 1-й, контрольной группе больных (27), изученных ретроспективно, больные получали, с целью обезболивания, наркотические анальгетики, которые вводились в/в или в/м. В основной группе пациенты (24), на-

ряду с наркотическими анальгетиками, получали НПВС.

Результаты. В результате данного исследования выяснилось, что в группе, где применялись только наркотические анальгетики, суммарные дозы последних были выше, чем у пациентов основной группы. Кроме того, пациенты основной группы раньше отказывались от обезболивающих препаратов вследствие прекращения болевого синдрома в послеоперационном периоде. У больных основной группы уменьшились сроки восстановления после операции.

Выводы. Таким образом, при использовании мультимодальной анальгезии в послеоперационном периоде снижается потребность в наркотических анальгетиках, уменьшается риск развития побочных эффектов анальгетиков, снижается стоимость лечения, укорачиваются сроки восстановления пациента. При использовании комбинации анальгетиков боль хорошо контролируется после операции, улучшается аппетит, повышается двигательная активность, нормализуется сон – гораздо раньше, чем при монотерапии.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

*В.Г. Пасько, В.В. Бояринцев, С.В. Журавлев,
Д.Е. Кутепов, Д.В. Момот*

Клиническая больница № 1 (Волинская)
Управления делами Президента РФ

Центральная государственная медицинская
академия Управления делами
Президента РФ, Москва

Актуальность. Совершенствование реанимационных технологий способствует увеличению числа лиц, перенесших критические состояния (КС). Среди выживших лиц отмечается рост полинейромиопатий критических состояний. Нервно-мышечные нарушения выявляются у 57% (в диапазоне 9–87%) пациентов, находящихся в КС.

КС сопровождаются сначала ограничением функций, затем потерей массы тканей и органов, развивается ПОН. Неделя постельного режима приводит к потере примерно 7% ОЦК, сила и мышечная масса снижаются на 4–5%. В КС больному поступает огромный поток возбуждающей афферентации, нарушается биоритм сна и бодрствования, возникают психические расстройства – от беспокойства до делирия. Требуется применение снотворных, нейролептиков, которые не решают проблему активизации пациентов, а усугубляют.

Длительное замещение функций приводит к их утрате: ИВЛ – к утрате спонтанного дыхания из-за слабости дыхательных мышц грудной стенки и

диафрагмы; поддержание кровообращения катехоламинами – к надпочечниковой недостаточности и гипотонии; седация – к тяжелому угнетению высшей нервной деятельности. У обездвиженных пациентов «тают» скелетные мышцы, особенно нижних конечностей, и это приводит к большим проблемам восстановления их силы, массы. Теряется способность не только ходить, стоять, сидеть, но и двигаться в постели. Обездвиженность приводит к тромбозам.

В КС, как и травматической болезни, мы выделяем 4 периода: 1 – острый – период шока (6–48 часов); 2 – подострый – ранний период полиорганной недостаточности (ПОН) (от 3 до 7 суток); 3 – поздний период ПОН (высока вероятность развития инфекционных осложнений) – от 2 недель до 1 месяца; 4 – период реконвалесценции.

Лечение КС в остром периоде: 1. Операция с максимально возможным восстановлением функции. 2. Восстановление гемодинамики – восполнение ОЦК, ГО (Нв = 90–100 г/л). 3. Обеспечение доставки O_2 тканям. 4. Лечебно-охранительное торможение ЦНС. 5. Обезболивание. 6. При необходимости – экстракорпоральные методы лечения. *Реабилитация противопоказана!*

Многоуровневое обезболивание. Афферентная блокада: регионарная анестезия + НПВС + антигистаминные. Продленное регионарное обезболивание с использованием катетерной техники в течение 3–5 дней полностью купирует болевой синдром и обеспечивает лечебно-охранительное торможение ЦНС. Нейровегетативная защита: нейролептики, ганглиолитики. Воздействие на перцепцию боли (в ЦНС): наркотические анальгетики, перфалган, транквилизаторы, общие анестетики. Во 2-й период КС: уменьшение седации и использование анальгетических концентраций местных анестетиков при продленных блокадах. 3-й период КС: применение НПВС, обезболивающих пластырей, физиотерапевтических методов, ЛФК.

Лечение КС в подостром периоде. 1. Доставка кислорода тканям – различные варианты респираторной поддержки: от ингаляции O_2 до различных вариантов ИВЛ. Чем дольше ИВЛ, тем труднее восстановить спонтанное дыхание, тем больше инфекционных осложнений со стороны дыхательных путей и смежных структур (полисинуситы, свищи трахеи и пищевода, медиастинит и др.).

2. Оптимизация кровоснабжения тканей, восстановление микроциркуляции. Норадреналин желателно сочетать с допамином для сохранения кровотока внутренних органов. Для восстановления микроциркуляции – гепарин, папаверин, глюкозо-новокаиновая смесь. Применение серотонина 1 мг/час увеличивает объемную скорость капиллярного кровотока в 20 раз, быстро купирует ОРДС. Для профилактики реперфузионного

синдрома и вторичного повреждения тканей необходимо применять аллопуринол 300 мг/сут, а для лечения оксидативного стресса – мексидол – 800–1200 мг/сут.

3. Дальнейшее лечение и устранение всех видов ПОН. Адекватное восполнение энергетических потребностей – от парентерального до полноценного энтерального питания. Важен глютамин (дипепти-вен) для восстановления альвеолоцитов, энтероци-тов.

4. Начало реабилитации – после выхода из шока – облегченная физиотерапия и ЛФК.

Реабилитация дыхания и гемодинамики в боль-шинстве случаев понятна реаниматологам, но ино-гда требуется привлечение кардиологов, пульмо-нологов. Реабилитация психического статуса – с психиатрами, неврологами: лечение делирия, ког-нитивных расстройств, нормализация сна и бодр-ствования. Реабилитация питательного статуса – с гастроэнтерологами, нутрициологами. Реабилитация иммунной системы: коррекция клеточного иммунитета на ранних этапах КС (имунофан и по-лиоксидоний), на поздних – иммуноглобулины. Реабилитация двигательной активности: смена положений тела, пассивная гимнастика, массаж, электростимуляция мышц конечностей, туловища, Корвит.

Поздний период КС: дальнейшее лечение сарко-пении, расширение физиотерапии и ЛФК с увеличе-нием нагрузок и объема движений (мотомед и т. д.).

Вывод. Быстрая стабилизация органов и си-стем, раннее начало реабилитационных меропр-ятий сокращают длительность ИВЛ, пребывание в палатах ИТ и уменьшают расходы на лечение боль-ных, перенесших КС.

ПРОВЕДЕНИЕ РЕКРУТМЕН-МАНЕВРА ПОД КОНТРОЛЕМ ТРАНСПУЛЬМОНАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Д.М. Сабиров¹, А.Л. Росстальная^{1,2},
Х.Х. Дадаев², А.У. Тахиров²

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских
работников¹, Узбекистан

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи²,
Ташкент, Узбекистан

Несмотря на определенные успехи, достигну-тые в последние десятилетия при лечении боль-ных с ОРДС, летальность при них остается высокой. Респираторная поддержка и ведение пациентов с ОРДС должно быть направлено на быстрое понима-ние состояния стадии поражения легких и степени ателектазирования, которое позволит правиль-но подобрать РЕЕР, купировать гипоксию и про-

извести рекрутмент-маневр легких. Подбор РЕЕР производится индивидуально, поэтому контроль транспульмонального давления в данной ситуации является наиболее идеальным.

Цель исследования. Анализ и подбор РЕЕР при помощи измерения транспульмонального дав-ления, а также сравнение времени нахождения на ИВЛ больных с ОРДС.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и анализ 79 пациентов, находивших-ся в отделении нейрохирургической реанимации РНЦЭМП в период с 2018 по 2023 г. Пациенты от-носились к категории тяжелых и крайне тяжелых больных. По шкале APACHE II баллы варьировали от 7 до 31 (в среднем – 16,1±4,8 балла). Все пациенты были с диагнозом «сочетанная тяжелая черепно-мозговая травма», были прооперированы по поводу удаления гематом объёмами от 25 до 130 мл. У всех больных была закрытая травма грудной клетки. На основании критериев The Berlin Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) был установ-лен диагноз ОРДС, легочная форма. Больные были разделены на две группы, в зависимости от спосо-ба подбора РЕЕР. 1 группа (n = 39): респираторная поддержка проводилась в традиционных режимах, клинический подбор РЕЕР по DP (driving pressure), C, SpO₂, 2 группа (n = 40): респираторная поддерж-ка проводилась также в традиционных режимах, а РЕЕР подбиралось в зависимости от уровня транс-пульмонального давления. Измерение транспуль-монального давления проводилось 3 раза в сутки.

Результаты и их обсуждение. Во второй груп-пе транспульмональное давление у пациентов ва-рьировало от 10 до 22. При этом в результате иссле-дования выявлено, что подбор РЕЕР при помощи измерения транспульмонального давления по-зволило в ранние сроки рекрутировать легкие. По данным параметров вентиляции обращает на себя внимание увеличение Vt, время вдоха и выдоха, VCO (объем выделяемой углекислоты), комплаенса и PaO₂ после оптимального подбора РЕЕР. За пер-вые 2 часа получен прирост PaO₂ /FiO₂ с 154,2 ± 11,4 до уровня 209,5 ± 10,1 (p < 0,01). В последующем от-мечалась его стабилизация на уровне 244,8 ± 13,1 че-рез 6 часов и 280,8 ± 20,3 через 12 часов.

В первой группе проводился клинический под-бор РЕЕР по DP, C, SpO₂ и находился в пределах 5–8 mbar. За первые 2 часа получен прирост PaO₂ /FiO₂ с 156,1 ± 10,6 до уровня 179,2 ± 12,1 (p < 0,01), через 6 часов – 187,2 ± 11,4 и через 12 часов – 228,1 ± 19,7 мм рт. ст.

Выводы. Таким образом, анализ динамики ре-спираторных показателей при применении подбо-ра РЕЕР легких во второй группе больных показал достоверное улучшение напряжения кислорода в артериальной крови и PaO₂/FiO₂ на всех этапах ис-следования. Своевременная оценка транспульмо-

нального давления позволяет произвести рекрутирование альвеол при помощи индивидуального подбора РЕЕР, а также определить эффективность проведенного маневра. Всё это в комплексе позволяет не только улучшить респираторный прогноз, но и сократило время нахождения во второй группе на $2,6 \pm 1,3$ дня на респираторе.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Д.М. Сабиров¹, А.Л. Росстальная^{1,2},
Х.Х. Дадаев², А.У. Тахиров²*

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских
работников¹, Узбекистан

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи², Ташкент, Узбекистан

Ни для одного специалиста интенсивной терапии не секрет, что залогом адекватной респираторной поддержки проходимости дыхательных путей является правильный расчет задаваемых параметров вентиляции легких, поэтому целью нашего исследования явился анализ и вычисление процента эффективности применения виброакустической терапии у больных, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с дыхательной недостаточностью (ДН), а также подсчет времени пребывания на респираторе.

Материал и методы. Было проведено обследование и анализ 183 пациентов, находящихся в отделении нейрохирургической реанимации в период с 2019 по 2023 год. Средний возраст больных составил $34,4 \pm 5,4$ года (от 18 до 79), из них 64% составили мужчины и 36% – женщины. В исследование вошли все пациенты с развившейся ДН на фоне проводимой ИВЛ. Всем пациентам был поставлен диагноз «пневмония», которая явилась причиной прогрессирования ДН. Респираторная поддержка осуществлялась в режиме SIMV VC или SIMV PC (FiO_2 30–40%, P_{asb} 8–15 mbar, P_{ins} 10–25 mbar, РЕЕР >8 mbar, I: E= 1:1 или 1:2). Параметры ИВЛ подбирались индивидуально. Больные были разделены на две группы: I группа (n=89) – ведение больных с применением традиционной терапии и респираторной поддержки, II группа (n=94) – ведение больных с применением традиционной терапии и «VibroLung» во время респираторной терапии. Виброакустическая терапия применялась с целью улучшения дренажной функции и рекрутирования альвеол. Процедура повторялась от 3 до 6 раз в сутки (в некоторых случаях – до 10 сеансов), в зависимости от выделяемого секрета. Антибиотикотерапия проводилась согласно результатам бактериологического исследования мокроты.

Результаты и обсуждение. Выявлено преимущество применения респираторной поддержки с применением виброакустической терапии. Обращают на себя внимание параметры респираторной механики и газообмена. Так, во второй группе видно явное преимущество уже на первые сутки (I группа: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – $188 \pm 29,2$, II группа: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ – $297 \pm 30,4$). Клинически отмечается улучшение дренажной функции легких, повышение комплаенса, увеличивался дыхательный объем, увеличивалась SpO_2 на фоне снижения FiO_2 до 30%. Кроме того, среднее время нахождения на ИВЛ в I группе составило $5,4 \pm 4,2$ суток, а во второй группе – $2,6 \pm 1,2$ суток. Хотелось также отметить, что профилактическое применение виброакустической терапии рутинно у всех больных позволило улучшить дренаж трахеобронхиального дерева, сократить ателектазирование альвеол и сократить частоту санации трахеобронхиального дерева.

Выводы. Применение виброакустической терапии позволило в комплексе с респираторной поддержкой сократить время нахождения пациентов на респираторе. Всё это дало возможность достоверно предотвратить прогрессирование развития дыхательной недостаточности, а продолжительность нахождения больного на респираторе сократилось в 2 раза.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

У.Р. Усмонов, Ф.О. Кудратов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Наиболее типичными проявлениями патологии мозга при сосудистой патологии являются когнитивные расстройства – нарушения памяти, способности к обучению, отсутствие собственного мнения, нарушение эмоционального контроля и социального поведения. Потенциальными факторами риска ПОКД являются также генетическая предрасположенность и уже имеющиеся у больных когнитивные нарушения, то, что имеет место у больных с гипертонической болезнью.

Вместе с тем до настоящего времени практически отсутствуют данные о частоте развития когнитивного дефицита (КД) после операции у больных гипертонической болезнью при различных видах анестезии.

Цель исследования. Определить проявление и распространенность когнитивных расстройств у больных гипертонической болезнью после оперативных вмешательств, выполненных в условиях общей многокомпонентной анестезии.

Материал и методы. Исследование было проведено в хирургических отделениях на базе Роми-

танского ЦРБ в период 2020–2021 гг. Оперативное вмешательство проводили в условиях общей многокомпонентной анестезии с искусственной вентилацией легких.

Тестирование когнитивных функций проводилось у наблюдаемых 54 (женщин – 31, мужчин – 23) больных в возрасте от 20 до 59 лет. Их них 20 больных были без гипертонии в анамнезе (1 группа) и 34 больных с гипертонической болезнью в анамнезе (2 группа). Для достижения заданной цели нами было проведено исследование когнитивной функции у пациентов обеих групп с различной хирургической патологией до операции и на 3 и 5 сутки после оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. При оценке когнитивных функций в послеоперационном периоде ПОКД у больных верифицировали по ухудшению результатов теста из «10 слов» не менее чем на 20% по сравнению с исходными данными. У больных 1 группы при тестировании до операции КД не было выявлено. Во второй группе КД до операции выявлено у 30 больных (88,2%). При этом снижение объема краткосрочной памяти отмечено на 20–30%. Клиническая картина ранней ПОКД у наблюдаемых нами пациентов после операций отличалась более выраженным снижением устойчивости внимания, темпов и объема краткосрочной памяти по сравнению с больными без гипертонии в анамнезе. Если ухудшение результатов теста «10 слов» у больных 2 группы до операций составляло 20–30%, то после операций – 60–70%.

Таким образом, общая анестезия и гипертоническая болезнь как факторы взаимоотношающиеся оказывают существенное негативное влияние на состояние когнитивных функций.

Вывод. Полученные сведения о распространенности ПОКД у пациентов с гипертонической болезнью в условиях общей анестезии позволяют на научной основе определить характер и объем требуемой мультидисциплинарной помощи больным в пери- и послеоперационном периоде.

ПРОТОКОЛ ERAS В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

В.Х. Шарипова, К.Ш. Бокиев

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

Цель исследования. Применение и адаптация некоторых компонентов протокола ERAS в экстренной хирургии с оценкой их клинических результатов.

Материал и методы исследования. В исследование включены 203 пациента, проходившие лечение в РНЦЭМП с диагнозом «перитонит» в период с

2021 по 2022 г. Пациенты разделены на 2 группы. 1-ю, контрольную группу, составил 101 пациент, к которым не применяли в периоперационном периоде адаптированные компоненты ускоренного восстановления после операции (ERAS-протокол). 2-ю, основную группу, составили 102 пациента, к которым применяли компоненты протокола ускоренного восстановления в периоперационном периоде. Средний возраст пациентов составил $42,1 \pm 17,6$ года, из них мужчин было 155, (76,4%), женщин – 48 (23,6%). Все пациенты оперированы по поводу перитонита. Перитонеальный индекс Мангейма в контрольной группе составил $16,1 \pm 6,1$ балла, в основной группе – $15,8 \pm 5,1$ балла. Применялись следующие компоненты протокола ERAS: раннее кормление, ранняя активизация, ранее удаление желудочного зонда, раннее удаление мочевого катетера. Исследовались клинические результаты: время восстановления перистальтики, развитие цистита и инфекции мочевого тракта, длительность нахождения в реанимационном отделении и в стационаре.

Результаты исследования. Показатель времени первого приема жидкости в сравнении между группами выявил, что в основной группе данный показатель составил $2,25 \pm 1,05$ суток, в контрольной группе этот показатель был достоверно выше на 59,5%, составив $5,57 \pm 1,30$ суток ($p < 0,001$). Время удаления желудочного зонда в контрольной группе составило $5,85 \pm 1,75$ суток, что было достоверно больше на 65% по сравнению с основной группой, где данный показатель составил $2,03 \pm 0,75$ суток ($p < 0,001$). Пациенты основной группы активизировались на $2,78 \pm 1,35$ суток (95% ДИ 2,52–3,05), что было достоверно на 58,5% быстрее ($p < 0,001$), чем у пациентов контрольной группы, которые активизировались в среднем на $6,70 \pm 2,64$ суток (95% ДИ 6,18–7,22). Время удаления мочевого катетера в группе с применением протокола ускоренного восстановления составило $1,88 \pm 0,62$ суток (95% ДИ 1,76–2,00), в группе без применения протокола ускоренного восстановления составило $6,08 \pm 1,83$ суток (95% ДИ 5,72–6,44), что достоверно дольше на 69% ($p < 0,001$). В контрольной группе наличие цистита и ИМТ, которые проявлялись дизурическими явлениями, лейкоцитурией и повышением температуры тела, отмечались у 34 пациентов (33,7%). В основной группе подобные явления выявлялись у 9 пациентов (8,8%). В соответствии с вышеуказанными данными, при оценке наличия цистита и ИМТ в сравнении между группами были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$), равные 73,5%. При сравнительном анализе показателя времени восстановления перистальтики кишечника выявлено статистически значимое различие ($p < 0,001$), проявляющееся в более раннем восстановлении перистальтики ки-

шечника в основной группе, где данный показатель составил $2,15 \pm 0,79$ суток (95% ДИ 1,99–2,30). В контрольной группе данный показатель составил $5,59 \pm 1,33$ суток (95% ДИ 5,33–5,86), что на 61,5% дольше, чем в основной группе. Длительность нахождения в реанимационном отделении пациентов контрольной группы составила $7,61 \pm 3,30$ суток (95% ДИ: 6,96–8,27), что достоверно на 65% выше, чем время нахождения в реанимационном отделении пациентов основной группы, где данный показатель составил $2,67 \pm 0,93$ (95% ДИ: 2,49–2,86). Длительность нахождения пациентов контрольной группы в стационаре составила $11,9 \pm 8,9$ суток (95% ДИ: 10,1–13,7), в основной группе – $4,3 \pm 2,1$ суток (95% ДИ: 3,9–4,8). Сравнительный анализ длительности нахождения пациентов обеих групп в стационаре выявил статистически значимые различия, разница которых составила 63,8%.

Выводы. Применение компонентов протокола ERAS в экстренной хирургии способствует улучшению клинических результатов исследования и может быть адаптировано и рекомендовано к применению у пациентов, оперированных по поводу перитонита различной этиологии.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТОКОЛА ERAS

В.Х. Шарипова, К.Ш. Бокиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Ускоренное восстановление после операции (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery) – это программа ускоренной послеоперационной реабилитации пациентов после различных хирургических вмешательств. Программа предусматривает комплекс мер, направленных на ускорение реабилитации пациентов и уменьшение сроков госпитализации после плановых хирургических вмешательств. Это мультидисциплинарный подход, основанный на принципах доказательной медицины.

Цель исследования. Определение корреляционной связи компонентов протокола ERAS с клиническими исходами лечения в послеоперационном периоде у пациентов после экстренных оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования. В исследование включены 203 пациента, которые разделены на 2 группы. 1-ю, контрольную группу, составил 101 пациент, к которым не применяли в периоперационном периоде адаптированные компоненты ускоренного восстановления после операции (ERAS-протокол). 2-ю, основную группу, составили 102 пациента, к которым применяли компоненты протокола ускоренного восстановления в пери-

перационном периоде. Средний возраст пациентов составил $42,1 \pm 17,6$ года, из них мужчин было 155 (76,4%), женщин – 48 (23,6). Пациентов с острым гангренозным аппендицитом было 61 (30%) от общего количества пациентов. Из этого количества диффузный гнойно-фибринозный перитонит отмечался у 25 пациентов (12,3%), местный гнойный перитонит – у 36 пациентов (17,7%). Пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, было 142 (70%) от общего количества пациентов ($n=203$). Из них диффузный фибринозно-гнойный перитонит выявили у 40 пациентов, что составило 19,7%, а разлитой серозно-фибринозный перитонит отмечался у 102 пациентов, что составило 50,2% от общего количества больных. Все пациенты оперированы по экстренным показаниям. Корреляционная связь устанавливалась между нижеследующими показателями в послеоперационном периоде: наличие послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), развитие пневмонии в послеоперационном периоде, время восстановления перистальтики ЖКТ, время первого приёма жидкости, время ранней активизации пациента, время удаления желудочного зонда, время удаления мочевого катетера, развитие инфекции мочевого тракта, длительность нахождения в реанимационном отделении, длительность нахождения в стационаре. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.0.7 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Результаты исследования. Проведенный статистический анализ корреляционной зависимости компонентов протокола ускоренного восстановления выявил значительную корреляционную связь некоторых компонентов протокола с клиническими исходами в послеоперационном периоде. Раннее начало приёма жидкости внутрь привело к раннему восстановлению перистальтики кишечника (коэффициент корреляции – 0,729). Ранняя активизация пациентов способствовала уменьшению времени начала перистальтики кишечника (коэффициент корреляции – 0,791), снижению случаев развития пневмонии в послеоперационном периоде на 43,3%, а также длительности нахождения в реанимационном отделении (коэффициент корреляции – 0,840). Отсутствие пареза кишечника способствовало более ранней активизации пациентов на более чем 2,3 суток, что, в свою очередь, имело высокую корреляционную связь с длительностью нахождения в реанимационном отделении (коэффициент корреляции – 0,789). При наличии развившегося в послеоперационном периоде делирия время активизации пациентов достоверно удлинялось на 21,5%. Раннее удаление желудочного зонда имело корреляционную связь с ранним восстановлением перистальтики кишечника (коэффициент корреляции – 0,849). Статистическая взаимосвязь

имелась также между показателем развития пареза кишечника и количеством использованных наркотических анальгетиков. Отсутствие послеоперационного делирия способствовало снижению длительности нахождения пациентов в реанимационном отделении на 68%. Раннее удаление мочевого катетера имело высокую корреляционную связь с уменьшением развития осложнений со стороны мочевого тракта. Опиоидсберегающие технологии мультимодального обезболивания способствовали ранней активизации пациентов, раннему восстановлению перистальтики кишечника, снижению сроков нахождения в реанимационном отделении.

Выводы. Протокол ERAS и его компоненты легко могут применяться у пациентов после экстренных хирургических вмешательств по поводу перитонита различной этиологии и являются перспективным направлением в плане широкого внедрения в различные звенья экстренной хирургии, так как наглядно доказывают свою клиническую эффективность.

БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИДА РЕЦИПИЕНТЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ МАҚСАДИДА РЕГИОНАР АНЕСТЕЗИЯ УСУЛЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

*Шарипова В.Х., Сиябаев Ф.Х., Алимов А.Х.,
Султанов П.К.*

**Республика шошилиinch тиббий ёрдам илмий
маркази Тошкент, Ўзбекистон**

Кириш. Охириги йилларда буйрак трансплантациясини ривожланиши реципиентларни буйрак трансплантациясидан кейинги даврда оғриқсизлантириш сифатини яхшилашни талаб қилмоқда. Реципиентларда мультимодал оғриқсизлантириш доимо бир нечта муаммолар туфайли қийинчилик туғдирган: ностероид яллиғланишга қарши воситаларнинг потенциал нефротоксиклиги, вақтинчалик буйрак етишмовчилиги туфайли морфин метаболитлари клиренсининг пасайиши, беморларда гепатит В ёки С билан касалланганлиги ацетаминофен каби бошқа самарали анальгетиклардан фойдаланишни чеклайди. Ҳозирги вақтда ультратовушли навигация остида амалга оширилаётган қорин кўндаланг мускул кенглиги фасцияси (ТАР) блокадаси ва умуртқа поғонасини тикловчи мускул кенглиги блокадаси (ESPb) каби регионар анестезия усуллари турли жарроҳлик соҳаларида мультимодал оғриқни бошқаришнинг самарали компоненти эканлигини кўрсатди. Ушбу тадқиқотда биз буйрак трансплантациясида реципиентларни операциядан кейинги даврда ТАР ва ESPb блокадаларининг самарадорлигини баҳолашни мақсад қилдик.

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантациясида реципиентларни регионар анестезия усулларида фойдаланган ҳолда операциядан кейинги оғриқсизлантиришнинг клиник натижаларини баҳолаш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот 2023 йил июнидан 2024 йил июнигача буйрак трансплантацияси ўтказган 22 ёшдан 54 ёшгача бўлган 36 нафар аёл ва эркак реципиентлар иштирокида ўтказилди. Биринчи гуруҳ ($n = 18$) стандарт анестезиядан фойдаланган беморларни ўз ичига олди: изофлуран, цисатракуриум, фентанил асосидаги умумий комбинирланган анестезия, операция охирида хирурглар томонидан визуал назорат остида очиқ усулда қорин кўндаланг мускул кенглиги фасцияси (ТАР) блокадаси бажарилган. Операциядан кейинги даврда метамизол натрий 1 г дан ҳар 8 соатда томир ичига ва морфин 10 мг томир ичига эҳтиёжга кўра буюрилди. Иккинчи гуруҳ ($n=18$) беморлардан иборат бўлиб, улар операция бошланишидан олдин ультратовушли навигация остида Th12 соҳасида дексаметазон 4 мг ва бупивакаиннинг 0,25% ли 20 мл эритмасидан фойдаланган ҳолда давомийлашган умуртқа поғонасини тикловчи мускул кенглиги блокадаси (ESPb) қўлланилган. Операциядан кейинги базис-анальгезия биринчи гуруҳдаги каби бажарилди. Барча ҳолатларда операция бир хил жарроҳлар гуруҳи томонидан амалга оширилган. Барча беморлар стандарт мониторингдан ўтказилди (пульс, ноинвазив қон босими, сатурация, тана ҳарорати, шунингдек, қон газлари ва кислота-ишқор ҳолатини таҳлил қилиш). Операциядан кейинги оғриқ синдромининг интенсивлигини 10 балли рақамли шкалада ва операциядан кейинги биринчи кунда опиоид анальгетикларни сарфи, операциядан кейинги кўнгил айланиши ва қусиш частотаси ҳам ўрганилди. Операциядан кейинги тинч ҳолатда ва ҳаракат пайтидаги оғриқ 6, 12, 18 ва 24 соатларда баҳоланди.

Олинган натижалар. Биринчи гуруҳда операциядан кейинги биринчи кун тинч ҳолатда ва ҳаракат пайтида оғриқнинг интенсивлиги рақамли шкала бўйича мос равишда $2,9 \pm 1,15$ ва $3,9 \pm 1,09$ баллни ташкил этди, бу суи оғриқ интенсивлигига мос келади. Иккинчи гуруҳда эса тинч ҳолатда ва ҳаракат пайтида оғриқнинг интенсивлиги $2,0 \pm 0,87$ ва $2,9 \pm 0,90$ (биринчи гуруҳига нисбатан $P=0,012$ ва $P=0,005$) балл.

Биринчи 24 соат давомида ҳар бир беморга морфин сарфи биринчи ва иккинчи тадқиқот гуруҳларида мос равишда $11,1 \pm 2,03$ мг ва $8,8 \pm 1,42$ мг ни ташкил этди ($P=0,0004$). Биринчи гуруҳда операциядан кейинги биринчи кун 4 бемор (22,2%) кўнгил айланишидан шикоят қилди, 2 (11,1%) қайт қилишди. Иккинчи гуруҳдаги 3 беморда (16,7%) кўнгил айланиши қайд этилган, 2 беморда (11,1%) кўнгил айланиши бир марта қусиш билан бирга келган.

Хулосалар. Буйрак трансплантациясидан кейин реципиентларни операциядан кейинги биринчи суткада оғриқсизлантириш сифатини яхшилашда мультимодал анальгезиянинг компоненти сифатида регионар анестезия усуллари, яъни TAP ва ESP блокадаларидан фойдаланиш тавсия қилинади. Бу эса оғриқни етарли даражада назорат қилишга ёрдам беради.

Шунингдек, регионар анестезия усуллари қўллаш опиоид анальгетикларга бўлган эҳтиёжни камайтиришга олиб келади ва шу билан уларга боғлиқ бўлган операциядан кейинги кўнгил айниш ва қайт қилиш ҳамда бошқа ножўя таъсирлар юзага келишини 2 баробардан кўпроқ камайтиришга ёрдам беради. Анестезиолог ихтиёрида ультратовуш қурилмаси ва регионар анестезия кўникмалари мавжуд бўлса ESP блокадасидан, акс ҳолда хирурглар томонидан бажариладиган очиқ усулдаги TAP блокадасини қўллаш тавсия этилади.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА В ОРИТ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

И.И. Акбаров, Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов

ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнить эффективность однократной дозы бикарбоната натрия и Трометамола (Алкалина) у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с метаболическим ацидозом после трансплантации почки, печени и других абдоминальных вмешательств.

Материал и методы. 56 взрослых пациентов ОРИТ с метаболическим ацидозом (бикарбонат в сыворотке < 26 ммоль/л) после различных абдоминальных операций были рандомизированы для в/в введения однократной дозы бикарбоната натрия (n = 28) или трометамола (n = 28), которую вводили в течение 1 часа и титровали для буферизации избыточной кислотной нагрузки. Лабораторные параметры регистрировали с помощью анализатора Wondfo с тест-картриджем (W465-C7P4-E/W466-C7P4-E) (рН, рСО₂, рО₂, бикарбонат (НСО₃⁻), избыток оснований (ВЕ), лактат (Lac), натрий (Na⁺), калий (K⁺), хлорид (Cl⁻), гематокрит (Hct), гемоглобин (tHb)) и биохимического анализа (креатинин (Cre), аспартатаминотрансфераза (АСТ) и аланинаминотрансфераза (АЛТ), билирубин и альбумин). Образцы крови собирали в следующие моменты времени: после хирургической процедуры (исходный уровень) и через 0,5, 1, 2 и 3 часа после введения соответствующего инфузионного раствора. Все данные

представлены как средние значения ± стандартные отклонения. Двухвыборочный t-критерий использовался для определения различий в параметрах от исходного уровня до выбранных моментов времени между группами, а p < 0,05 считалось статистически значимым.

Результаты. Во время этого исследования уровни натрия во всех группах находились в пределах нормы. В группе бикарбоната натрия наблюдались тенденции к повышению, а в группе трометамола не наблюдались тенденции к повышению уровня натрия. Уровни хлоридов в группе бикарбоната натрия указывали на небольшую гиперхлоремию, а уровни хлоридов в группе трометамола оставались стабильными и были выше. Уровни калия во всех группах демонстрировали схожие тенденции и были стабильными в пределах нормы. Уровни лактата уменьшались постепенно и достигали пика через 3–4 часа, особенно в группе трометамола; уровни лактата в этой группе были значительно ниже, чем в группе бикарбоната натрия. Уровни Hct и Hgb оставались стабильными, существенных различий не наблюдалось. Значения рН незначительно увеличивались в группе трометамола. Напротив, значения рН в группе бикарбоната натрия не увеличивались до нормальных значений от исходного уровня через 0,5 и 1 час, а затем постепенно увеличивались до конца исследования. Уровни РСО₂ в группе трометамола, в отличие от бикарбоната натрия, демонстрировали тенденции к снижению от повышенного диапазона на исходном уровне до уровня ниже нормального диапазона после 0,5 и 1 часа в течение периода исследования. Напротив, уровни НСО₃ в группе трометамола демонстрировали тенденции к повышению от сниженного диапазона на исходном уровне до уровня нормального диапазона после 0,5 и 1 часа в течение периода исследования.

Заключение. Поскольку бикарбонат натрия приводит к повышению уровня натрия в сыворотке, а трометамол к снижению, трометамол может быть подщелачивающим агентом выбора у пациентов с гипернатриемией. Аналогичным образом, поскольку бикарбонат натрия увеличивает РаСО₂, а трометамол может даже снижать РаСО₂, бикарбонат натрия противопоказан, а трометамол предпочтителен у пациентов со смешанным ацидозом с высоким уровнем РаСО₂. Трометамол является одним из альтернативных методов коррекции метаболического ацидоза, учитывая все плюсы в нашем исследовании.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛИНАСТАТИНА ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ж.Б. Мирахмедов, Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов

ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Сепсис и септический шок являются ведущими причинами заболеваемости и смертности в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), стоя на переднем плане исследований новых методов лечения. Несмотря на значительные достижения лечения сепсиса, они остаются серьёзной проблемой для врачей. Улинастатин, известный своим противовоспалительным потенциалом, может быть полезен для критически больных пациентов с сепсисом. Однако результаты клинических исследований, касающиеся его эффективности, противоречивы.

Цель исследования. Сравнить влияние раннего (<48 часов) и позднего (>48 часов) применений улинастатина на исход септического шока после обширного хирургического вмешательства.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 42 пациента, у которых развился сепсис. Оценка тяжести сепсиса и интенсивная терапия проводились в соответствии с «Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021, SCCM». При этом 26 пациентов дополнительно получали препарат Ю-трип (улинастатин) каждые 12 часов в течение 5 дней. Пациентов, получавших улинастатин в течение 48 часов от начала септического шока (n=14), сравнивали с теми, кто получал улинастатин через 48 часов от начала септического шока (n=12), и контрольной группой (n=16). Были проанализированы следующие результаты: продолжительность искусственной вентиляции легких, время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии и наличие развития СПОН (синдром полиорганной недостаточности). Сравнения между группами категориальных данных проводились с использованием двустороннего точного критерия Фишера, а сравнения между группами непрерывных данных проводились с использованием U-критерия Манна-Уитни. Данные были проанализированы с использованием SPSS версии 15 для Windows (SPSS Inc., Чикаго, Иллинойс, США).

Результаты исследования. Демографические данные и тяжесть заболевания в группах были схожими. Исходно средний балл SOFA составлял 3,4 (SD=0,4). Продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (7,4 дня против 8,9 дня, против 10,2 дня) и продолжитель-

ность искусственной вентиляции легких (3,2 против 4,0 дня, против 9,2 дня) была соответствующей во всех группах. У большего количества пациентов в группе позднего приема улинастатина и контрольной группе развился СПОН (52,9% против 44,5%, против 24,7%, $p < 0,001$), чем в группе раннего приема улинастатина. Также наблюдалось снижение частоты общего использования вазопрессоров как в ранних, так и в поздних группах улинастатина по сравнению с контрольной группой (54,3% против 65,7%, против 79,8%; $p < 0,001$). Увеличения общего количества побочных эффектов между группами не наблюдалось.

Выводы: Наше исследование показало, что раннее применение улинастатина (< 48 часов):

1) Снижает возникновение СПОН (синдрома полиорганной недостаточности) после хирургических вмешательств. Исследования показывают, что улинастатин способствует снижению уровня воспалительных медиаторов и модулирует иммунный ответ, что особенно важно в контексте септического шока после оперативного вмешательства.

2) Уменьшение продолжительности искусственной вентиляции лёгких и пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии свидетельствует о потенциальной способности улинастатина улучшать клинические исходы.

3) Снижение потребности в вазопрессорах указывает на его положительный эффект на кардиоваскулярную функцию.

Таким образом, улинастатин представляет собой перспективное фармакологическое средство в комплексной терапии септического шока после хирургического вмешательства, способствующее улучшению клинических исходов и снижению тяжести состояния пациентов.

ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Дж. Н. Гаджиев, Э.Г. Тагисой, З.Б. Гаджи-заде,
Дж. Н. Гаджиев (мл.)*

Азербайджанский медицинский университет

Введение. Синдром системной воспалительной реакции (ССВР) характеризуется как системная воспалительная реакция в ответ на различные повреждения инфекционной и неинфекционной природы. Как известно, цитокиновый дисбаланс – выброс провоспалительных белков – является одним из важных компонентов системной воспалительной реакции, и цитокинам принадлежит ключевая роль в патогенезе ССВР.

Учитывая, что у больных острым калькулезным холециститом (ОКХ) в 26–60% случаев наблюдает-

ся ССВР, изучение состояния цитокинового профиля у больных ОКХ является актуальным.

Цель исследования. Выявить состояние цитокинового профиля у больных с ОКХ в сравнительной оценке в зависимости от тяжести ССВР.

Материалы и методы. У 68 больных ОКХ при поступлении была изучена концентрация провоспалительных (TNF α , IL-6) и противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-10) с учетом клинических критериев, предложенных согласительной конференцией АССР/СССМ (Чикаго, 1992): ССВР 2 было у 24, ССВР 3 – у 26, ССВР 4 – у 18 больных. Состояние 12 больных из 68 нами оценено как сепсис. В качестве контрольной группы взяли 14 больных ОКХ без клинических признаков ССВР (ССВР 0).

Аналогичные показатели 12 здоровых лиц приняли за норму. Полученные данные обработали с помощью метода Манна – Уитни.

Результаты. У больных контрольной группы (ССВР 0) при поступлении в клинику концентрация TNF α была в 2,4 раза ($p<0,001$), IL-6 – в 2,3 раза ($p<0,001$), IL-4 – в 4,0 раза ($p<0,001$) больше нормы, наоборот, IL-10 – на 16,4% меньше.

У больных ССВР 2 до операции содержание TNF α в крови было в 4,1 раза ($p<0,001$) больше нормального значения и на 72,5% ($p<0,001$) больше показателя ССВР 0. Концентрация данного цитокина у больных ССВР 3 превышала норму в 7,4 раза ($p<0,001$), при ССВР 4 – в 9,6 раза ($p<0,001$), а у больных сепсисом – в 14,0 раза ($p<0,001$). Содержание IL-6 в крови больных при ССВР 2 по сравнению с нормой повышалось в 8,7 раза ($p<0,001$), ССВР 3 – в 15,0 раза ($p<0,001$), ССВР 4 – в 18,7 раза ($p<0,001$), а у больных с сепсисом – в 24,2 раза ($p<0,001$). Концентрация IL-4 статистически достоверно при ССВР 2 превышало норму в 5,7 раза, при ССВР 3 – в 8,4 раза, ССВР 4 – в 9,1 раза и при сепсисе – в 14,0 раза. Уровень IL-10 у больных ССВР 2 было 24,5%, ССВР 3 – на 38,2%, ССВР 4 – 57,3% и сепсисом – на 62,5% ниже нормального показателя. Соотношение TNF α /IL-10, характеризующее цитокиновый дисбаланс у больных, статистически достоверно с ССВР 0 был на 88,9%, ССВР 2 – в 5,2 раза, ССВР 3 – в 11,5 раза, ССВР 4 – в 20,6 раза и с сепсисом – в 33,2 раза больше нормального значения.

Заключение. ОКХ на фоне ССВР характеризуется нарушением цитокинового профиля, глубина которого зависит от числа критериев системного воспаления и сепсиса.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

Р.А. Ибадов, С.П. Эргашев, С.Х. Ибрагимов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности управления гемодинамикой и инфузионной терапии, основанной на доплеровском мониторинге при нарушениях волемического статуса на периперативных этапах при протезировании митрального клапана (ПМК).

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 146 больных с недостаточностью МК, которым выполнена операция по протезированию МК в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова». Пациенты, перенесшие операцию ПМК, были рандомизированы на алгоритм, основанный на ЭхоКГ-мониторировании ФУ (основная группа, $n=72$) или на традиционном гемодинамическом лечении (группа сравнения, $n=74$). Средний возрастной ценз пациентов составил $41,1\pm 3,0$ года. Превалировали пациенты мужского пола (56,8%). Дооперационная оценка СН проводилась по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA), и практически у всех 146 пациентов наблюдалась выраженная СН, оцененная как ФК III и IV. В зависимости от степени МН превалировали пациенты с МН III степени. Анамнез леченной или нелеченной АГ был определен у 78,4% больных. Сахарный диабет с потребностью в лекарствах или инсулине был выявлен с частотой 32,4%. Анамнез перенесенной неврологической дисфункции в виде транзиторной ишемической атаки определен у 12,2%. Предоперационная легочная гипертензия (ЛГ) выявлена на основании критериев EuroSCORE у 81,1% больных. На основании собранного анамнеза лекарственной терапии пациенты в большинстве случаев принимали препараты группы АРА-2 и блокаторы рецепторов ангиотензина II. При предоперационной оценке риска планируемой операции ПМК были изучены показатели EuroSCORE, ASA, SAPS II и APACHE III. Учитывая ожидаемое влияние планируемой операции, прогнозируемую послеоперационную гемодинамическую и инфузионную нагрузку, нами оценена функция почек. Предоперационные показатели креатинина сыворотки крови, исходный СКФ в среднем соответствовали нормальным значениям. При этом СКФ ниже 60 мл/мин был выявлен с частотой в 8,1%.

Результаты. В основной группе пациентов в 50% (36 из 72) случаев в ближайшем периоде после

ПМК отмечено повышение давления в ЛП до 13–15 мм рт. ст. в течение первых 6 часов, у 12,5% (9 из 72) пациентов высокое давление в ЛП сохранялось в течение первых суток после операции. В остальных случаях гемодинамической нестабильности отмечен положительный ответ на инфузионную и фармакологическую коррекцию. Частота послеоперационных наблюдений с острым повреждением почек была ниже в основной группе (5,6% против 8,1%), однако без значимой статистической разницы ($p=0,778$). Среди кардиальных осложнений мы наблюдали, как и ожидалось, чаще всего эпизоды гипотензии, которые в первые 24 часа отмечены в 48,6% (36 из 74) случаев в группе сравнения, что было выше, чем в основной группе, где коррекция гипотензии потребовалась в 19,4% (14 из 72) случаев ($p<0,001$). Далее эпизоды гипотензии до 72 часов в ОРИТ сохранялись в 21,6% (16 из 74) случаев в группе сравнения и 9,7% (7 из 72) – в основной группе ($p=0,046$) больных. ЭКГ-признаки ишемии миокарда были выявлены всего в 2,8% (2 из 72) случаев в основной группе и 12,2% (9 из 74) – в группе сравнения ($p=0,026$). Фибрилляция предсердий с гемодинамической нестабильностью отмечалась с более низкой частотой в основной группе (9,7%; 7 из 72), чем в группе сравнения (21,6%; 16 из 74) ($p=0,046$). Все больные поступали в ОРИТ на ИВЛ, продолжительность которой имели статистически значимую разницу между группами. Так, если в группе сравнения больные на ИВЛ находились в среднем $13,0\pm 0,7$ (8,4–18,5) часа, то в основной группе данный показатель составил $7,33\pm 0,52$ (4,2–12,4) часа ($p<0,001$). Соответственно длительность пребывания больных в ОРИТ также была меньше в основной группе – $1,1\pm 0,2$ (0,8–3,7) часа против $1,8\pm 0,2$ (0,8–3,7) часа в группе сравнения ($p=0,014$). Меньшее количество случаев гемодинамической нестабильности и длительной фармакологической терапии привело также к уменьшению показателя общей продолжительности стационарного лечения с $13,0\pm 0,9$ (7–18) суток до $10,1\pm 0,6$ (6–16) суток ($p=0,008$). Время до стабилизации гемодинамики составило $10,6\pm 0,5$ (6,4–13,4) часа в группе сравнения и $6,5\pm 0,44$ (3,2–10,1) в основной группе ($p<0,001$).

Заключение. Эффективность периоперативного ведения больных с применением мониторинга и коррекции гемодинамики на основе ЭхоКГ существенно лучше, чем стандартный мониторинг, в отношении послеоперационной гемодинамической стабильности и фармакологической поддержки инотропными агентами.

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИЦИДНОГО РЕЦИРКУЛЯТОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТАФИЛОКОККОВОГО ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ф.Р. Шакаров, Л.И. Исаева,
Б.Х. Тожиев

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Стафилококковый токсический шок – симптомокомплекс, включающий лихорадку, экзантему, полиорганную дисфункцию, а также артериальную гипотонию. Наиболее частой причиной данного шока принято считать *Staphylococcus aureus* или стрептококки группы А. Стафилококковый шок вызывается экзотоксин-продуцирующими кокками. Штаммы фаг-группы 1 *Staphylococcus aureus* преобразовывают токсин 1 синдрома токсического шока или похожих экзотоксинов; определенные штаммы *Streptococcus pyogenes* продуцируют по крайней мере 2 экзотоксина. Стафилококковый шок характеризуется выраженной тяжестью течения, при отсутствии специфической комплексной терапии – высокими показателями летальности. Формирование первичного очага в легких при тяжелых пневмониях, воздействие инфекционных эндотоксинов и бактериальных продуктов на клеточные мембраны, компоненты свертывания крови и комплемент приводят к повышению свертываемости, повреждению клеток и нарушению кровотока, особенно к микроциркуляции, что приводит к диссеминации возбудителя с развитием синдрома стафилококкового токсического шока. Таким образом, клиническое наблюдение демонстрирует классическую картину стафилококкового токсического шока у педиатрических пациентов с тяжелой пневмонией и будет полезно практикующим врачам как актуализация информации об указанном виде шока и напоминание о необходимости настороженности относительно возможного развития данного патологического состояния.

Цель работы. Изучить эффективность применения бактерицидного рециркулятора для профилактики стафилококкового шока при лечении тяжелой пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. В зависимости от назначенной терапии 60 пациентам в возрасте от 3 месяцев до 5 лет, находящихся на стационарном лечении в детских отделениях Самаркандского филиала Республиканского научно-центра экстренной медицинской помощи, были разделены на 2 группы. Основная группа – 30 детей, с тяжелой пневмонией и вторая группа – 30 детей, с неотягощенной пневмонией. В обеих группах был проведен сбор анамнестических, катamnестических данных, были проведены обследования общепри-

нятыми клиническими, лабораторными, инструментальными, а также специальными методами исследования. Больные первой группы были разделены на две подгруппы. 1а группа, 30 детей получала стандартную терапию, комплекс профилактических мероприятий и был использован бактерицидный рециркулятор reflash 60 в дополнение к стандартной терапии, 1б подгруппа получала лишь стандартную терапию.

Результаты исследования. Показаниями к госпитализации 58 (66,6%) больных были острая дыхательная недостаточность, 42 – повышение температуры тела, 46 – кашель, ринорея – у 46 больных, першение в горле – у 34, бронхообструктивный синдром – у 48 (16,6%) больных, токсикоз – у 12 (16,6%) больных.

Повышение концентрации маркеров воспаления и цитокинов у больных свидетельствует об ответной реакции организма ребёнка на инфекционный агент, степень которых, вероятнее всего, зависит от конкретного этиологического агента, результаты которых будут представлены в сравнительном анализе у детей с тяжелой пневмонией.

Анализ изменений свертывающей системы крови у больных с тяжелой пневмонией показал, что концентрации определяемых показателей в крови были существенно выше по сравнению как с нормативными показателями, так и с уровнем пневмонии тяжелого течения. В 1а подгруппе больных, получавших стандартную терапию в совокупности с применением бактерицидного рециркулятора reflash 60, отмечалась быстрая положительная динамика, уменьшение присоединения вторичной инфекции, укорочение койко-дней. Улучшение общего состояния и регресс клинических проявлений заболевания регистрировались на 2,2 дня раньше у больных 1а группы, чем в 1б группе.

Выводы. Таким образом, бактерицидный рециркулятор в дополнение к стандартной терапии помогает снизить частоту развития стафилококкового шока при тяжелых пневмониях у детей, уменьшить риски возникновения вторичной инфекции, снизить вероятность отягощения течения тяжелой пневмонии, а также повысить резистентность организма к инфекциям дыхательной системы. Простота применения, высокая эффективность и отсутствие выраженных побочных эффектов позволяют рекомендовать этот аппарат для широкого применения в педиатрии.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕПСИСА У ТЯЖЕЛОПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ

П.Н. Рузиев,¹ Ф.П. Набиев,¹ Р.Ф. Ахмедов²

Самаркандский филиал РНЦЭМП¹

**Самаркандский государственный
медицинский университет²**

Актуальность. Проблему сепсиса трудно переоценить. Сепсис и септический шок с полиорганной недостаточностью (ПОН) являются главной причиной смерти у тяжелообожжённых (В.Е. Аваков, 2010, Х.К. Карабаев с соавт., 2017).

Цель исследования. Получение количественных критериев риска развития полиорганной недостаточности у больных с ожоговым сепсисом.

Материалы и методы исследования. В Самаркандском филиале РНЦЭМП было обследовано 130 пациентов с ожоговым сепсисом и с риском развития ожогового сепсиса (2020–2023 гг.). У 80 (61,5%) больных по наличию синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) был диагностирован ожоговый сепсис, причем у 90% из них развился тяжелый сепсис с ПОН. ПОН также имела место у 19% пациентов, не имевших диагноза «сепсис», так как количество признаков ССВР у них превышало 1 во всё время заболевания, все они были старше 60 лет. ПОН сопровождалось 45% летальностью. В качестве дополнительного показателя использовалась сывороточная концентрация альбумина, величина которой демонстрирует отрицательную корреляционную связь с количеством имеющихся у пациентов признаков ССВР.

Результаты исследования. Исследование показало, что риск развития ПОН не обнаруживает достоверной зависимости от пола пациентов и зависит от их возраста, выраженности ССВР и степени снижения сывороточного альбумина. Кроме того, пожилой и старческий возраст характеризуются меньшей степенью выраженности признаков ССВР, несмотря на более тяжелый сепсис, и при этом – более низкими значениями концентрации альбумина. Случаи развития ПОН характеризовались неадекватным снижением альбумина даже при небольшом количестве признаков ССВР. По вероятности развития ПОН было выделено 3 категории риска:

1 категория – риск развития ПОН у больных с ожоговым сепсисом отсутствует (0%), только если в течение всего заболевания отсутствуют признаки ССВР.

2 категория – имеется средний риск развития ПОН, если в течение заболевания регистрируются 1–2 признака ССВР и концентрация альбумина превышает 20 г/л.

3 категория – имеется абсолютный (100%) риск развития ПОН, если регистрируются 3–4 призна-

ка ССВР, а также если при наличии 1–2 признаков ССВР имеет место концентрация альбумина ниже 20 г/л.

Выводы. Полученные критерии могут использоваться для своевременного выбора адекватной тактики лечения пациентов с ожоговым сепсисом.

**ФАСЦИАЛЬНАЯ БЛОКАДА МЫШЦЫ,
ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ,
ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
НА КОСТЯХ ТАЗА**

В.Х. Шарипова, И.В. Фокин

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

Обезболивание больных после травматологических операций на костях таза и тазобедренного сустава в настоящее время претерпевает некоторое смещение фокуса с эпидуральной анальгезии на большее применение различных фасциальных блокад, таких как блокада перекапсулярных нервов (PENGblock) или блокада фасциальной плоскости мышцы, выпрямляющей спину на поясничном уровне (ESPblock). Отхождение от применения эпидуральной анальгезии связано с некоторыми ограничениями этого метода обезболивания, такими как прием антиагрегантов и антикоагулянтов, возможная лабильность гемодинамики, необходимость постоянного внимания со стороны персонала на ведение больных с продленной эпидуральной анальгезией, риск осложнений. В свою очередь, эти ограничения не влияют на применение фасциальных блокад. На сегодня в научных публикациях, описывающих применение ESPB на поясничном уровне, только появляются данные об эффективности и безопасности этого метода, что дает возможность исследовать более детально фасциальную блокаду мышцы, выпрямляющей спину, как метода обезболивания у больных с послеоперационной болью при травматологических операциях на костях таза.

Цель исследования. Определить эффективность применения фасциальной блокады мышцы, выпрямляющей спину на поясничном уровне для обезболивания, после травматологических операций на костях таза.

Материал и методы. На базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи проведено исследование 20 пациентов с переломами вертлужной впадины, которым выполнялись травматологические операции из латерального доступа. Ко всем больным в послеоперационном периоде для обезболивания применялся метод фасциальной блокады мышцы, выпрямляющей спину. Сразу по окончании операции в положении больно-

го лежа на боку и предварительной асептической обработки места пункции на уровне поясничных позвонков ThL4-Th3 под ультразвуковым контролем линейным датчиком в сагиттальной плоскости, отступая на 3–4 см, латерально визуализировался поперечный отросток одноименного позвонка. Далее в плоскости датчика через выпрямляющую мышцу спины к поперечному отростку проводилась игла 18 G, через которую вводилось 20 мл раствора местного анестетика бупивакаина 0,36% и дексаметазона 4 мг. Также всем пациентам назначалось базисное обезболивание: кетопрофен 100 мг 3 раза в сутки и при боли сильной интенсивности – наркотический анальгетик в соответствующей дозировке, в/в. В исследовании у всех пациентов анализировались следующие данные: 1. Цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ) боли в покое, при движении, а также показатели гемодинамики (СрАД, Ps, SpO₂) через 3, 6 и 24 часа после выполнения блокады. 2. Время начала появления болевой чувствительности после выполнения блокады. 3. Расход наркотических анальгетиков за первые и вторые сутки после выполнения блокады, выраженный в морфиновом эквиваленте. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.4.

Результаты и обсуждение. Количество пациентов мужского пола – 17, женского пола – 3. Средний возраст составил 41±6 лет. Причины переломов костей таза: 15 (75%) больных – после ДТП и 5 (25%) – после высотной травмы. Во всех случаях выполнялась операция по открытому остеосинтезу вертлужной впадины из бокового доступа в положении больного лежа на боку. Через три часа после выполнения блокады ЦРШ в покое составила 1,6±0,8 балла, при кашле – 4,5±0,3 балла, СрАД – 83,1±8,2 мм рт. ст., Ps – 92,4±6,9 уд/мин, SpO₂ – 98,4±1,6%. Показатели через шесть часов после проведения фасциальной блокады: ЦРШ в покое – 2,2±0,6 балла, при кашле – 4,4±0,4 балла, СрАД – 85,2±8,7 мм рт. ст., Ps – 89,7±7,3 уд/мин, SpO₂ – 98,4±1,8%. Через двенадцать часов после проведения фасциальной блокады мышцы, выпрямляющей спину, ЦРШ в покое – 1,3 0±0,5 балла, при кашле – 4,9±0,6 балла, СрАД – 86,7±8,3 мм рт. ст., Ps – 87,5±9,3 уд/мин, SpO₂ – 97,4±1,4%. Время начала появления болевой чувствительности после выполнения блокады в среднем составило 9,3±1,6 часа. После выполнения блокады в первые сутки средний расход наркотического анальгетика в морфиновом эквиваленте составил 15,3±6,2 мг, за вторые сутки данный показатель составил 0,8±4,3 мг. Во время исследования осложнений, связанных с выполнением блокады, не отмечалось.

Заключение. Проведение вышеизложенного исследования показывает, что фасциальная блокада мышцы, выпрямляющей спину, на поясничном

уровне уменьшает болевой синдром у больных после травматологических операций на костях таза. Отсутствует негативное влияние на показатели гемодинамики. В будущем необходимо проведение исследования по использованию фасциальной блокады мышцы, выпрямляющей спину, на поясничном уровне, в сравнении с другими методами обезболивания, после травматологических операций на костях таза.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН-ПРЕДИКТОР БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Л.И. Исаева

Самаркандский государственный медицинский
университет, Узбекистан

Актуальность. Патологии органов дыхания у детей занимают первое место как по общей заболеваемости, так и по летальности. Исследования показывают, что среди этиологических факторов пневмонии выявлены различные бактериальные и вирусные агенты, значение которых до конца не изучено, но эти случаи характеризуются разнонаправленностью результатов, отсутствием полных данных и недостаточным освещением в литературе. Тяжелая пневмония – это пневмония, характеризующаяся выраженной дыхательной недостаточностью (ДН) или признаками сепсиса и полиорганной дисфункции. На сегодняшний день проблема тяжелой пневмонии является актуальной ввиду высокой летальности заболевания, наличия большого спектра поли- и мультирезистентных штаммов микроорганизмов. Таким образом, в настоящее время вопросы изучения тяжелых пневмоний у детей изучены недостаточно, а также остается недостаточно раскрытым вопрос использования современных методов профилактики инфекции.

Цель научной работы. Определить прогностическое значение прокальцитонина у госпитализированных детей с тяжелой пневмонией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 26 пациентов с тяжелой пневмонией в возрасте 1 месяца до 5 лет, поступивших в РНЦЭМП. 14 (53,8%) детей госпитализированы из районов и районных центров, 12 (46,2%) – из областного центра. Всем больным проводили стандартные клиничко-лабораторные и инструментальные исследования, определение концентрации прокальцитонина плазмы, с пределом обнаружения 0,5 нг/мл.

Результаты исследования. При анализе клинических особенностей пневмоний выявлено, что у 18 (69,2%) детей заболевание начиналось с при-

знаками вирусной инфекции и выраженным катаральным синдромом, у 8 (30,8%) детей – с малопродуктивного кашля, повышение температуры тела отмечалось у 24 (92,3%) больных. Состояние 16 (61,5%) пациентов при поступлении расценено как тяжелое за счет симптомов интоксикации и признаков дыхательной недостаточности, развившейся на фоне бронхообструктивного синдрома у 9 больных (34,6%), а у 3 (11,5%) детей – вследствие распространенного воспалительного процесса в легких, осложненного экссудативным плевритом или деструкцией легочной ткани. В то же время воспалительные изменения в клиническом анализе крови (лейкоцитоз более 10,0, СОЭ более 12 мм/ч выявлены лишь у 15 пациентов (57,7%). Всем больным проведен анализ на определение прокальцитонина в крови. Положительные результаты отмечены у 10 (38,5%) больных. При исследованиях только у 7 детей с повышенным уровнем прокальцитонина выявлена высокая СОЭ, у 7 – лейкоцитоз, лейкопения (при значительно высокой СОЭ) обнаружена у 1 ребенка, у 5 больных определялось повышение СРБ более 15 мг/л, показатели серомукоида не превышали 0,6 ед., за исключением одного случая с деструктивной пневмонией. Среди 10 пациентов с повышенным уровнем прокальцитонина только у 5 при поступлении состояние расценено как тяжелое. Все пациенты с положительными результатами анализа крови на прокальцитонин были распределены на 3 группы. 1 группа – 6 (23,1%) детей с показателями прокальцитонина в плазме >0,5 нг/мл, но <2 нг/мл. 2 группа – 2 (7,7%) ребенка с показателями прокальцитонина >2 нг/мл, но <10 нг/мл.

Выводы. Анализ с прокальцитонином (предиктором бактериального воспаления) наиболее информативен при развитии сепсиса, а также при распространенном воспалительном процессе в легких, осложненном пневмонией и тяжелыми формами заболевания. Определение уровня прокальцитонина в крови целесообразно проводить в первые дни госпитализации пациента при тяжелой степени клинических проявлений внебольничной пневмонии и при позднем поступлении в стационар. При уровне прокальцитонина более 2 нг/мл необходим поиск бактериальных осложнений, показатели прокальцитонина более 10 нг/мл свидетельствуют о наличии легочной деструкции или формировании септического, генерализованного процесса, в том числе с множественными гнойно-воспалительными очагами. Комплекс лабораторного обследования больных пневмонией, рентгенологически подтвержденной, должен включать клинический анализ крови, биохимические исследования в том числе количественные показатели С-реактивного белка и определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови.

VII. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ И ОЖОГОВЫХ ТРАВМАХ

ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЯДАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Р.Н. Акалаев^{1,2}, А.А. Стопницкий^{1,2}

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острые отравления прижигающими ядами (ПЯ) прочно занимают третье место в структуре химического травматизма нашей страны, отличаются относительно высокой летальностью и инвалидизацией пациентов.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию острых отравлений прижигающими ядами в Республике Узбекистан.

Материал исследования. Объектом изучения послужили пациенты с острыми отравлениями прижигающими ядами, поступившие в отделения токсикологии РНЦЭМП и его филиалов за 2002–2023 гг. Анализ эпидемиологической ситуации был проведен по этиологии отравления, полу, возрасту, летальности и частоте осложнений.

Результаты и обсуждение. По данным научно-клинического отдела токсикологии отдела, за изучаемый период по Республике Узбекистан госпитализировано 22375 пострадавших от прижигающих ядов, что составило 8,8% от общего числа больных острыми экзогенными отравлениями.

Анализ по нозологии выявил следующее: с отравлением уксусной кислотой поступило 16773 (74,9%) больных, моющими средствами, то есть бытовыми щелочами, – 5115 (22,4%), окислителями (перекись водорода и калия перманганат – 412 (1,8%), неорганическими кислотами – 75 (0,9%). При этом в 2002 году отравления уксусной кислотой являлись абсолютно доминирующей нозологией среди прижигающих ядов – 978 (92,6%) больных от общего числа обратившихся с ПЯ. 47 (4,5%) пациентов были госпитализированы с отравлением пергидролом (33% – перекисью водорода), 17 (1,7%) – с отравлением перманганатом калия и 15 (1,4%) – с отравлением бытовыми щелочами. В 2023 году в отделения токсикологии Республики Узбекистан госпитализированы 925 больных с отравлением прижигающими ядами, что лишь немного ниже показателя 2002 года, однако мы констатировали значительные изменения в нозологическом составе: доля пациентов с отравлениями уксусной

кислотой снизилась до 71% из общего числа госпитализированных с ПЯ. Резко выросло количество поступлений больных с отравлением бытовыми щелочами – до 27,8% госпитализированных, 7 (0,8%) пациентов госпитализированы вследствие отравлений неорганическими кислотами (азотной и серной), и только 3 (0,3%) – с отравлением перекисью водорода. Это связано с запретом на продажу концентрированной уксусной кислоты по Республике Узбекистан с 2013 года, значительным повышением использования в быту моющих средств, содержащих высокую концентрацию щелочей и практически полным исчезновением потребности в таких окислителях, как пергидроль и калия перманганат.

В возрастном аспекте преобладали пострадавшие наиболее трудоспособного периода жизни – от 19 до 45 лет. Их количество за анализируемый период составило 13918 – 62,2% от общего числа обратившихся. На втором месте – дети от 1 года до 14 лет – 5782 (25,8%), на третьем – подростки от 14 до 18 лет – 1630 (7,2%), на четвертом – больные в возрасте от 45 до 60 лет – 679 (3,0%) и на пятом – старше 60 лет – 366 (1,8%).

Из общего числа обратившихся больных женщин было зарегистрировано 15722 (70,3%), мужчин – 6653 (29,7%).

Распределение по характеру отравлений следующее: суицидальные попытки – 12952 (57,8%), случайно приняли ПЯ – 9423 (42,2%) пациента. Следует также отметить, что если среди суицидальных попыток преобладают отравления уксусной кислотой, то случайные отравления происходят вследствие употребления бытовых щелочей, особенно среди пациентов младшего детского возраста.

За период 2002–2023 гг. умерли 478 больных, что составило 2,1% от общего числа госпитализированных больных с прижигающими ядами. Основными причинами смерти являлись: экзотоксический шок – от него погибло 39,5% пациентов, затем – поздние пищеводно-желудочные кровотечения – 27,1%, в дальнейшем – острая почечно-печеночная недостаточность – 25,5%, острая дыхательная недостаточность – 4,7%, ДВС-синдром – 2,3%, перфорация пищевода и желудка – 0,9%.

Среди поздних осложнений преобладают рубцовые сужения пищевода и желудка, которые развились у 2116 (9,4%) пострадавших и являлись причиной их инвалидизации. При этом, если среди пострадавших с отравлениями уксусной кислотой количество со стенозами составило 879, то есть 5,2% от общего количества больных с данной но-

зологией, то среди пострадавших с бытовыми щелочами – 1184 (23,1%), то есть 4,4 раза выше, чем у пациентов с отравлениями уксусной кислотой, что связано с колликативным характером химического ожога пищевода и желудка.

Выводы:

1. Острые отравления прижигающими ядами по-прежнему занимают значительное место в общей структуре бытового химического травматизма, при этом ведущей нозологией среди ПЯ является уксусная кислота, хотя доля отравлений этим ядом снижается с каждым годом.

2. Сложившаяся ситуация требует усиления профилактических мероприятий среди населения, включая активную работу психологов с уязвимыми слоями населения, а также контроля со стороны родителей за доступом к бытовым щелочам в домашних условиях.

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИДА ТОКСИКОЛОГИК ПАРАСУИЦИДЛАРНИ ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АЛГОРИТМИ

Акалаева А.А.

**Республика шошилинч тиббий ёрдам
илмий маркази**

Долзарблиги. Ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш бўйича самарали фаолият авваламбор суицидал ҳолатларни фаол идентификация қилиш, рўйхатга олиш тизимига асосланиши керак, бу эса ўз жонига қасд қилишлар сонини камайтиришга ёрдам бериб, юқори суицидал хавфга ва такрорий ўз жонига қасд қилишга мойил бўлган контингентни аниқлаш имконини беради. Ушбу тизим чекланган вақт шароитида беморлар ҳақидаги муҳим маълумотларни йиғиб таҳлил қила олиши керак.

Тадқиқот мақсади. Шошилинч тиббий ёрдам тизимида заҳарланиб ўз жонига қасд қилишга уринган беморларни аниқлаш, рўйхатга олиш ва қайд этиш бўйича ихтисослаштирилган замонавий скрининг моделини яратишдан иборат. Ушбу моделнинг зарурлиги ва мақсадга мувофиқлигини, парасуицидал уринишларнинг жиддийлиги ва унинг такрорланиш хавфини скрининг қилишда компьютер дастурини ишлаб чиқиш мақсад қилиб белгиланган.

Материал ва усуллар. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази токсикология бўлими беморларининг 2013–2023 йиллар мобайнида заҳарланиб ўз жонига қасд қилишга уринишлари кузатишган беморлар ретроспектив таҳлили асосида, токсикологик ўз жонига қасд қилишга уриниши бўлган беморлар учун ишлаб чиқилган ва амалга оширилган маршрутлаш алгоритмларининг самарадорлиги ўрганилди. РШТЁИМ 2021 йилдан 2023

йилгача бўлган даврда токсикологик парасуицид билан қайд этилган 1250 беморнинг маълумотлари ўрганилди.

Натижалар. Тадқиқот натижаларига кўра, 2013 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда кимёвий этиологияли ўткир заҳарланиш билан 130 356 бемор марказга мурожаат этган, улардан 29 847 нафари (тахминан 23%) ўз жонига қасд қилишга уриниш натижасида ўткир заҳарланиш билан касалланган. Ўз жонига қасд қилиш билан заҳарланишнинг умумий сонидан 17013 нафари амбулатор ташриф ва 12834 нафари стационар бемор бўлган, уларнинг 24176 (80,99%) нафарини аёллар ва 5671 (19,01%) нафарини эркаклар ташкил этган. Тадқиқот натижалари яшаш жойи бўйича 23 937 (80,2%) шаҳар аҳолиси ва 5909 (19,8%) шаҳардан ташқари қишлоқ аҳолисида иборат бўлган. Ўз жонига қасд қилишга уриниш чўққиси 20 ёшдан 29 ёшгача (11789 ёки 39,5%), шунингдек 15–19 ёшда (8567 ёки 28,7%) ёшларга тўғри келади. Бунинг ортидан 30–39 ёшдаги одамлар (4269 ёки 14,3%) ва 40–49 ёш (2119 ёки 7,1%). 50–59 ёшдаги шахслар (925 ёки 3,1%) ва 60 ва ундан катта ёшдаги меҳнатга лаёқатсиз шахсларда (686 ҳолат ёки 2,3%) ўз жонига қасд қилиш эҳтимоли камроқ бўлган. 14 ёшгача бўлган болалар орасида ўз жонига қасд қилишга уринишлар 1492 ҳолатда (5,0%) содир этилган. Нозологияни ўрганиш натижаларига кўра, дори воситасидан заҳарланиш устунлик қилиб – бу барча ўз жонига қасд қилишнинг 72% дан ортигини ташкил этган. Дори-дармонлардан сўнг, қуйдирувчи заҳарлар билан заҳарланиш кузатилади ва ўртача 22,9% ни ташкил қилади. Кимёвий заҳарланиш учинчи ўринда бўлиб, 2,70% ва кейин спиртли ичимликлар билан заҳарланиш – 1,05%. Ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш тизимини ишлаб чиқиш, ўз жонига қасд қилиш ҳолатларини аниқлаш, рўйхатга олиш ва қайд этишнинг ихтисослаштирилган тизимини яратиш мақсадида қуйидагилар ишлаб чиқилган: рус ва ўзбек тилларида «анкета сўровномаси» (006763 йил 10/18/2023-сонли муаллифлик гувоҳномаси) ва «парасуицид оғирлиги ва такрорланиш хавфини аниқловчи скрининг текшируви» компьютер дастури» (патент ДГУ 25885 йил 05/19 / 2023 й.). Тадқиқот РШТЁИМ токсикология бўлимига ётқизилган 1250 нафар токсикологик парасуицид содир этган 2021 йилдан 2023 йилгача даврдаги беморларнинг «анкета сўровномаси» ва «парасуициднинг оғирлиги ва такрорланиш хавфи скрининг тести» ёрдамида олинган маълумотларига асосланган. Тадқиқотга кўра, атиги 7% аутоагрессив кайфиятга эга бўлган (такрорий ўз жонига қасд қилиш хавфи жуда юқори), 38% эса паст, 32,8% ўртача ва 22,2% парасуицид хавфи юқори бўлган беморларни ташкил қилган. Ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг тўрт тури аниқланди: шахс ичра можаро (n=637), оилавий можаро (n=486),

ижтимоий можаро ($p=78$) ва шахслараро зиддият ($p=49$). Ўз жонига қасд қилиш уринишига таъсир қилувчи энг кенг тарқалган сабаблар: ҳиссий зўриқиш стресс ва юқори даражадаги тажовуз (аффект) (20,8%); оила аъзолари ўртасидаги зиддиятли муносабатлар (18,4%); зўравонлик (16,7%); салбий воқеалар (13,6%); оиладаги беқарорлик (10,6%); ота-онанинг ажралиши (10,2%); ортиқча авторитаризм (4,5%); руҳий касалликлар (3,7%); антисоциал хатти-ҳаракатлар (1,5%) деб топилди. «Анкета сўровномаси» ва «парасуициднинг оғирлиги ва қайталаниш хавфи скрининг тести» нинг асосий принципи нафақат ўз жонига қасд қилиш ҳолатларини, балки шахсийлаштирилган маълумотларни, шу жумладан асосий ижтимоий-демографик тоифаларни, тиббий, индивидуал психологик хусусиятларни, иқтисодий, миллий, ҳар бир ўз жонига қасд қилган шахснинг маданий ва маънавий қадриятлари, ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг хусусиятлари ва бошқа маълумотларни ёритиб беради. Ўз жонига қасд қилишдан кейинги даврнинг қўшимча тадқиқот усуллари алоҳида амалий аҳамиятга эга бўлиб, уринишнинг ҳақиқийлигини, шахсийлаштирилган прогнозини ва беморларни кейинги маршрутлашнинг тўғрилигини текширишга имкон беради.

Хулоса. Ушбу мослаштирилган дастурлар, диагностика усуллари орқали ўз вақтида ва ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш тиббиёт ходимларининг юкини камайтиради ва мақсадли, шахсий ва малакали ёрдам кўрсатади, шунингдек, такрорий ҳолатлар ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг олдини олади, аҳоли ва мутахассислар учун ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш бўйича янада самарали дастурларни яратади.

ВАРИАНТЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ МЕТАНОЛОМ, ПО ДАННЫМ СКТ

*А.М. Антонова¹, А.Н. Лодягин¹, С.В. Кузнецов¹,
Б.В. Батоцыренов^{1,2}, Д.Ю. Климанов²*

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

²СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

Актуальность. Одна из серьезных проблем клинической токсикологии – токсическое действие алкоголя, среди случайных химических отравлений с летальным исходом ведущее место занимают отравления спиртосодержащими средствами. Частые причины отравления: спиртные напитки низкого качества, фальсификация, ошибочное применение, с суицидальной целью. Высокая летальность отрав-

ленных суррогатами алкоголя по большей части обусловлена токсическим действием метанола (его метаболитов).

Цель. Изучение вариантов лучевой семиотики повреждения головного мозга при острых отравлениях метанолом, по данным спиральной компьютерной томографии (СКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Материалы и методы. В период с 2017 по 2023 г. в Центр острых отравлений ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с признаками острого отравления метанолом поступило 77 пациентов в возрасте от 23 до 77 лет (средний возраст – 44,2 года; мужчин – 65; женщин – 12), летальный исход – 42 человека, выписаны 35 пациентов. Клиническая картина острых отравлений метанолом характеризовалась развитием токсико-гипоксической энцефалопатии, что клинически проявлялось сопором и развитием коматозного состояния 2–3 ст., метаболическим ацидозом, гипергликемией, в некоторых случаях – изменениями со стороны зрения (от выпадения полей зрения до потери зрения), клиникой острого живота (панкреатитом). Данные клинической картины подтверждались обнаружением метанола при химико-токсикологическом исследовании. Гемодиализ проводился 48 пациентам.

СКТ головного мозга по стандартной методике проводилась при поступлении в стационар или ухудшении клинического состояния. МРТ головного мозга выполнялась по стандартной методике в случаях уточнения клинической картины и данных СКТ.

В связи с крайне тяжелым (критическим) состоянием 10 погибшим пациентам не удалось выполнить СКТ головного мозга (смерть наступила в течение от 2–3 часов до суток). В 17 случаях (выписанных) не использовали СКТ в связи с адекватным состоянием (не было показаний).

Результаты. СКТ выполнено 50 пациентам – в 71,4% случаях. По данным СКТ, у 22 больных (44%) на момент исследования были нормальные структуры и показатели (не выявили патологических изменений) головного мозга, патологические изменения головного мозга выявлены у 28 человек (56%). Среди патологических изменений встречались диффузный отек – 17 (60,7%) и геморрагические осложнения – 9 (32,14%). Количество изменений головного мозга превышает количество обследованных, поскольку у многих имелись сочетания тех или иных изменений.

1) Только диффузный или локальный отек (без геморрагических осложнений) вещества головного мозга наблюдался в 39,28% случаев (у 11 пациентов) с дислокационным синдромом у 3 пациентов. В 1 случае был выявлен локальный изолированный билатеральный отек базальных ядер (БЯ) и мозжечка. Диффузный отек в большинстве случаев

сопровождает геморрагические осложнения (7 человек – 28%).

2) Всего геморрагические осложнения встречались в 32,14% (9 больных) случаях. Различные виды кровоизлияний:

- внутримозговые гематомы (ВМГ) в проекции БЯ – 4 пациента (билатеральные 3, только в левом полушарии – 1, но они сочетались с диффузным отеком и дислокацией), в задней черепной ямке наблюдали у 1;

- внутрижелудочковые кровоизлияния отмечались самостоятельно или в сочетании с ВМГ и/или диффузным отеком у 6 пациентов (21,42%);

- отек-ишемия в проекции БЯ, диффузный отек головного мозга сопровождался геморрагическим пропитыванием БЯ в 2 (7,1%) случаях;

3) ишемия в БЯ – у 2 пациентов (7,1%);

4) у 5 пациентов наблюдали кистозно-атрофические изменения (17,8 %).

Заключение. В нашем исследовании преобладали следующие виды повреждения головного мозга: диффузный отек, различные варианты геморрагических изменений, сочетание геморрагических осложнений с диффузным отеком. Проведение СКТ и МРТ головного мозга позволило дать детальную характеристику объема и характера поражения головного мозга, выделить несколько вариантов поражений в остром периоде отравления метанолом, что позволяет объективно, в ранние сроки выявить наличие осложнений со стороны головного мозга, оценить тяжесть состояния больных, проводить коррекцию терапии. По нашему мнению, данная тема требует дальнейшего изучения для предотвращения критических осложнений.

ВАРИАНТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ МЕТАНОЛОМ ПО ДАННЫМ СКТ

*А.М. Антонова¹, А.Н. Лодягин¹,
С.В. Кузнецов¹, Д.Ю. Климанов²*

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Рф

²СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

Актуальность. Одна из серьезных проблем клинической токсикологии – токсическое действие алкоголя, среди случайных химических отравлений с летальным исходом ведущее место занимают отравления спиртосодержащими средствами. Частые причины отравления: спиртные напитки низкого качества, фальсификация, ошибочное применение, с суицидальной целью. Высокая летальность отравленных суррогатами алкоголя по большей части

обусловлена токсическим действием метанола (его метаболитов).

Цель. Изучение вариантов лучевой семиотики повреждения головного мозга при острых отравлениях метанолом по данным спиральной компьютерной томографии (СКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Материалы и методы. В период 2017–2023 гг. в ЦОО НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с признаками острого отравления метанолом поступило 77 пациентов, в возрасте от 23 до 77 лет (средний возраст – 44,2 года; мужчин – 65; женщин – 12), летальный исход – 42 человека, выписаны 35 пациентов. Клиническая картина острых отравлений метанолом характеризовалась развитием токсико-гипоксической энцефалопатии, что клинически проявлялось сопором и развитием коматозного состояния 2–3 ст., метаболическим ацидозом, гипергликемией, в некоторых случаях – изменениями со стороны зрения (от выпадения полей зрения до потери зрения), клиникой острого живота (панкреатитом). Данные клинической картины подтверждались обнаружением метанола при химико-токсикологическом исследовании. Гемодиализ проводился 70 пациентам.

СКТ головного мозга по стандартной методике проводилась при поступлении в стационар или ухудшении клинического состояния. МРТ головного мозга выполнялась по стандартной методике в случаях уточнения клинической картины и данных СКТ.

В связи с крайне тяжелым (критическим) состоянием 10 умершим пациентам не удалось выполнить СКТ головного мозга (смерть наступила в течение 2–3 часов до суток). В 17 случаях (выписанных) не использовали СКТ в связи с адекватным состоянием (не было показаний).

Результаты. СКТ выполнено 50 пациентам, в 71,4% случаях. По данным СКТ, у 22 больных (44%) на момент исследования были нормальные структуры и показатели (не выявили патологических изменений) головного мозга, патологические изменения головного мозга выявлены у 28 человек (56%). Среди патологических изменений встречались диффузный отек – 17 (60,7%) и геморрагические осложнения – 9 (32,14%). Количество изменений головного мозга превышает количество обследованных, поскольку у многих имелись сочетания тех или иных изменений.

1) Только диффузный или локальный отек (без геморрагических осложнений) вещества головного мозга наблюдался в 39,28% случаев (у 11 пациентов) с дислокационным синдромом у 3 пациентов. В 1 случае был выявлен локальный изолированный билатеральный отек базальных ядер (БЯ) и мозжечка. Диффузный отек в большинстве случаев сопровождал геморрагические осложнения (7 человек – 28%). 2) Всего геморрагические осложнения

встречались в 32,14% (9 больных) случаях. Различные виды кровоизлияний:

- внутримозговые гематомы (ВМГ) в проекции БЯ – 4 пациента (билатеральные – 3, только в левом полушарии – 1, но она сочеталась с диффузным отеком и дислокацией), в задней черепной ямке наблюдали у 1;

- внутрижелудочковые кровоизлияния отмечались самостоятельно или в сочетании с ВМГ и/или диффузным отеком у 6 пациентов (21,42%);

- отек-ишемия в проекции БЯ, диффузный отек головного мозга сопровождались геморрагическим пропитыванием БЯ в 2 (7,1%) случаях;

- 3) ишемия в БЯ – у 2 пациентов (7,1%).

- 4) у 5 пациентов наблюдали кистозно-атрофические изменения (17,8 %).

Заключение. В нашем исследовании преобладали следующие виды повреждения головного мозга: диффузный отек, различные варианты геморрагических изменений, сочетание геморрагических осложнений с диффузным отеком. Проведение СКТ и МРТ головного мозга позволило дать детальную характеристику объема и характера поражения головного мозга, выделить несколько вариантов поражений в остром периоде отравления метанолом, что позволяет объективно, в ранние сроки выявить наличие осложнений со стороны головного мозга, оценить тяжесть состояния больных, проводить коррекцию терапии. По нашему мнению, данная тема требует дальнейшего изучения для предотвращения критических осложнений.

ЛУЧЕВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

*А.М. Антонова, А.Н. Лодягин,
Ч.Б. Батоцырёнов*

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», РФ

Введение. Постреанимационная болезнь – одна из актуальных проблем реаниматологии в клинической токсикологии, которая встречается при остром отравлении наркотическими веществами, после клинической смерти. Знание и понимание дополнительных средств диагностики постреанимационной болезни (ПРБ) головного мозга (ГМ) при токсико-ишемической энцефалопатии позволяет врачу своевременно поставить диагноз и начать этиопатогенетическую терапию.

Клинически ПРБ ГМ получила название постреанимационной (постгипоксической) энцефалопатии (ПРЭ) и характеризуется как совокупность неврологических и психических нарушений. СКТ

позволяет прижизненно визуализировать структурные изменения ГМ.

Цель исследования. Описание лучевых изменений головного мозга при ПРБ по данным СКТ при острых отравлениях для оценки прижизненных трансформаций и нейропрогноза.

Материалы и методы исследования. Обследовано 22 пациента (в возрасте 19–55 лет, мужчин – 19, женщин – 3), поступивших в ЦОО ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с признаками острого отравления наркотическими веществами. Диагноз подтвержден при химико-токсикологическом исследовании (ХТИ). Клиническая смерть фиксировалась на догоспитальном или госпитальном этапе. В 7 случаях наступала через асистолию, в 3 – через фибрилляцию, электромеханическую диссоциацию сердца – в 3, в остальных случаях – не указано.

Выполнялась компьютерная томография (СКТ) головного мозга в разные периоды после клинической смерти (когда позволяло клиническое состояние пациента).

Результаты. В постреанимационном периоде мы выявили 3 вида изменений:

- 1) У 6 пациентов в динамике формировались кистозно-атрофические изменения.

- 2) Выраженный диффузный отек ГМ (наблюдали в 6 случаях), который выглядит как нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК) = ПсевдоСАК – имитация истинного острого САК. В 1986 году Э. Шпигелем и соавт. был впервые описан рентгенологический признак псевдоСАК. Э. Аврахами и соавт. показали, что обычно псевдоСАК встречается при злоупотреблении наркотиками или остановке кровообращения, что приводит к отеку мозга в результате гипоксически-ишемического повреждения. Такой феномен появляется при СКТ в результате уменьшения плотности паренхимы головного мозга, сглаженности субарахноидальных пространств и повышения плотности в межполушарной щели, намету мозжечка и бороздах.

- 3) Отек ГМ с появлением мелкоочаговых кровоизлияний встречался у 4 пациентов, как при травматическом диффузном аксональном повреждении (ДАП) при травме = ПсевдоДАП.

Заключение. СКТ головы позволяет выявлять патологические изменения ГМ при ПРЭ при острых отравлениях. Это важно для проведения адекватной нейроинтенсивной терапии и ее коррекции и нейропрогноза.

**ИЗМЕНЕНИЕ СВЯЗИ НАРУШЕНИЙ
ГЕМОРЕОЛОГИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ЭНДОТОКСИКОЗА НА ФОНЕ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ**

^{1,2}Ю.С. Гольдфарб, ^{1,2}А.Н. Ельков, ^{1,2}А.В. Бадалян,
^{1,2}М.М. Поцхверия, ¹Е.Е. Биткова

¹ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
ДЗМ», Москва

²ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, Москва

Цель работы. Оценка влияния на показатели гемореологии (ГР) и эндотоксикоза (ЭТ) комбинации медикаментозных и немедикаментозных средств, используемых в составе реабилитационных мероприятий (РМ) при острых отравлениях (ОО).

Материал и методы. 52 больных 18–76 лет с тяжелыми ОО: 22 – психофармакологическими средствами (оПФС), осложненными пневмонией – 13 нейротоксикантами (оНТ) и 17 – разъедающими веществами (орВ), обследованных в токсикологическом отделении НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в реабилитационном периоде, – после детоксикационных, реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. Исходно у них выявлены нарушения ГР и развитие ЭТ с отклонением от нормы показателей ГР в 1,1–2,7 раза, а отдельных, определяемых в крови, и интегральных показателей ЭТ – в 1,1–4,3 раза.

Базовые РМ дополняли использованием этилметилгидроксипиридина сукцината, внутривенной лазерной гемотерапии при оПФС, гипербарической оксигенации (ГБО) и мезодиэнцефальной модуляции при оНТ и ГБО при орВ.

Результаты оценивали с помощью парного корреляционного анализа (ПКА), выявляющего характер статистической связи между изменениями двух параметров. Учитывали только статистически значимые прямые и обратные корреляции (СЗК) ($p < 0,05$).

Результаты. По данным ПКА, в формировании ЭТ при оПФС и орВ преимущественно участвуют показатели вязкости крови и гемостаза (отмечались СЗК между эффективной концентрацией альбумина (ЭКА), вязкостью плазмы (ВП), вязкостью крови (ВК) при скорости сдвига ($\dot{\gamma}$), равной 250 сек^{-1} ($ВК_{250}$), уровнем антитромбина III (АТ-III) и агрегацией эритроцитов в движении (I_{AM1}) (диапазон СЗК без учета знака – 0,58–0,7), общей концентрацией альбумина (ОКА) – с ВП, агрегацией эритроцитов в покое (I_{AM}), содержанием в крови тромбоцитов (Tr_{abc}) и $ВК_{250}$ и ВК при $\dot{\gamma}$, равной 10 сек^{-1} ($ВК_{10}$) (0,56–0,71).

Среди форменных элементов крови имелись СЗК между абсолютным количеством лейкоцитов (L_{abc}) и ВК при $\dot{\gamma}$, равной $2,5 \text{ с}^{-1}$ ($ВК_{2,5}$), протромбино-

вым индексом (ПИ) и активированным частичным тромбопластиновым временем (АЧТВ) (0,52–0,7), относительным количеством лимфоцитов ($L_{отн.}$) и $ВК_{250}$, уровнем фибриногена (ФГ), вязкоэластичностью крови (ВЭК) при $\dot{\gamma}$, равной $2,5 \text{ с}^{-1}$ и $62,8 \text{ с}^{-1}$ ($ВЭК_{2,5, 62,8}$) (0,53–0,75), абсолютным количеством лимфоцитов (L_{abc}) и ВП, ПИ и АЧТВ (0,5–0,72), а также между относительным количеством лейкоцитов ($L_{отн.}$) и нейтрофилов ($N_{отн.}$) – с $ВК_{250}$, ФГ, $ВЭК_{2,5}$ и ПИ (0,5–0,75).

Среди интегральных показателей ЭТ отмечены СЗК между относительной резервной связывающей способностью альбумина и I_{AM} , I_{AM1} , Tr_{abc} и АЧТВ, коэффициентом эндогенной интоксикации (КЭИ), ФГ и АТ-III, значениями индекса сдвига нейтрофилов (ИСН) и гематокрита, $ВК_{250}$, ВП, I_{AM} , ВК при $\dot{\gamma}$, равной $12,6$ и $62,8 \text{ сек}^{-1}$, ВЭК при $\dot{\gamma}$, равной $12,6 \text{ сек}^{-1}$, и АТ-III (0,57–0,94).

При оНТ отмечены СЗК преимущественно между показателями ВК и ВЭК, отражающими кровоток в сосудах всех калибров, а также агрегационными – с уровнем среднемолекулярных продуктов (СМП), детектируемых при длине волны 254 и 280 нм ($СМП_{254, 280}$), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) всех размеров, интегральных коэффициентов ЭТ – КЭИ, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и ИСН – со значениями ВК при всех $\dot{\gamma}$, $ВЭК_{2,5}$, гематокрита, I_{AM} , агрегации тромбоцитов ($A_{тр.}$) и ПИ (0,62–0,87).

Во всех случаях наблюдали небольшое число СЗК между уровнем ЦИК всех размеров и показателями ГР – ВП, Tr_{abc} , $A_{тр.}$ и ПИ (0,51–0,71).

В целом количество СЗК было небольшим – 6,9–9,5% из числа возможных (304), однако преимущественно выраженным, высоким и очень высокой степени, подтверждая объективную связь между развитием ЭТ и нарушениями ГР.

После лечения СЗК при оПФС на фоне увеличения, а при орВ – на фоне уменьшения их числа сместились в сторону гидрофильных компонентов ЭТ (СМП), выведение из организма которых различными путями представляет меньшие трудности, чем восстановление ЭКА. В формировании ЭТ более активной стала роль ЦИК; они также покидают организм – путем их элиминации ретикуло-эндотелиальной системой.

Также при оПФС более часто присоединялись СЗК между показателями ЭТ и $ВК_{10}$ и $ВК_{2,5}$, характеризующих состояние капиллярного кровотока, то есть органного кровоснабжения, а также показателями агрегации эритроцитов.

При оНТ число СЗК увеличивалось, в основном за счет показателей ВЭК, что может свидетельствовать о положительных сдвигах деформируемости эритроцитов с улучшением текучести крови и уже упомянутого органного кровоснабжения. Полученные сведения говорят также о вовлечении в иссле-

дуемый процесс альбумина и влиянии лечения на иммунную систему (рост числа СЗК для $Lf_{отн.}$ и их появление между уровнями ЭКА, ОКА и показателей ГР – 0,63–0,81).

Заключение. Учитывая образование СЗК после РМ, наблюдаемое нами на фоне стабилизации или улучшения большей части гемореологических показателей со сдвигом их значений в сторону нормы на 8–24%, а также повышения ЭКА на 9,4% (оНТ), уменьшения при этом уровня $СМП_{254}$ в 1,1–1,3 раза, снижения значений $СМП_{280}$ на 8,6% (оНТ), повышения абсолютной резервной связывающей способности альбумина на 10–25%, снижения ЛИИ в 2–7 раз, а ИСН – в 1,9 раза (оПФС) и заметного повышения резистентности организма при ее оценке по Гаркави, можно говорить о саногенезе применяемых воздействий в виде непосредственного влияния этих изменений на существенное улучшение клинических показателей: сокращение сроков госпитализации больных в 1,3–2,5 раза (статистически значимо в последнем случае), улучшение вегетативных функций при оПФС, статистически значимое 1,5-кратное сокращение сроков эпителизации слизистой желудочно-кишечного тракта при оРВ, а при оНТ – наилучшая динамика функционального состояния мозга и когнитивных функций со статистически значимым улучшением результатов всех тестов.

ИЗМЕНЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭНДОТОКСИКОЗА НА ФОНЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

^{1,2}Ю.С. Гольдфарб, ^{1,2}А.Н. Ельков,

^{1,2}А.В. Бадалян, ^{1,2}М.М. Поцхверия

¹ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
ДЗМ», Москва

²ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, Москва

Цель работы. Оценка влияния на показатели эндотоксикоза (ЭТ) комбинации медикаментозных и немедикаментозных средств, используемых в составе реабилитационных мероприятий при острых отравлениях (ОО).

Материал и методы. 52 больных 18–76 лет с тяжелыми ОО: 22 – психофармакологическими средствами (оПФС), осложненными пневмонией, 13 – нейротоксикантами (оНТ) и 17 – разъедающими веществами (оРВ), обследованных в токсикологическом отделении НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в реабилитационном периоде, – после детоксикационных, реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. Исходно у них выявлено наличие ЭТ с отклонением от нормы его отдельных, определяе-

мых в крови, и интегральных показателей (ИПЭ) в 1,1–4,3 раза.

Базовые реабилитационные мероприятия дополняли использованием этилметилгидроксипиридина сукцината, внутривенной лазерной гемотерапии при оПФС, гипербарической оксигенации (ГБО) и мезодиэнцефальной модуляции при оНТ и ГБО при оРВ.

Результаты оценивали с помощью парного корреляционного анализа (ПКА), выявляющего характер статистической связи между изменениями двух параметров. Учитывали только статистически значимые прямые и обратные корреляции (СЗК) ($p < 0,05$).

Результаты. По данным ПКА, во всех случаях в формировании ЭТ до лечения участвуют его гуморальные компоненты (среднемолекулярные пептиды, СМП и циркулирующие иммунные комплексы, ЦИК), которые способны к выведению из организма, причем при оПФС преимущественно отмечены СЗК между эффективной концентрацией альбумина (ЭКА) и относительной резервной связывающей способностью альбумина ($РССА_{отн.}$), коэффициентом эндогенной интоксикации (КЭИ) и уровнем ЦИК – большого (БЦИК) и среднего (СЦИК) размера. Со стороны общей концентрации альбумина (ОКА) СЗК имелись между $РССА_{отн.}$, абсолютным $РССА$ ($РССА_{абс.}$), а также БЦИК, СЦИК и ЦИК малого размера (МЦИК) (диапазон СЗК без учета знака 0,49–0,65). Уровни фракций СМП, детектируемых при длине волны 254 нм ($СМП_{254}$) и 280 нм ($СМП_{280}$), коррелируют между собой, а также с КЭИ, абсолютным содержанием лейкоцитов ($L_{абс.}$) ($СМП_{254}$) и БЦИК ($СМП_{280}$) (0,5–0,75).

При этом для оНТ наблюдается причастность к формированию ЭТ и гидрофобных компонентов, на что косвенно указывает наличие СЗК, связанных с $РССА$, и активность КЭИ: значений $РССА_{отн.}$ – с таковыми ОКА и $РССА_{абс.}$, $РССА_{абс.}$ – с ОКА и $РССА_{отн.}$, а КЭИ – с уровнем $РССА_{отн.}$ (0,71–0,97).

При оРВ имелись СЗК между $СМП_{254}$ с таковыми $СМП_{280}$ и КЭИ. Среди ЦИК обнаружили СЗК между содержанием СЦИК с таковыми МЦИК и общим содержанием ЦИК (ОЦИК) (0,62–0,89). Содержание МЦИК имело СЗК с таковым СЦИК, ОЦИК и значениями индекса сдвига нейтрофилов (ИСН) (0,62–0,92), а ОЦИК – соответственно СЦИК, МЦИК и ИСН (0,86–0,89).

Кроме того, при оРВ и оНТ в формировании ЭТ принимают участие компоненты лейкоцитарно-лимфоцитарного комплекса (ЛЛК), отражающего наличие воспалительных процессов и резистентность организма: при оРВ отмечены СЗК между абсолютным содержанием лейкоцитов ($L_{абс.}$) и лимфоцитов ($Lf_{абс.}$), относительным содержанием лимфоцитов ($Lf_{отн.}$) и $Lf_{абс.}$, а также относительным содержанием нейтрофилов ($N_{отн.}$) (0,65–0,98).

Лф_{отн.} имеет СЗК с Л_{абс.}, Лф_{отн.} и Н_{отн.}, а Н_{отн.} – с Лф_{отн.} и Лф_{абс.} (0,57–0,98). При оНТ имеются СЗК, но в гораздо меньшем количестве, для абсолютного содержания лейкоцитов (Л_{абс.}) и лимфоцитов (Лф_{абс.}), Лф_{отн.} и СМП_{280'}, Н_{отн.} и КЭИ, Лф_{абс.} и Л_{абс.}, Н_{отн.} и Лф_{отн.} (0,63–0,9). При оПФС их тоже немного – Л_{абс.} с СМП₂₅₄ и КЭИ, Лф_{отн.} с Н_{отн.}, а Лф_{абс.} – с БЦИК (0,6–0,91).

При ОРВ активное участие в формировании ЭТ компонентов ЛЛК, как и ИСН, вероятно, отражает роль в этом воспаления, а гуморальных факторов – наличие больших тканевых повреждений. При оНТ же, судя по инертности таких ИПЭ, как лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и ИСН, серьезного участия в формировании ЭТ воспалительных процессов и иммунных нарушений не имеется. Это предполагает развитие ЭТ при оНТ за счет нарушений со стороны ЦНС.

Всего в формировании ЭТ участвует относительно небольшая доля СЗК – 12,5–14,7% из возможных, но они носят преимущественно высокую и очень высокую степень, объективно подтверждая их изменения при ЭТ.

После лечения при оПФС появляются СЗК между гидрофобными и гидрофильными компонентами ЭТ (ЭКА и СМП_{280'}, РССА_{отн.} и СМП₂₅₄), а также СМП₂₈₀ и СЦИК, МЦИК и ОЦИК, ЛИИ с Л_{абс.} и Лф_{абс.}.

При ОРВ основные изменения коснулись установления связи между ЭКА и ОКА, более активного участия в процессе ЦИК и взаимодействия с ними компонентов ЛЛК; наблюдается смена СЗК, связанных с ИСН, на СЗК для ЛИИ.

При оНТ в происходящих процессах стали больше участвовать гидрофобные показатели – ЭКА и связанные с ней показатели РССА и КЭИ. Возросла информативность не только ЛИИ, но и ИСН.

Указанные изменения могут говорить об укреплении в целом иммунного статуса организма, а также как о стихании процесса воспаления (оПФС, ОРВ), так и сохранении риска его присоединения (оНТ).

Заключение. Учитывая в основном однотипные изменения при указанных ОО – снижение уровня СМП₂₅₄ в 1,1–1,3, а СМП₂₈₀ в 1,1 раза (оПФС), повышение РССА_{абс.} на 27% (оПФС) и 10% (ОРВ), уменьшение ЛИИ в 2–7 раз, ИСН в 1,9 раза (оПФС) и заметное повышение адаптационных возможностей организма, можно говорить о саногенетических сдвигах в структуре ЭТ и их влиянии на существенное улучшение клинических показателей в результате применяемых воздействий (сокращение сроков госпитализации больных в 1,3–2,5 раза, улучшение вегетативных функций при оПФС, статистически значимое 1,5-кратное сокращение сроков эпителизации слизистой желудочно-кишечного тракта при ОРВ, улучшение функционального состояния мозга, определяемого данными электроэнцефалографии, и статистически значимое улучшение всех психофизиологических тестов при оНТ).

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ПРОДУКТОВ У ОБОЖЖЕННЫХ

Е.В. Зиновьев

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

Одним из возможных путей решения проблемы оказания медицинской помощи пострадавшим с обширными ожогами кожи является трансплантация различных клеточных культур. Их применение должно осуществляться в строгом соответствии с показаниями к использованию данного метода лечения и критериями состояния раневой поверхности. На основании анализа случаев неудовлетворительных результатов аппликации клеточных культур в отделе термических поражений ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе были выявлены основные их причины:

1) активная экссудация ран приводит к снижению эффективности клеточной терапии, а поддержание условий влажной среды в области трансплантации только потенцирует чрезмерную мацерацию. Необходимо учитывать и адсорбирующие возможности раневых покрытий. Нарушение оттока жидкости в условиях повышенной гидратации увеличивает риск развития осложнений и гибели трансплантируемых клеток;

2) восстановление дефекта мягких тканей требует от организма значительных затрат как энергетических, так и биопластических ресурсов. Их отсутствие приводит к хронизации течения раневого процесса. Использование клеточной терапии у пострадавших в состоянии выраженного ожогового истощения малоэффективно, так как стимуляция регенерации в условиях отсутствия структурных компонентов, необходимых для восстановления целостности кожного покрова, не обеспечит регенерации;

3) при трансплантации клеток важно учитывать возможность их взаимодействия с растворами антисептиков, раневыми покрытиями или другими ранозаживляющими средствами. Совместно с ФГБУН «Институт цитологии РАН» проведен анализ 10 изделий медицинского назначения для аппликации на раны. Установлено, что необходимым показателем биосовместимости (100%) обладали лишь два из испытанных образцов отечественного производства. В настоящее время проводится исследование цитотоксичности растворов антисептиков;

4) наличие признаков гнойно-воспалительного процесса или участков некротизированных тканей в области трансплантации является абсолютным противопоказанием к аппликации клеточных

культур. Биомедицинские клеточные продукты в инфицированной ране представляют собой дополнительную питательную среду для патогенной микрофлоры, усиливающую активный рост последней. В условиях гнойного воспаления эффективная регенерация ожога невозможна;

5) обширные ожоговые поражения часто сопровождаются повреждением кожного покрова на задней поверхности туловища. Это обуславливает необходимость позиционирования пострадавшего во флюидизирующих установках, оказывающих контролируемое, дозированное воздушное воздействие с целью снижения болевого синдрома и потери жидкости через раневую поверхность. Указанные условия внешней среды являются критическими для клеточных культур, способствуя их быстрой гибели и, как следствие, отсутствию эффекта от терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

*У.Р. Камилов, А.Д. Фаязов, М.М. Нарзиев,
С.И. Шукуров, У.Х. Абдуллаев,
Д.Ж. Шамшетов*

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

До настоящего времени одной из наиболее сложных проблем остается интенсивная терапия тяжелых ожогов. Сложность заключается в том, что ожоговая болезнь, развивающаяся при тяжелых поражениях, представляет собой ряд последовательно сменяющих друг друга критических состояний: шок, токсемия, септикоциемия. Поэтому требуется особый подход к проводимой инфузионной терапии в различные периоды, от своевременности и адекватности которой во многом зависит исход лечения. Если в периоде ожогового шока ключевым фактором всех нарушений является генерализованное нарушение микроциркуляции, то в периоде острой ожоговой токсемии вследствие эндотоксикоза развивается системная воспалительная реакция, переходящая в полиорганную недостаточность. Возникший срыв ауторегуляции, в свою очередь, усугубляет эндотоксикоз, что формирует «порочный круг», который разорвать весьма сложно.

Данное исследование основано на анализе результатов лечения тяжелообожженных, пролеченных в отделении комбустиологической реанимации РНЦЭМП МЗ РУз за период 2013–2023 гг.

Переход из критического состояния микроциркуляторных нарушений в синдром системного воспалительного ответа (ССВО) при ожоговой болезни принято называть выходом из ожогового

шока. Следовательно, инфузионная терапия в схеме противошоковой терапии должна быть начата как можно раньше и решать задачи, связанные с восстановлением перфузии крови, коррекцией нарушения дыхания, устранением гипоксии, ликвидацией водно-электролитных нарушений. Важное значение имеет профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений, респираторного дистресс-синдрома, почечно-печеночной недостаточности, нарушений функции центральной нервной системы. Восстановление ОЦК должно проводиться в максимально короткий срок. Оптимальным вариантом инфузионной терапии в первые 8 часов после травмы, учитывая особенности патогенеза ожогового шока, следует считать терапию на основе бесколлоидных инфузионных сред. Наиболее рациональным является использование кристаллоидов. В связи с этим очень важна переориентация от схем и формул для лечения обожженных в остром периоде ожоговой болезни на строгую индивидуализацию инфузионной терапии. На восьмом часу после ожоговой травмы происходит некоторое снижение сосудистой проницаемости, что требует в это время включения в терапию коллоидных растворов. На наш взгляд, оптимальным соотношением между коллоидными и бесколлоидными растворами является соотношение 1:4.

В дальнейшем объем инфузионной терапии зависит от степени выраженности эндотоксикоза, которую необходимо также начинать лечить уже именно в этот временной промежуток. В этом аспекте рекомендуемое снижение объемов инфузионной терапии в схеме интенсивной терапии на вторые сутки после травмы на 50%, на третьи сутки на 30% является не совсем целесообразным.

Объем вводимых жидкостей после восстановления микроциркуляции должен соответствовать физиологической потребности пациента и связывается со степенью эндогенной интоксикации. В программу инфузионной терапии должны быть обязательно включены препараты, обладающие антигипоксантами и антиоксидантными свойствами, включающие в себя янтарную кислоту, так как сукцинат янтарной кислоты является активным антигипоксантом направленного митохондриального действия. Такими препаратами являются «Сукцинасол» и «Цитофлавин», которые относятся к субстратным антигипоксантам, антиоксидантам, ингибиторам свободных радикалов, мембранопротекторам, способствующим снижению активности. Следует начинать с первых суток, оптимально с первых восьми часов после травмы, и продолжать до снижения клинических проявлений эндотоксикоза. Объем инфузии при тяжелой степени интоксикации может составлять от 50–60 мл/кг/сут до 60–80 мл/кг/сут при крайне тяжелой степени интоксикации.

Коллоидные растворы эффективнее восстанавливают ОЦК, но дефицит интерстициальной жидкости, сопряженный с гиповолемией, целесообразнее устранять инфузией кристаллоидных растворов. Из коллоидов препаратом выбора являются растворы на основе гидроксипропилированного крахмала, с молекулярной массой 130 кДж, которые, в отличие от декстранов, не вызывают коагулопатии. В настоящее время в распоряжении трансфузиологов имеется большой выбор кровезаменителей, которые могут эффективно поддерживать нормальные показатели циркулирующего объема крови. Артериальную гипотонию при гиповолемическом шоке следует лечить интенсивной инфузионной терапией, а не использованием вазопрессоров.

Таким образом, проведение комплексной интенсивной терапии со сбалансированной инфузионной терапией, включение в схему лечения препаратов, обладающих антигипоксантами, антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами способствует улучшению результатов лечения пострадавших с критическими термическими поражениями.

**ТАЖРИБАДА КУЙИШ ЖАРОҲАТИНИ
ОЛГАН КАЛАМУШЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ
ДАВОЛАШДА ҚАЛИНЛИГИ 40–50 МИКРОН
БЎЛГАН «НАНОДЕРМ» ИМПЛАНТ-
ПЛЁНКАСИННИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

*Мирхайдаров М.М., Убайдуллаева В.У.,
Фаязов А.Ж., Камиллов У.Р.*

**Республика шошилишч тиббий ёрдам
илмий маркази, Тошкент**

Мақсад. Тажрибада куйиш жароҳатини олган каламушларни маҳаллий даволашда қалинлиги 40–50 микрон бўлган «Нанодерм» имплант-плёнкасининг самарадорлигини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари. Текширувга 180–210 гр бўлган 75 та оғирлиги оқ каламушлар олиниб, уларда тажрибада сув ваннасида ушлаб турилган иссиқ сув сақловчи шиша мензуркани депиляция қилинган каламуш терисига қўйиш орқали термик куйиш чақирилган. Натижада II–III АБ даражасидаги куйиш жароҳати шаклланган. Назорат гуруҳида (15 та каламуш) ҳам шу тарзда термик куйиш чақирилган, бироқ уларда даволаш ўтказилмаган, фақатгина левомеколь мази билан маҳаллий ишлов бериб турилган. 60 та оқ каламушлардаги куйиш жароҳатига эса турли миқдорда кумуш наноэпидермаларини сақловчи «Нанодерм» имплант-плёнкаси қўйилган. Яра билиши планиметрик усулда, жароҳатда йирингли яллиғланиш мавжудлиги, грануляция характери ва эпителизация муддатига кўра назорат қилиб

борилди. Морфологик текширув учун материал патологик ўзгариш соҳасидан, 7-, 15- ва 30-суткада олинди.

Натижалар. Левомеколь мази билан маҳаллий даволанган тажриба гуруҳида куйиш соҳаси 7-суткага келиб, ноаниқ чегарали тўқ кўнғир рангдаги некроз соҳаси кўринишини акс этган. Шикастланган соҳанинг микроскопик текширувида эса некроз туфайли кўп қаватли ясси эпителий аниқланмади. Асосий гуруҳда эса 7-суткага келиб, жароҳат қуруқ коагуляциян струп билан қопланиб, перифериядан кўчиши бошланган. Микроскопик текширувда эса текширилаётган тўқима барча қаватларининг шиши кузатилади.

15-суткага келиб, тажриба гуруҳида жароҳат юзасида суст некролиз, қирғоқли эпителизация ва кичик оролчали кўринишдаги грануляциян тўқимани кўриш мумкин. Микроскопик текширувда аксарият жароҳат юзасида эпидермис аниқланмади, кўплаб эпидермиснинг некроз соҳалари лейкоцитар инфильтрация билан кузатилди. Асосий гуруҳда эса 15-суткага келиб, фаол эпителизация грануляциян тўқимани шакллантириб, катта оролчалар кўринишини акс этди.

30-суткага келиб, тажриба гуруҳида каламушлар ўз фаолликларини сақлаган, жароҳат аниқ чегарага эга, жароҳат юзасида эса суст грануляциялар аниқланади. Микроскопик текширувда эса кўп қаватли ясси эпителийни аниқлаш имкони бўлмади, текширилаётган фрагментда марказий соҳада некротик детрит ялли лейкоцитар инфильтрация билан ифодаланди. Асосий гуруҳда эса айрим каламушларда кичик ҳажмдаги қолдиқ грануляция соҳалари сақланган. Тўлиқ битган жароҳатларда микроскопияда эпидермис структураси тўлиқ тикланган бўлди.

Хулоса. Шундай қилиб, тўлиқ тикланиш муддатларини таҳлил қилиш тажрибада термик куйиш чақирилган ва левомеколь билан даволанган тажриба гуруҳида яра эпителизацияси жараёнлари $37,2 \pm 0,7$ суткани ташкил қилди, кумуш наноэпидермаларининг турли концентрацияларини сақловчи полимер плёнка қўлланилган асосий гуруҳда эса $30,2 \pm 0,6$ суткага тенг бўлди.

**ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ
ТЕРАПИИ ЭНДОТОКСИКОЗА
У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

*Х.Н. Мухитдинова, У.Х. Абдуллаев, А.Д. Фаязов,
У.Р. Камилов, Б.Н. Холмуродов, Х.М. Туйев*

**Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников**

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Узбекистан
Бухарский филиал РНЦЭМП**

Синдром эндогенной интоксикации, развивающийся при тяжелых ожогах, остается глобальной проблемой современной комбустиологии. Термическое поражение кожи со снижением ее защитной функции и возникновением обширных ворот для инфицирования, с одной стороны, и депрессия иммунитета, наступающая вследствие тяжелого первичного эндотоксикоза, создают условия для развития синдрома системного воспалительного ответа и сепсиса, с нарастанием второй фазы эндотоксикоза, которая еще больше усугубляет тяжесть состояния больного. Комплекс мероприятий с адекватной инфузионной терапией играет основную роль при выведении из критического состояния тяжелообожженных.

В отделениях комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз и Бухарского филиала РНЦЭМП расчет суточного количества инфузионных сред комплекса противошоковой терапии тяжелообожженных детей проводится по формуле: $ФП$ (физ. потребность) + 2 мл $\times$ массу тела (кг) $\times$ площадь ожога (%). Половину этой дозы используют в первые 8 часов. Оптимальным соотношением между коллоидами и кристаллоидами является соотношение 1:4. Нативные коллоиды (СЗП, альбумин) вводятся через 12–24 часа на основании соответствующих анализов. При отсутствии рвоты проводится раннее энтеральное питание. Следует учитывать, что эта цифра ориентировочная, и скорость инфузии будет зависеть от показателей мониторинга четырех главных показателей гемодинамики (ЧСС, АД, ЦВД, почасовой диурез). Восстановление ОЦК должно проводиться в максимально короткие сроки.

С целью уменьшения эндотоксикоза и септических осложнений ожоговой болезни тяжелообожженные дети нуждаются в адекватной инфузионной, антибактериальной и детоксикационной терапии. Учитывая ряд негативных сторон экстракорпоральной детоксикации, в течение последних лет нами проводится интракорпоральная детоксикационная терапия. Преимуществом этой методики является безопасность, отсутствие серьезных осложнений и абсолютных противопоказаний, а также то, что не требуется дорогих затрат.

В комплекс детоксикационной терапии включали: инфузионно-трансфузионную терапию (реосорбилакт 5,0–10,0/кг/сут, рефортан 5,0–10,0/кг/сут, альбумин 10–20% и СЗП 5,0–10,0/кг/сут), гемодилюцию, форсированный диурез, энтеросорбцию (фильтрум, активированный уголь), гастроинтестинальное очищение, улучшение монооксигеназной функции печени и иммуностимуляцию.

Эффективность проводимой инфузионно-детоксикационной терапии оценивали под контролем следующих параметров: клинико-инструментальные показатели (уровень сознания по шкале Глазго, ЧД, температура тела, мониторинг АД, ЧСС, ЦВД, сатурацию, почасовой диурез, УЗИ почек и печени, рентген-исследования), лабораторные тесты (уровень средних молекул, гемограмма, КЩС, концентрация протеолитических ферментов крови), расчетные индексы (ЛИИ, НЛИ).

В отделения комбустиологии РНЦЭМП и Бухарского филиала РНЦЭМП госпитализированы 754 обожженных детей, с ожогами на площади от 10 до 95% поверхности тела. У поступивших детей в периоде острой ожоговой токсемии клиника СЭИ и ССВО развивалась соответственно площади ожога (нейротоксикоз, выраженная тахикардия с одышкой, АД с тенденцией к снижению, токсическое повреждение внутренних органов с развитием синдрома полиорганной недостаточности, нарушения водно-электролитного баланса и КЩС, уровень СМП свыше 0,3 усл. ед., повышение ЛИИ более 1,5 усл. ед., НЛИ более 4,5 усл. ед.). После оценки состояния, площади и глубины ожогов с первых суток больным детям проводили инфузионно-детоксикационную терапию по вышеуказанной методике.

После проводимой комплексной инфузионно-детоксикационной терапии у больных детей отмечалось постепенное улучшение общего самочувствия и аппетита, купирование явления нейротоксикоза, уменьшение или купирование ознобов, уменьшение одышки и тахикардии, улучшение регенерации ожоговых ран вследствие нормализации микроциркуляции, снижение уровня СМП, повышение содержания лимфоцитов с уменьшением лейкоцитоза, нормализация КЩС, снижение печеночных ферментов и диастазы.

Таким образом, проведение адекватной комплексной инфузионно-детоксикационной терапии тяжелообожженным детского возраста способствует значительному уменьшению степени эндогенной интоксикации, уменьшению частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни с улучшением результатов лечения.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ: ЧТО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ВАЖНО?

*И.Ю. Саматов^{1,2}, Р.И. Селиверстов¹,
Д.Н. Востриков¹, В.И. Дудин¹, Д.П. Коновалов¹,
О.А. Никишина¹, Е.И. Верещагин²*

¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская
областная клиническая больница»

²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет» МЗ РФ

В острый период тяжелой ожоговой травмы часто формируется синдром полиорганной недостаточности, от степени выраженности которого и способности организма перестроиться на механизмы долговременной адаптации во многом зависит прогноз по течению ожоговой болезни в целом. При этом основными патогенетически обоснованными блоками интенсивной терапии у данной категории пациентов являются: обезболивание, в идеале – организованное по мультимодальному принципу; седация; по показаниям, даже относительным – респираторная поддержка и тщательно спланированная цель – ориентированная инфузионная программа. Ни одна из формул, включая «эталонную» Паркланда, не может рассматриваться в практическом применении более чем как ориентир для старта, так как при проведении патогенетически обоснованной, но достаточно агрессивной инфузионной противошоковой терапии всегда существует опасность развития «синдрома накопления жидкости» и поликомпармент-синдрома. Ситуация усугубляется развитием «синдрома капиллярной утечки» и критическим снижением уровня альбумина, что, по мнению большинства авторов, в том числе и по нашим собственным данным (при уровне альбумина <18,5 г/л), увеличивает частоту развития органных расстройств.

Безусловно, оптимальной схемой проведения инфузионной противошоковой терапии у данной модели пациентов является использование расширенного неинвазивного и/или инвазивного мониторинга гемодинамики, в частности, кардиолегочного ультразвука и/или транспульмональной термодилуции (ТД), что позволяет контролировать показатели контрактильности, преднагрузки, постнагрузки и, самое главное, оценивать в динамике накопление внесосудистой жидкости в легких. Технология ТД давно и успешно применяется в ряде ожоговых центров РФ. Для рутинной же клинической практики с целью контроля эффективности и безопасности проводимой регидратации является темп мочеотделения. Из доступных параклинических тестов следует обращать внимание на «индекс капиллярной утечки» (отношение С-реактивного протеина к альбумину), который помогает оценить

выраженность «синдрома глобального накопления жидкости» и принять решение о начале фазы оптимизации, стабилизации и эвакуации/мобилизации внесосудистой жидкости.

Классический гемодинамический профиль ожогового шока (резко сниженные показатели контрактильности и глобальной преднагрузки при повышении постнагрузки) диктует назначение инотропной кардиотонической поддержки, а оптимальным препаратом при выраженной кардиодепрессии является добутамин.

Серьезная проблема острого периода тяжелой ожоговой травмы – метаболические электролитные нарушения. Примерно у трети пациентов на фоне дефицита общей воды в организме и ретенции натрия (проявление вторичного гиперальдостеронизма) отмечается стойкая тенденция к гипернатриемии ($\text{Na}_{\text{плазмы}} > 145$ ммоль/л), которая является самостоятельным фактором клеточного и тканевого повреждения и предиктором более высокой летальности. При адекватно начатой профилактике и терапии данного метаболического осложнения (дополнительная водная нагрузка, преимущественно за счет энтерального пути введения – дотация воды в зонд или самостоятельный прием жидкости, стимуляция натрийуреза за счет назначения малых доз фуросемида – от 0,5 до 1,5 мг/кг/сутки в виде внутривенной инфузии, спиронолактона до 300 мг/сутки) – в большинстве случаев удается его купировать. При невозможности консервативно справиться с повышением уровня натрия ($\text{Na}_{\text{плазмы}} > 155$ ммоль/л) должен обсуждаться вопрос об инициации заместительной почечной терапии. При этом оптимальной модальностью с учетом клиренса электролитных субстанций рассматривается вено-венозная гемодиализация, а у гемодинамически стабильных пациентов допустимо в качестве альтернативы использовать продленный низкопоточный гемодиализ. Данные методы часто сочетаются с ультрафильтрацией для достижения негативного водного баланса.

Что касается применения методов заместительной почечной терапии у ожоговых пациентов, особенно назначаемой по «внепочечным показаниям», на сегодняшний день нет единого консенсуса как среди российских, так и среди зарубежных специалистов. Безусловно, исследования в этой области необходимо продолжить, тем более что технология зарекомендовала себя в практическом применении с положительной стороны.

Еще одной важной составляющей интенсивной терапии для наших пациентов является обеспечение его нутритивно-метаболических потребностей. Приоритетно как раннее использование для этой цели желудочно-кишечного тракта, так и назначение компонентов парентерального питания с включением в его состав таких адъювантов, как глутамин.

Таким образом, повысить порог курабельности у пациентов с тяжелой ожоговой травмой возможно, используя все современные интенсивные технологии с ориентацией на максимальную персонализацию программы лечения в сочетании с хирургической тактикой, также адаптированной под конкретную клиническую ситуацию.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Б.С. Суюнов

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Термические поражения являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это связано с высокими показателями летальности и инвалидизации. Особую группу больных составляют обожженные детского возраста. Тяжелообоженные дети из-за незрелости защитно-приспособительных реакций органов и систем подвергаются большей опасности, чем взрослые. Как показывает собственный опыт, 60% от общего числа госпитализированных в отделение комбустиологии составляют пациенты детского возраста.

Целью работы явилась оценка эффективности лечения обожженных детей по материалам отделения комбустиологии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП.

За 2022–2023 гг. число госпитализированных детей от 1 года до 14 лет составило 686 больных. Преобладающую группу составили дети в возрасте 1–5 лет – 585 (85,2%). Среди них детей в возрасте до 1 года было 203 (29,6%).

Наиболее частой причиной ожогов являются горячая жидкость и пар – 603 случая (87,9%). Ожоги пламенем были в 40 случаях (5,8%), контактные ожоги – в 22 (3,2%), электротравмы – в 13 (1,9%). У 3 (0,4%) больных были диагностированы химические ожоги.

Термические поражения до 20% поверхности тела диагностированы у 502 (73,2%). У 128 (18,6%) пострадавших были ожоги 21–30% поверхности тела. У остальных 56 (8,2%) пациентов были диагностированы ожоги свыше 30% поверхности тела. У 585 (85,3%) обожженных детей были диагностированы поверхностные термические ожоги II–IIIА степени. У 101 (14,7%) ребенка вместе с поверхностными поражениями также были диагностированы глубокие ожоги IIIB–IV степени. В 35 (5,1%) наблюдениях отмечены множественные поражения различных участков тела. При изолированных поражениях ожоги локализовались чаще на верхних конечностях. В состоянии ожогового шока легкой, тяжелой и крайне тяжелой степени поступили

207 (30,2%) детей. Все эти больные были госпитализированы в отделение реанимации.

Основу противошоковых мероприятий составляет инфузионная терапия, целью которой является ликвидация нарушений водно-электролитного баланса, коррекция расстройств гемодинамики и микроциркуляции. Интенсивная комплексная медикаментозная терапия в период ожогового шока, также, по показаниям, – трансфузия альбумина, введение аминокислотных растворов.

При тяжелом и крайне тяжелом ожоговом шоке назначали глюкокортикоиды, антикоагулянты, антиагреганты, витамины, мембраностабилизаторы, рациональные комбинации антибиотиков. Обезболивание достигалось использованием ненаркотических анальгетиков в сочетании с антигистаминными препаратами и транквилизаторами. Неотъемлемой частью противошоковых мероприятий являлась оксигенотерапия.

Лечение в периодах острой ожоговой токсемии и септикотоксемии направлено на коррекцию гомеостаза, метаболических нарушений, профилактики или лечение гнойно-септических осложнений, анемии, гипопроотеинемии, купирование токсической энцефалопатии, возмещение потребностей организма в энергетическом и пластическом материале.

Всем больным с ожогами свыше 15% поверхности тела проводили антацидную терапию с целью профилактики развития эрозивного гастрита и острых язв желудочно-кишечного тракта. Тем не менее, нами у 1 больного наблюдалось эрозивно-язвенное поражение желудка, осложненное желудочно-кишечным кровотечением. С целью профилактики ожогового истощения параллельно с парентеральным питанием осуществляли полноценное энтеральное питание. Для профилактики пневмонии делали акцент на функционально-выгодном положении ребенка на кровати, улучшающие экскурсию диафрагмы ультразвуковые ингаляции с бронхолитическими препаратами.

Для местного лечения ожоговых ран применяли повязочный метод, в качестве повязок использовали современные атравматические раневые покрытия и влажно-высыхающие повязки с антисептическими растворами, бетадином и левомеколью.

У детей с глубокими ожогами стремились к максимальному высушиванию раневой поверхности с целью быстрее образования ожогового струпа, что позволяет снизить бактериальную загрязненность раны, исключает вегетацию флоры в нижележащие отделы. Это является оптимальным фоном для реализации активной хирургической тактики. Путем щадящих бескровных некрэктомий с 8–9 суток удается поэтапно иссекать ожоговый струп. У 101 ребенка с глубокими ожогами выполнено 145 операций аутодермопластики.

Таким образом, положительные исходы лечения свидетельствуют о правильности избранной лечебной тактики при термических травмах у детей.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ

*Д.Б. Туляганов, В.У. Убайдуллаева,
А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов*

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

Проблема электротравматизма многообразна и сложна. Она ставит перед исследователями многочисленные вопросы, наиболее важными из которых является оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим от электричества.

Нами проведено изучение течения раневого процесса электротермических поражений при различных подходах к местному лечению ожоговых ран.

Проведено морфологическое изучение биоптатов кожи, подкожной клетчатки и мышечной ткани от больных, пострадавших от действия электрического тока. В группы исследования вошли 46 взрослых пациентов, возраст которых колебался от 25 лет до 41 года. У всех пострадавших были диагностированы комбинированные травмы с электротравмой. Общая площадь поражения варьировала от 3 до 75% поверхности тела. Площадь глубоких электроожогов IIIA-B-IV степени равнялась от 2 до 25% поверхности тела. Из общего числа больных 25 пациентам (1-я группа) проводилось традиционное лечение традиционным способом. У остальных – 21 пострадавшего – в местном лечении электротермических ожоговых ран были использованы синтетические временные раневые покрытия. Некрэктомия проводилась на 7–9 сутки, морфологическая картина оценивалась в 2-х группах параллельно на 14–15, 25–30 и 37–45 сутки после травмы.

У больных с традиционным лечением в сравнении с больными, у которых применялись временные раневые покрытия, созревание грануляционной ткани было замедлено. В периферических и центральных отделах ожога отмечалось наличие лимфо- и лейкоцитарной воспалительной инфильтрации, которая определялась на значительных участках и сохранялась длительное время. В мышечной ткани фиксировались межмышечный отек, кровоизлияния, дистрофические изменения, островки погибших миоцитов с лейкоцитарной инфильтрацией.

У больных с применением временных раневых покрытий, как в периферических, так и в центральных отделах ожога достаточно быстро формирова-

лась грануляционная ткань, определялось большое количество новообразованных микроциркуляторных сосудов, наблюдались явления эпидермизации. В исследуемых зонах очагово располагалась лимфоцитарная инфильтрация. В зонах исследования находилось от 32 до 40 новообразованных сосудов. В результате усиления и улучшения кровоснабжения начиналась усиленная регенерация пораженной ткани. Регенерация нового эпидермиса происходила из жизнеспособного эпителия, который сохранялся глубже, в волосяных фолликулах, и покрывал оголенную дерму. Если поражение было настолько сильным, что поврежденным оказывался эпителий в глубине волосяных фолликулов, регенерация пораженного участка происходила за счет разрастания эпителия с краев пораженной поверхности.

Таким образом, морфологически подтверждено, что при традиционном лечении процесс заживления ткани достаточно затянут и часто осложняется присоединением вторичных инфекций, тогда как временные раневые покрытия создают условия для раннего формирования грануляционной ткани, снижения вторичных воспалительных процессов. При сравнении результатов лечения у больных с применением временных раневых покрытий установлено, что чем раньше от момента поражения проводилась некрэктомия с применением покрытий, тем быстрее проходило очищение раны и запускались процессы, стимулирующие образование грануляционной ткани с ранней эпителизацией раневой поверхности.

КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШДА ВАҚТИНЧАЛИК ЯРА ҚОПЛАМАЛАРИНИ ҚЎЛЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

*Фаязов А.Д.,¹ Мирхайдаров М.М.,¹
Камилов У.Р.,¹ Юнусов Х.Э.²*

**Республика шошилинч тиббий ёрдам
илмий маркази¹**

**ЎзР ФА полимерлар физикаси ва
кимёси институти²**

Куйиш кенг тарқалган травматик жароҳатлардан бири ҳисобланади. Замонавий комбустиологиянинг мураккаб муаммолари орасида куйиш жароҳатларини маҳаллий даволаш етакчилик қилади.

Маълумки, куйиш касаллигининг йиринглисептик асоратлари ривожланишида куйиш жароҳатидаги микроб колонизацияси ва унинг жароҳат остидаги тўқималарга инвазияси триггер бўлиб ҳисобланади. Шуни қайд қилиш керакки, куйиш жароҳатлари юзасининг тўлиқ эпителизацияси 10–22-суткага тўғри келади, чуқур куйиш майдонларининг аутопластик ёпиш учун тайёргарлик муд-

дати эса 17–20 суткани ташкил қилади. Маҳаллий йирингли асоратлар ривожланиши эса ушбу муддатнинг чўзилишига олиб келади. Маҳаллий даволашнинг асосий вазифаси эса маҳаллий яллиғланишни бартараф этиш орқали, оптимал муддатларда эпителизацияга эришиш ҳисобланади.

Юқоридагилардан шундай хулосага келиш мумкинки, даволашда муваффақиятга эришиш учун куйиш жароҳатларини маҳаллий даволашда адекват усулни танлаш муҳимдир. Бу аспектда эса вақтинчалик яра қопламалари асосий ўрин эгаллайди. Яра қопламаларига қўйилган асосий талаблар куйидагилардир: юқори абсорбцион хусусият, микроорганизмларнинг киришига тўсқинлик қилиш, репаратив жараёнлар кечиши учун газ ўтказувчанлик имконияти, яра юзаси рельефига мослаштириш учун эластик бўлиши, имкон қадар шаффоф бўлиши, дори воситаларини сақлай олиши, енгил олиб ташлаш имконияти.

РШТЭИМ комбустиология бўлимида куйиш жароҳатларини маҳаллий даволашда ўзида лидокаин, химотрипсин, хлоргексидин сақловчи Парапран қопламаси, лидокаин сақловчи гелепран, диоксидин, метилурацил ва левомекол сақловчи воскопран, лидокаинли полипран («Янги боғлам материалари» ЗАО, Москва), полимер плёнка қопламаси фолидерм (ООО Фолиум, Санкт-Петербург), Honey-Soft (Нидерландия) яра қопламалари қўлланилади.

Юқоридаги жароҳат қопламаларини қўллашда улардаги таркибий воситаларга аҳамият берилади. Лидокаин сақловчи парапран ёки гелепран эрта муддатларда қўлланилса, хлоргексидинли парапран, диоксидинли воскопран, левомеколь ёки метилурацилли воскопран, фолидерм, Honey-Soft антибактериал ва яллиғланишга қарши мақсадда юзаки ёки чегараланган куйишларни даволашда маҳаллий регенератор жараёнларни жадаллаштиришда қўлланилади. Химотрипсинли парапран эса некрэктомия амалиётидан сўнг грануляцион тўқиманинг шаклланиши тезлаштириш ва кейинчалик аутодермопластика ўтказиш учун қўлланилади.

Маҳаллий яра қопламаларини қўллаш орқали оғриқ синдромининг камайишига, яра юзасидан плазмореянинг камайишига, юзаки куйишларда эпителизация муддатининг қисқаришига, чуқур куйиш юзаларининг тозаланишига эришилиб, бу эса кенг куйиш майдонларининг дектини пластик ёпиш муддатини оптималлаштириш имконини бери.

Уларнинг яра юзасига яхши фиксацияланиш хусусияти, яра яллиғланиши даврининг камифодаланишига, куруқ некротик струп шаклланиш муддатининг қисқариши беморнинг нисбатан тезроқ фаоллашувига ва оғриқсиз боғлам алмаштириш имкониятини бери.

Оптимал структура, анестезия ва антибактериал фаолликка эга моддалар билан тўйинганлик, репа-

ратив жараёнларнинг тезлашуви куйиш жароҳати битиши муддатларини қисқартирди, чуқур яраларда эса грануляцион тўқиманинг шаклланиш муддатини тезлаштирди.

Шундай қилиб, вақтинчалик яра жароҳатларини қўллаш орқали куйиш юзасининг тўлиқ эпителизацияси муддатларини қисқартирди, грануляцион тўқиманинг эрта шаклланишини тезлаштирди, иккиламчи яллиғланиш жараёнларини пасайтирди, тикланиш жараёнлари муддатини қисқартирди. Олинган натижалар яра қопламаларининг куйишни маҳаллий даволашда кенг қўллашга асос бўлиб, янги оптимал модификацияга эга синтетик вақтинчалик яра қопламаларини ишлаб чиқиш заруриятини кўрсатади.

ЧАСТОТА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ

*А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов,
Д.А. Рузимуратов, Б.Н. Холмуродов*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Бухарский филиал РНЦЭМП МЗ РУз

Термические поражения на сегодняшний день являются одной из актуальных проблем современной медицины в связи с высокой летальностью и инвалидизацией, тяжелым и осложненным течением ожоговой болезни. Поиск и разработка новых методов комплексного лечения тяжелообожженных являются основным направлением на пути снижения частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. Особую группу больных составляют обожженные детского возраста. Тяжелообожженные дети из-за незрелости тканевых структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций органов и систем подвергаются большей опасности, чем взрослые.

Являясь важнейшим компонентом комплексной терапии ожоговой болезни, хирургическое лечение глубоких ожогов у обожженных детей имеет значительные отличия от лечебных мероприятий у взрослых.

В отделении комбустиологии РНЦЭМП проведен анализ результатов лечения 86 пострадавших детского возраста с термическими ожогами II–IIIАВ–IV степенями и площадью поражения 10–75% поверхности тела в возрасте от 1 года до 18 лет. В первой группе пострадавших с традиционным лечением был применен метод химической некрэктомии с помощью 20–40% салициловой мази. Основной задачей после некрэктомии являлась проблема закрытия раневого дефекта.

В второй группе исследования больным на первом этапе лечения проводилась ранняя, ран-

няя отсроченная или отсроченная некрэктомия, с закрытием раневого дефекта синтетическими временными раневыми покрытиями «Парапран» и «Воскопран».

В группе больных с традиционным лечением в ранний период после получения термического ожога проводилась ранняя и ранняя отсроченная некрэктомия с последующими постоянными лекарственными обработками пораженной поверхности. При этом отмечалось замедление процессов регенерации, частые нагноения, длительное заживление раневых поверхностей. Как правило, заживление зависело от площади поражения и глубины ожога и наступало в среднем на 20–23 сутки при поверхностных ожогах, если не присоединялись какие-либо осложнения. При глубоких ожогах III–IV степени процесс заживления растягивался от 35 суток ($33,4 \pm 3,3$) до полутора месяцев, и чем длительнее шло заживление раны, тем чаще возникали вторичные гнойные процессы.

При использовании раневых покрытий полная эпителизация раневой поверхности отмечена на 11–14 сутки, тогда как у обожженных с использованием традиционных методов местного консервативного лечения сроки эпителизации составили 20–23 дня. Также отмечалось ускоренное очищение и подготовка гранулирующих ран к аутодермопластике на 5–7 дней раньше, чем использование традиционных методов лечения, что позволило сократить сроки стационарного лечения обожженных.

У больных с применением временных раневых покрытий процент приживления аутоотрансплантатов был выше на 15,7% относительно показателей пострадавших контрольной группы.

Результаты анализа показали, что в I группе пострадавших детей удовлетворительное приживление аутоотрансплантатов отмечено в 92% случаев. Сроки полного восстановления кожного покрова составили $33,4 \pm 3,3$ дня. У тяжелообожженных детей II группы с применением временных раневых покрытий отмечено полное приживление трансплантатов. Срок полной эпителизации раневой поверхности составлял $29,8 \pm 3,1$ дня.

Как показывают наши наблюдения, у 57,7% больных I группы, где использовалась методика химической некрэктомии, течение ожоговой болезни осложнилась пневмонией. Во II группе, с использованием активной хирургической тактики и пластическим закрытием раневых поверхностей путем аутодермопластики, частота пневмонии составила 34,3% случаев. Этот показатель, где проводились ранние и ранние отсроченные некрэктомии с закрытием послеоперационных дефектов кожи временными раневыми покрытиями, равнялся 33,3%.

Таким образом, применение метода активной хирургической тактики в комплексном лечении

тяжелообожженных детского возраста и местное использование временных раневых покрытий способствуют снижению гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

А.Д. Фаязов¹, А.И. Ахмедов², У.Р. Камилов¹

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Самаркандский государственный
медицинский университет, Узбекистан

Известно, что при ожогах уровень сахара в крови повышается на фоне повышенной концентрации инсулина в крови, а получение ожоговой травмы, в свою очередь, существенно утяжеляет течение сахарного диабета, так как изменяется метаболизм углеводов, белков, жиров, связанный с нарушением продукции и утилизации инсулина.

Цель исследования. Изучить особенности течения ожоговой болезни у обожженных с сахарным диабетом.

Был проведен сравнительный анализ особенностей течения ожоговой болезни у пациентов с сахарным диабетом и без него. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, пролеченных в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2021–2023 гг. За это период у 18 пациентов (7 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 62 до 89 лет ($74,3 \pm 2,4$ года) был диагностирован сахарный диабет, что составило 4,1% от всех госпитализированных по поводу ожогов. У всех больных имелся сахарный диабет II типа. Декомпенсация диабета отмечена у 7 пациентов на фоне его тяжелого течения. Диабет средней тяжести с субкомпенсацией был диагностирован у 3 больных, а компенсированный диабет легкой степени был у 5 пациентов. При этом у 2 пациентов диабет был диагностирован впервые после госпитализации в ходе обследования в ожоговом отделении. Группу сравнения составили 24 пациента без диабета в возрасте от 64 до 86 лет.

Всем пациентам проводилось комплексное лечение, соответствующее тяжести ожоговой травмы. Лечение всех обожженных с сахарным диабетом проводилось с участием эндокринолога. Проводился контроль сахара крови в динамике с его своевременной коррекцией инсулином. Общая площадь ожогового поражения у пациентов с диабетом и без него составляла в среднем $29,5 \pm 4,5\%$ п.т. и $37,1 \pm 0,8\%$ п.т., а площадь глубоких ожогов при этом составляла $15,7 \pm 3,5\%$ п.т. и $18,6 \pm 0,7\%$ п.т. соответственно, т.е. у обожженных с сахарным диабе-

том тяжесть травмы была меньшей. В ходе анализа выявлено, что у обожженных с сахарным диабетом и без него развитие эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта выявлено в 41% и 24% случаев, пневмонии – в 50% и 39,3% случаев, а сепсиса – в 50% и 25% случаев соответственно, т.е. осложнения ожоговой болезни при диабете развивались чаще.

У 4 пациентов с сахарным диабетом, у которых течение ожоговой болезни осложнилось пневмонией и сепсисом, отмечен летальный исход в различные сроки после травмы. Таким образом, показатель летальности в группе пациентов с сопутствующим сахарным диабетом составил 22,2%. Нами отмечено, что у всех погибших пациентов, несмотря на проводимое лечение, не удавалось скорректировать гипергликемию. В то же время летальность в группе сравнения у пациентов с ожоговой болезнью без сахарного диабета составила 17,2%.

Чтобы исключить действие других факторов, для оценки влияния диабета на сроки лечения были отдельно выделены выжившие пациенты с общей площадью поражения менее 15% поверхности тела. Несмотря на то, что у обожженных с сахарным диабетом и без него общая площадь поражения ($6,6 \pm 1,4\%$ п.т. и $5,5 \pm 0,2\%$ п.т.) и площадь глубоких ожогов ($2,3 \pm 0,8\%$ п.т. и $2,5 \pm 0,2\%$ п.т.) были практически одинаковыми, сроки пребывания в стационаре среди пострадавших с сахарным диабетом были больше ($36,4 \pm 9,8$ суток) относительно показателей больных без сахарного диабета ($25,1 \pm 0,8$ суток).

Таким образом, несмотря на то, что сахарный диабет является сравнительно редкой сопутствующей патологией среди пострадавших от ожогов, даже при небольшой площади ожогового поражения он может осложнить течение раневого процесса, а при развитии ожоговой болезни значительно утяжеляет ее течение и влияет на прогноз. В то же время на фоне развития осложнений ожоговой болезни сахарный диабет переходит в тяжелое течение с декомпенсацией.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*А.Д. Фаязов, М.М. Нарзиев, У.Р. Камилов,
С.И. Шукуров, Р.С. Ажиниязов*

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

Ожоги продолжают оставаться одним из наиболее частых и тяжелых видов бытовой и производственной травмы, требующих экстренной медицинской помощи. Актуальность и жизненная необходимость профилактики ожогов и борьба с

ними определяются прежде всего высокой летальностью при тяжелых поражениях, длительностью и тяжестью лечения ожоговой болезни, долговременной, а иногда стойкой утратой трудоспособности.

Целью работы явилось изучение структуры и частоты ожогового травматизма с учетом сроков поступления и объема оказанной догоспитальной медицинской помощи тяжелообожженным, поступившим в отделение комбустиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

В отделение комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз за период с 2013 по 2023 г. были госпитализированы 12525 больных с ожогами различной площади и глубины поражения, из них 3633 (29,0%) – с явлениями ожоговой болезни, 8892 (71,0%) – без клиники ожоговой болезни, так как ожоги были ограниченные. Среди тяжелообожженных число пострадавших детского возраста и подростков составило 65,2% (2369). Число обожженных в возрасте 18–60 лет равнялось 1126 (31,0%), остальные 3,8% (138) составили пострадавшие пожилого и старческого возраста. Из всех поступивших с тяжелыми ожогами у 11,3% (412) больных имелись комбинированные и сочетанные поражения, а также у 826 (22,7%) – различные сопутствующие заболевания.

Более половины из всех тяжелообожженных – 1962 (54,0%) поступили по линии скорой помощи с места происшествия, или с направлениями поликлиник, травматологических пунктов. В 963 (26,5%) случаях пострадавшие поступили из мест происшествия самотеком. По направлениям из других стационаров поступили 708 (19,5%) больных.

Как известно, для эффективности и результативности медицинской помощи, наряду с площадью и глубиной ожоговой раны, возрастом пострадавшего, сопутствующей патологией, имеет определенное значение интервал времени между травмой и поступлением в стационар. Из общего числа тяжелообожженных 73,8% (2681) поступили в первые 6 часов после получения травмы, в 414 (11,4%) случаев – от 7 до 24 часов. В сроки от 1 до 3 суток госпитализированы 258 (7,1%) пострадавших, в более поздние сроки поступили 280 (7,7%). Причинами позднего поступления явились недооценка тяжести состояния пострадавших врачами поликлиник и травматологических пунктов, нежелание самого больного госпитализироваться, самостоятельное лечение. Это явилось причиной осложненного течения ожоговой болезни, увеличения частоты неблагоприятных исходов.

Таким образом, изучение структуры больных с тяжелыми ожогами показывает, что вопросы ожогового травматизма в Республике остаются серьезной медицинской и социальной проблемой в связи с тем, что 29,0% случаев составляют пострадавшие

с обширными и глубокими ожогами. Основной контингент тяжелообожженных составляют лица детского и трудоспособного возраста. Позднее поступление тяжелообожженных в специализированные учреждения обуславливает осложненное течение ожоговой болезни, ухудшает результаты лечения этого контингента пострадавших, что требует проведения работ, позволяющих улучшение медицинской помощи на догоспитальном этапе.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК С КОЛЛАГЕНОМ В
ЛЕЧЕНИИ ОЖГОВЫХ РАН
В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*А.М. Хаджибаев¹, Д.Б. Туляганов¹,
А.Д. Фаязов¹, О.С. Чарышникова²,
У.Р. Камилов¹, Н.А. Циферова²,
А.А. Стопницкий¹, Д.А. Исмаилов¹*

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Центр передовых технологий при
Министерстве высшего образования, науки и
инноваций, Ташкент, Узбекистан

Одной из основных проблем современной комбустиологии является своевременное и быстрое восстановление целостности кожного покрова. Большое практическое значение имеет использование клеточных технологий при раннем хирургическом лечении пострадавших с ожогами.

Не умаляя всех достоинств перечня современных продукции, которая предоставляется современной фармакологической промышленностью, необходимо отметить относительную дороговизну этих средств. Это связано, на наш взгляд, как с объективными причинами (высокие технологии, дорогостоящее сырье), так и с субъективными причинами (отсутствие аналогов). В этом аспекте актуальным является создание отечественных производственных технологий.

На базе РНЦЭМП, совместно с Центром передовых технологий при МВОНИ РУз, проводится экспериментальная работа по изучению эффективности применения стволовых клеток – аллогенных дермальных фибробластов (АДФ) и мезенхимальных стволовых клеток (МСК) жировой ткани. На предыдущих этапах исследования была изучена эффективность применения вышеуказанных стволовых клеток при инъекционном введении в раневое ложе в различные сроки после травмы. После изучения полученных результатов было решено проведение следующей серии экспериментов: изучение влияния на течение раневого процесса при ожогах взвеси стволовых клеток на коллагене природного происхождения.

Объектом исследования явились 75 белых беспородных крыс – самцов массой 180–220 г, разделенных на 5 групп. При проведении экспериментальных исследований придерживались Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях (1986 г., Страсбург) и Директивы 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского союза (2010 г.) по охране животных, используемых в научных целях.

Всем животным в эксперименте моделировался термический ожог путем прикладывания стеклянной мензурки, наполненной кипятком и находящейся в водяной бане, на депилированную кожу. Диаметр дна мензурки – 35 мм, экспозиция – 12 секунд.

Были сформированы 5 групп животных (по 5 животных в каждой группе):

– 1-й группе на 7–9 сутки после травмы производилась некрэктомия с последующим нанесением на раневую поверхность взвеси АДФ в коллагене. Повторное нанесение производилось на 20-е сутки;

– 2-й группе на 7–9 сутки после травмы производилась некрэктомия с последующим нанесением на раневую поверхность взвеси МСК в коллагене. Повторное нанесение производилось на 20-е сутки;

– 3-й группе на 7–9 сутки после травмы производилась некрэктомия с последующим нанесением на раневую поверхность коллагена. Повторное нанесение производилось на 20-е сутки;

– 4-й группе на 12–15 сутки после полного очищения раневой поверхности от некроза на раневую поверхность наносилась взвесь АДФ в коллагене. Повторное нанесение производилось на 24-е сутки;

– 5-й группе на 12–15 сутки после полного очищения раневой поверхности от некроза на раневую поверхность наносилась взвесь МСК в коллагене. Повторное нанесение производилось на 24-е сутки.

Во всех обследуемых группах концентрация стволовых клеток составляла 100 тысяч клеток в 1 мл. Для определения эффективности местного лечения часть критериев составляли клинические данные.

В 1-й и 2-й группах крыс, с ранним иссечением некротических тканей и трансплантацией взвеси АДФ и МСК в коллагене, в ранний период после получения термического ожога (на 7-е сутки) рана была покрыта сухим струпом с началом его отторжения по периферии. На 15-е сутки отмечалось активное формирование грануляционной ткани и начало краевой эпителизации. На 30-е сутки рана у большинства подопытных животных была полностью эпителизирована, у отдельных крыс сохранялась остаточная зона грануляции небольших линейных размеров шириной до 2 мм.

В 3-й группе крыс, с ранним иссечением некротических тканей и нанесением коллагена, на 7-е сутки рана была покрыта сухим струпом. На 15-е сутки отмечалось начало формирования грануляционной ткани. На 30-е сутки у всех 5 крыс оставались гранулирующие раны овальной формы, размерами до 16 x 12 мм. Продолжалась краевая эпителизация.

В 4-й и 5-й группах крыс с консервативным ведением местного лечения и трансплантацией взвеси АДФ и МСК в коллагене в более поздние сроки (12–15-е и 24-е сутки) в ранний период после травмы отмечалось четкое ограничение зоны некроза с умеренным воспалением у отдельных особей. На 15-е сутки в ране отмечалось наличие остатков некроза и начало вялой краевой эпителизации с небольшими зонами формирования грануляционной ткани. На 30-е сутки рана у животных была с четкими границами, размерами от 2 x 20 мм до 5 x 2,5 мм. На раневой поверхности отмечались вялые грануляции.

В 1-й и 2-й группах животных с ранним иссечением некротических тканей и трансплантацией взвеси АДФ и МСК в коллагене процесс полной эпителизации раны занимал $30,2 \pm 1,9$ суток. В 3-й группе крыс с ранним иссечением некротических тканей и нанесением коллагена сроки полной эпителизации раневых поверхностей равнялись $36,4 \pm 2,7$ суток. В 4-й и 5-й группах крыс с консервативным ведением местного лечения и трансплантацией взвеси АДФ и МСК в коллагене в более поздние сроки этот срок составил $32,6 \pm 0,9$ суток.

В настоящее время проводится изучение морфологических особенностей течения раневого процесса при различных подходах к хирургическому лечению и применению клеточных технологий.

Таким образом, проведенные исследования позволили сопоставить результаты местного лечения ожоговых ран в эксперименте при различных подходах. При применении активной хирургической тактики и более ранней трансплантации взвеси клеточных культур АДФ и МСК в коллагене отмечено более ускоренное течение раневого процесса относительно консервативного ведения местного лечения и трансплантации взвеси АДФ и МСК в коллагене в более поздние сроки. Самые худшие результаты получены при применении коллагена без клеточного компонента. Это дает основание для проведения дальнейших исследований по изучению эффективности применения клеточных технологий в местном лечении ожоговых ран.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМ ЦИТОХРОМ P450 И ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ КАК ФАКТОР ТЯЖЕСТИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ

*А.М. Хаджибаев², Д.Б. Туляганов^{1,2},
Р.Н. Акалаев^{1,2}, А.А. Стопницкий^{1,2},
А.Д. Фаязов^{1,2}, У.Р. Камилов¹, М.К. Саидова¹,
Д.А. Далимова³, Ш.Н. Ибрагимова³*

¹Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

³Центр передовых технологий при Агентстве
инновационного развития Республики
Узбекистан, Ташкент

Актуальность. Несмотря на достаточную изученность генетического полиморфизма суперсемейств систем детоксикации цитохром P450 (CYP2E1) и глутатион-S-трансферазы (GST) при различных заболеваниях, есть доказательства наличия интериндивидуальной вариабельности экспрессии данных генов, и функциональный эффект их полиморфизмов остается неясным. Учитывая основную роль цитохром P450 и глутатион-S-трансферазы в биотрансформации ксенобиотиков, гены CYP2E1 и GST – наиболее вероятные кандидаты для выявления предрасположенности к токсическому гепатиту, однако необходимы более масштабные исследования, чтобы прояснить их значимость как факторов риска.

Цель исследования. Изучить влияние полиморфизмов генов GSTP1 и CYP2E1 на тяжесть течения токсического гепатита у пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами.

Материал и методы. С целью изучения генетической предрасположенности к развитию токсических поражений печени совместно с генетической лабораторией Центра передовых технологий при Агентстве инновационного развития РУз проведено исследование полиморфизма генов – rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1. Всего изучены результаты лечения 286 пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами, панкреонекрозами и тяжелыми ожогами, поступивших в 2021–2024 гг. в РНЦЭМП. Все исследуемые были этническими узбеками, проживающими в г. Ташкенте и Ташкентской области, средний возраст составил $37,4 \pm 8,2$ года. Данные генетических исследований сопоставлялись с биохимическими показателями поражения печени. Нами в венозной крови изучались показатели ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатде-

гидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), уровень билирубина, а также свободного аммиака. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев, являющихся этническими узбеками, возрастом $32,6 \pm 5,7$ года, получивших аналогичный объем генетических и биохимических исследований. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения фирмы Microsoft и электронных таблиц Excel.

Результаты и их обсуждение. 286 исследуемых пациентов состояли из трех групп: острые отравления – 204 пациента (138 больных с токсическим гепатитом на фоне алкогольной интоксикации, 34 больных с отравлениями уксусной кислотой, 32 больных с отравлениями парацетамолом, альбендазолом, изониазидом), 42 пациента с тяжелыми термическими ожогами IIIa–IV степени и 40 – с панкреонекрозами. Умерло из них 24 (11,7%). Мужчин было 192 (67,1%), женщин – 94 (32,9%).

Результаты исследования гена GSTP1 (rs1965) показали, что генотип A/A (гомозигота по аллелю A) выявлен у 89 (31,1%) больных, генотип A/G (гетерозигота) выявлен у 135 (47,2%) больных, генотип G/G (гомозигота по аллелю G) выявлен у 62 (21,6%) больных. GSTP исследование гена CYP2E1 (rs2070676) показало, что генотип C/C (гомозигота по аллелю A) выявлен у 150 (52,4%) больных, генотип G/C (гетерозигота) выявлен у 79 (27,6%) больных, генотип G/G (гомозигота по аллелю G) выявлен у 57 (19,9%) больных. Полиморфизм rs2070676 повышает активность фермента CYP2E1, соответственно повышая уровень метаболизма его субстратов в токсичные метаболиты.

При сопоставлении биохимических показателей, а также летальности и результатов молекулярно-генетического исследования у пациентов, имеющих гомозиготный тип по аллелю A rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1, данные биохимических показателей практически не отличались от показателей, имеющих гетерозиготный генотип этих же генов. У больных, имеющих генотип G/G (гомозигота по аллелю G) гена GSTP1, мы наблюдали значительное повышение свободного аммиака, а также печеночных показателей АлТ, АсТ, ЩФ не только по сравнению с нормой, но с и показателями пациентов, имеющих гомозиготный тип по аллелю A – в 1,3, 1,8, 1,9, 1,5 раза выше соответственно. Что касается пациентов, имеющих генотип G/G гена CYP2E1, то у них также отмечалось критическое повышение свободного аммиака, и показатели ферментов АлТ, АсТ, ЩФ печени были выше, чем у исследуемых с гомозиготным типом по аллелю C, в 2,1, 1,5, 1,8, 1,7 раза соответственно. Изучение ЛДГ и билирубина показало отсутствие значимого их повышения по отношению к верхнему пределу нормы у всех групп пациентов. Анализ летальности показал отсутствие значимой разницы между груп-

пами с генотипами A/A, A/G и C/C, G/C – 4,4, 3,7% и 4,6, 6,3%, при этом из числа пациентов с генотипом G/G гена GSTP1 умерли 15 (24,1%), а из 57 больных с генотипом G/G гена CYP2E1 умерли 12 пациентов, что составило 21% и значительно превосходит летальность у исследуемых с нормальными генотипами генов GSTP1 и CYP2E1.

Из общего количества пациентов с токсическими гепатитами, имеющих полиморфизм изучаемых нами генов (гомозигота по аллелю G), у 12 выявлена мутация по обоим генам, в связи с чем нами исследованы биохимические показатели и летальности у данной категории больных. Несмотря на малую выборку пациентов, полученные данные свидетельствуют о достаточно высоких показателях свободного аммиака, АлТ, АсТ, значительно превышающих показатели у исследуемых с аллелями A/A, A/G, C/C и G/C. Умерли 5 пациентов (41,6%); таким образом, вероятность развития тяжелого токсического гепатита с летальным исходом наиболее высока именно у пациентов с мутацией по обоим генам.

Выводы. Проведенное исследование подтверждает: 1. Риск развития и характер течения токсического гепатита во многом детерминируются генетическим компонентом. 2. Установлено влияние полиморфизма rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1 на тяжесть токсического гепатита не только при отравлениях гепатотоксичными ядами, но и при эндогенной интоксикации на фоне тяжелых ожогов и панкреонекрозов. 3. Предварительные исследования показали, что наиболее тяжелое и прогностически неблагоприятное течение токсического гепатита развивается на фоне полиморфизма по обоим изучаемым генам.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Б.Н. Холмуродов, А.Д. Фаязов, Ф.О. Темиров

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

Бухарский филиал РНЦЭМП

Ожоги являются одной из актуальных проблем современной медицины в связи с высокой летальностью и инвалидизацией, тяжелым и осложненным течением ожоговой болезни. Поиск и разработка новых методов комплексного лечения тяжелообожженных являются основным направлением на пути снижения частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. Особую группу больных составляют обожженные детского воз-

раста. Тяжелообожженные дети из-за незрелости тканевых структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций органов и систем подвергаются большей опасности, чем взрослые.

Являясь важнейшим компонентом комплексной терапии ожоговой болезни, хирургическое лечение глубоких ожогов у обожженных детей имеет значительные отличия от лечебных мероприятий у взрослых.

В отделении комбустиологии Бухарского филиала РНЦЭМП МЗ РУз 46 обожженным детям в возрасте от 8 месяцев до 17 лет, с глубокими ожогами IIIБ–IV степеней на площади 5–30% поверхности тела выполнена ранняя (на 5–7 сутки с момента травмы) и ранняя отсроченная (на 7–9 сутки) некрэктомия с радикальным иссечением всех пораженных тканей в один или несколько этапов.

22 пострадавшим с глубокими ожогами от 5 до 20% поверхности тела после закрытия раны грануляционной тканью произведена отсроченная аутодермопластика с расщепленными сетчатыми трансплантатами на 10–12 сутки после некрэктомии. В 5 случаях отмечен частичный лизис пересаженных кожных аутоотрансплантатов. При этом сроки полного восстановления кожного покрова составили $34,2 \pm 2,1$ дня.

У 24 обожженных детей с глубокими ожогами от 5 до 30% поверхности тела после проведенной хирургической некрэктомии в связи с обширностью глубоких ран и дефицита донорских ресурсов, дефект кожного покрова закрывался временными раневыми покрытиями Воскопран и Парапран. На 7–9 сутки после некрэктомии их удаляли и производили аутодермопластику перфорированными аутоотрансплантатами с коэффициентом перфорации 1:2. Применение такого подхода позволило уменьшить потери через обширные раневые поверхности, улучшить качество грануляционного покрова. Срок восстановления эпителиального покрова равнялся $28,8 \pm 3,6$ дня.

Таким образом, активная хирургическая тактика в комплексном лечении тяжелообожженных детского возраста позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения. Использование временных раневых покрытий Воскопран и Парапран с последующей аутодермопластикой позволяет снизить частоту лизиса аутоотрансплантатов.

КАУСТИК СОДА БИЛАН ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИБ ЗАҲАРЛАНИШ

Хонбабаева Р.Х.

Республика шошилич тиббий ёрдам
илмий маркази¹

Долзарблиги. Сўнгги йилларда маиший бозорларда ва одамларнинг уйларида, уй тозалаш кимёвий воситаларини сақлаш ва улардан фойдаланиш, айниқса, тозалаш воситалари – каустик сода асосидаги концентранган ва юқори коррозияли моддалар (антижир – ёғга қарши турдаги суюқ восита) сақлаш одатий ҳолга айланмоқда. Ўз-ўзини заҳарлаш, ўз жонига қасд қилишнинг етакчи усулларидан бири бўлиб, уйда, айниқса уй ишларини бажариш учун кўп вақт сарфлайдиган ва уй кимёвий моддаларининг асосий фойдаланувчилари бўлган ёш уй бекалари учун осонликча ишлатиладиган жуда кенг воситаларни ўз ичига олади.

Тадқиқот мақсади. Ўз клиник тажрибага асосланиб каустик сода билан ўз жонига қасд қилишга уринган беморлар контингентини ва суицидал реакция турларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. 2021–2023 йилларда Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг токсикология бўлимига қабул қилинган 27 нафар беморнинг тадқиқот натижалари ва клиник материаллари таҳлил қилинди. Даволаш жараёнида барча беморларга, токсикологдан ташқари, психопатологик ўзгаришларни аниқлаш учун суицидентлар билан шифокор психолог ва конфликтолог ҳамроҳлик қилди ҳамда психодиагностика ўтказилди.

Натижалар. 2021–2023 йилларда 1971 нафар бемор ўз жонига қасд қилиш ниятида кимёвий этиологияли ўткир заҳарланиш билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг токсикология бўлимига ётқизилган, шундан 27 нафар бемор (1,4%) 20 ёшдан 25 ёшгача бўлган каустик сода заҳарланиши билан касалланган, шундан 3 нафари эркаклар (11,1%), 24 аёл (88,9%) бўлган. КХТ-10 га кўра, ўз жонига қасд қилиб заҳарланиш кодлари Х68-Х699 билан белгиланади (ноёб заҳарлар). Ушбу турдаги заҳарланишнинг ўзига хос хусусияти кучли оғриқдир – ЖССТ интенсивлиги шкаласида беморлар уни ўртача 7–9 балл билан «жуда қаттиқ оғриқ» деб баҳоладилар. Оғриқнинг интенсивлиги давомий бўлиб, касалхонада қолишнинг биринчи ҳафтасида ҳам камаймаган. Кучли оғриқ ва заҳарланишнинг чуқурлиги беморни ушбу токсинни 10 мл дан 50 мл гача миқдорда қабул қилгани сабаб бўлади. Каустик сода билан ўз жонига қасд қилишнинг асосий сабаби янги оилага нотўғри мослашиш реакцияси сифатида оилавий можаро (асосан қайналар билан) ва/ёки оилавий низолар бўлган. 80%

ҳолларда ёш аёлларнинг ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг асоси ўз жонига қасд қилиш ниятларининг ёлғонлигини кўрсатадиган спонтан реакция, «импульсив» ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракати бўлган. 15% ҳолларда ўз жонига қасд қилишнинг намоишкорона шантаж ҳаракати мавжудлигини кўрсатган. Ўз жонига қасд қилишга етакчи асос – сўнгги бир ой давомида безовта қилган стресс фонида депрессив реакциянинг оқибатидир. Суицидентларда ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг қуйидаги турлари аниқланди: аффектив (75%), намоишкорона-шантаж (16,7%) ва ҳақиқий (8,3%). Аффектив ўз жонига қасд қилишга уринишлар кўпинча аёлларда аниқланган, уларнинг шаклланишида 3 босқич ажратилган: ўз жонига қасд қилиш олди, пре-суицид ва ўз жонига қасд қилиш. Ўз жонига қасд қилиш олди босқичида оилавий можаро ривожланишининг бошланиши, эр-хотинлик муносабатларидан норозилик билан тавсифланади. Наслий суицидал мойиллик, нотўғри тарбия, хавотирли, ҳиссий лабиллик, оилавий муаммоларга ечим топа олмаслик ва стрессга жавоб беришнинг «қочувчи» тури ушбу беморларга хос бўлиши аниқланди. Бу босқич ўртача 1 ой давом этгани маълум бўлган. Ўз жонига қасд қилишдан олдинги даврда: ҳиссий таранглик кучайган, бу муаммо юзасидан суицидентда зиддият, келажакка пессимистик баҳо, ёлғизлик, умидсизлик хавфи пайдо бўлган, суицидентга хос бўлган туннель онгининг пайдо бўлиши қайд этилган. Ноқулай ижтимоий ва шахсий омиллар шахснинг сурункали мослаша олмаслигига олиб келган. Бу эса «охирги томчи» бўлиб хизмат қилиб, ўз жонига қасд қилиш ниятларини тўсатдан амалга оширишга ёки юқори аффектив кескинликка олиб келган. Бу босқич ўртача 3 кундан 10 кунгача давом этади. Ўз жонига қасд қилиш режаларини амалга ошириш босқичида, шахснинг яқинлари томонидан қўллаб-қувватланмаса ва атроф-муҳит билан алоқалар узилса, ўз жонига қасд қилишга уриниш эҳтимоли кескин ошади. Ўз жонига қасд қилишга уриниш мақсадида каустик соданинг афзал танлови уни маиший мақсадларда ишлатиш ва уйда қўп миқдорда эркин сақланиши билан белгиланади.

Хулоса. 1. Каустик сода қабул қилиш билан ўз жонига қасд қилиш ёш аёллар (20–23 ёш), стресс остида бўлган вазият реакцияси ва ўз жонига қасд қилишга уринишнинг таъсирчан тури билан беқарор, импульсив характерга эга бўлган уй бекалари учун хосдир. 2. Ўз жонига қасд қилишга уринишнинг моҳияти вазиятни тарк этиш истагини баҳолашга имкон берадиган вазият реакциясига тўғри келди. 3. Беморларнинг ушбу токсикант билан заҳарланиши кучли оғриқли азоб билан кечиши оқибатида улардаги яшашга бўлган барьерларини бирмунча кучайтиришга сабаб бўлди.

Бу эса, ўз навбатида, такрорий ўз жонига қасд қилиш эҳтимолининг олдини олишга ёрдам берди. 4. Каустик сода билан заҳарланиш оғир тиббий, ижтимоий ва иқтисодий оқибатлар (даволанишнинг машаққати, узоқ муддатли ногиронлик, оиланинг бузилиши, шахснинг турли хилдаги бузилишлари) билан тавсифланади. 5. Каустик сода ёрдамида ўз жонига қасд қилиш ҳолатларининг олдини олиш тавсия этилган умумий чораларни ўз ичига олиши керак, айниқса, жамоатчилик ва беморларни унинг зарарли таъсири ҳақида хабардор қилиш лозим.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков,
Г.Л. Мамадалиева, Б.А. Тошмуродов,
А.А. Холжигитов*

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В литературе нет единого взгляда на вопросы происхождения судорожных припадков при алкоголизме. Ряд исследователей связывает их возникновение с наличием скрытой эпилепсии, существовавшей до развития алкоголизма, наличием повышенной судорожной готовности, которая начинает проявляться после дополнительного повреждения мозга алкоголем. Большинство авторов считает, что наряду с этим алкоголизм может вызывать судорожные припадки самостоятельно. Термин «алкогольная эпилепсия» введен V. Magnan (1883) и обозначает большие эпилептические припадки у пациентов с алкоголизмом. Первопричиной в этом случае являются органические поражения головного мозга из-за токсического воздействия алкоголя и продуктов его распада. Этому предшествует длительный стаж алкоголизации. В преморбиде практически у всех пациентов есть черепно-мозговые травмы. Некоторые из этих лиц в прошлом переносили нейроинфекции, у многих можно обнаружить признаки атеросклероза сосудов головного мозга.

При истинной алкогольной эпилепсии между приступом и приемом спиртных напитков существует такая же четко выраженная взаимосвязь, как между употреблением алкоголя и развитием абстиненции или алкогольного психоза. Все перечисленные патологические состояния, как правило, возникают не в период активного употребления, а через некоторое время после прекращения приема спиртного. Чаще всего эпилептические приступы появляются через 2–4 дня после отмены или существенного уменьшения дозы алкоголя, на пике абстинентного синдрома.

Возможны как судорожные, так и бессудорожные припадки. Характер и степень тяжести приступов могут различаться – от кратковременных нарушений сознания до серийных тонико-клонических припадков и приступов с развитием эпилептического статуса. Бессудорожные припадки отмечаются чаще судорожных и могут сопровождаться моторными автоматизмами, нарушениями сознания или эпизодами резко выраженной дисфории. Отличительной чертой является отсутствие полиморфизма – однажды возникнув, приступы протекают по одной и той же схеме, без изменения клинической картины.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов, поступивших в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП с диагнозом «острое отравление алкоголем». Среди поступивших пациентов было 28 (93,3%) мужчин и 2 (6,7%) женщины. Средний возраст больных составил $38,4 \pm 9,2$ года. Все пациенты поступили в состоянии алкогольного опьянения, средний показатель алкоголя в крови составил $2,5 \pm 1,3$ г/литр. Данные пациенты не состояли ранее на учете в наркологическом диспансере по поводу хронического алкоголизма. У 20 (66,7%) пациентов диагностирован впервые возникший судорожный синдром, у 9 (30%) пациентов – острая токсическая полинейропатия, у 1 (3,3%) пациента на 2 сутки развились признаки ишемического инсульта. Учитывая наличие впервые развившегося судорожного синдрома, всем больным с судорожным синдромом и 1 пациенту с ОНМК было проведено МСКТ-исследование для верификации диагноза ОНМК и исключения других структурных изменений головного мозга, а также ЭЭГ-исследование.

Результаты обследования. При анализе результатов МСКТ 20 (66,7%) пациентов с судорожным синдромом выявлено, что у 6 (30%) больных имела место атрофия коры головного мозга, у 4 (20%) пациентов диагностированы лакунарные кистозно-атрофические зоны. У остальных 10 (50%) пациентов изменений в структурах головного мозга выявлено не было. Анализ проведенных ЭЭГ-исследований показал, что у 13 (65%) имелись признаки судорожной активности в виде медленно-волновой активности, а также пик- и спайк-волн. У 9 (30%) пациентов развились признаки токсической полинейропатии в виде тетрапареза, нарушения чувствительности по полиневритическому типу. У 1 (3,3%) пациента на 2 сутки развились признаки ишемического инсульта в виде правостороннего гемипареза, частичной моторной афазии. На МСКТ-исследовании головного мозга выявлены признаки лакунарной зоны ишемии в бассейне левой средней мозговой артерии.

Заключение. Острое токсическое отравление алкоголем является мощным экзогенным фактором, негативно влияющим на работу головного

мозга. В связи с этим имеется высокая вероятность развития неврологических осложнений. Наиболее часто встречающимися неврологическими проявлениями острой алкогольной интоксикации являются судорожный синдром, острая токсическая полинейропатия, а также имеется вероятность развития ишемического инсульта вследствие гиповолемического состояния и гиперкоагуляционного синдрома.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ СУДОРЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков,
Г.Л. Мамадалиева, Б.А. Тошмуродов,
А.А. Холжигитов*

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

На практике часто приходится иметь дело с патологией нервной системы, связанной с хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ). К алкогольному поражению мозга (АПМ) могут приводить следующие факторы: дефицит тиамина (витамин В₁); снижение содержания гамма-аминомасляной кислоты в ткани мозга; эксайтотоксические эффекты глутамата; нарушение водно-электролитного баланса (обезвоживание с нехваткой ионов калия и магния) и кислотно-щелочного равновесия (уменьшение pH крови); избыточный синтез ароматических аминокислот; повышенная проницаемость гематоэнцефалического барьера; поражение печени и снижение ее функции; токсическое действие этанола и ацетальдегида; дефицит альфа-липоевой кислоты; недостаток микроэлементов; нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте.

Судорожные припадки развиваются преимущественно на фоне длительного злоупотребления алкоголем, как правило, в абстинентный период, в связи с чем они получили название «абстинентные судорожные приступы». Большая часть судорожных приступов (до 90%) развивается в период от 8–12 до 48 ч после прекращения приема алкоголя. Возможно возникновение однократного генерализованного тонико-клонического судорожного припадка, однако чаще наблюдается серия из нескольких судорожных приступов и реже (около 2% случаев) – эпилептический статус (Парфенов, 2015).

Материал и методы. Нами обследовано 20 пациентов, поступивших в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП с диагнозом «острое отравление алкоголем, осложненное судорожным синдромом». Среди поступивших пациентов было 18 (90%) мужчин, и 2 (10%) женщины. Средний возраст больных составил $37,2 \pm 9,7$ года. Все пациенты поступили в

состоянии алкогольного опьянения, средний показатель алкоголя в крови составил $2,3 \pm 1,2$ г/литр. Данные пациенты не состояли ранее на учете в наркологическом диспансере по поводу хронического алкоголизма. У всех пациентов судорожный синдром диагностирован впервые. Учитывая наличие впервые развившегося судорожного синдрома, всем больным было проведено МСКТ-исследование для исключения структурных изменений головного мозга, а также ЭЭГ-исследование.

Результаты обследования. При анализе результатов МСКТ выявлено, что у 6 (30%) больных имела место атрофия коры головного мозга, у 4 (20%) пациентов диагностированы лакунарные кистозно-атрофические зоны. У остальных 10 (50%) пациентов изменений в структурах головного мозга выявлено не было. Наличие атрофии коры головного мозга и кистозно-атрофических зон могут являться морфологическим субстратом судорожного синдрома.

Анализ проведенных ЭЭГ-исследований показал, что у 13 (65%) имелись признаки судорожной активности в виде медленно-волновой активности, а также пик- и спайк-волн. Следует отметить, что указанные изменения на ЭЭГ могут быть проявлением тех структурных изменений, которые были выявлены на МСКТ-исследовании головного мозга.

Также обследованным больным было проведено, кроме исследования алкоголя в крови, также исследование уровня глюкозы крови на момент поступления. Из 20 обследованных пациентов у 7 (35%) было диагностировано гипогликемическое состояние, средний показатель уровня гликемии составил $2,8 \pm 0,9$ ммоль/литр. Гипогликемическое состояние само по себе также является фактором, который может спровоцировать судорожный синдром.

Заключение. Основными этиологическими факторами могут выступать структурно-морфологические изменения головного мозга, выявляемые по данным МСКТ, наличие изначально существующей эпилептической активности коры головного мозга, выявляемой по данным ЭЭГ, а также состояние гипогликемии, которое развивается на фоне приема алкоголя. Принимая во внимание вышеуказанные факторы, в схему лечения кроме противосудорожных препаратов следует также включать вазоактивные препараты, антиагрегантные и антикоагулянтные препараты, а также проводить коррекцию уровня гликемии.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЯ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

*Л.Ш. Шевкетова, А.Э. Хаджиматов,
Т.Н. Хошимов, А.У. Ахмаджонов, М.Э. Каримов*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Интраоперационная гипотермия – одна из наиболее серьезных проблем анестезиологов и хирургов. Под этим понятием понимают управляемое и внезапное остывание организма при проведении анестезии. Известно, что непреднамеренное охлаждение пациента во время операции и наркоза встречается в 80% случаев хирургических вмешательств. У детей с ожогами гипотермия часто развивается в период ожогового шока вследствие нарушения терморегуляции, очевидной при поражении кожи на большой поверхности тела. Ацидоз, коагулопатия и гипотермия являются составными частями «летальной триады». Серьезным фактором риска возникновения интраоперационной гипотермии является наличие обширных и глубоких ожоговых ран у детей.

Цель исследования. С целью предупреждения послеоперационных грозных осложнений гипотермии (ДВС-синдром, тромбоз, кровотечения, аритмии) изучить частоту и причины развития интраоперационной гипотермии у детей с термической травмой.

Материалы и методы. Интраоперационный мониторинг базальной температуры проводился в условиях ожоговой операционной РНЦЭМП АФ, с применением комбинированного эндотрахеального наркоза. Была проведена оценка ведущих факторов развития интраоперационной гипотермии, в частности, площадь операционного поля в % и температура в помещении (°C). Больные были разделены на 2 группы, в зависимости от объема операции. Статистический анализ проводили с помощью абсолютных и относительных (%) показателей, медианы (Me), нижнего и верхнего квартиля с расчетом критериев значимости различий Манна-Уитни. Значимость различий между группами принимали при уровне $p \leq 0,05$. Нами проведено исследование базальной температуры тела у 17 больных детей в возрасте от 10 до 18 лет с термической травмой, поступивших в АФ РНЦЭМП в крайне тяжелом состоянии с ожогами различной степени. Термические ожоги по этиологии разделялись на ожоги пламенем, кипящей жидкостью.

В основную группу входили 7 детей, у которых площадь оперативного вмешательства составила 10% поверхности тела и более 10% (10; 12) поверхности тела. Контрольную группу составили пациенты в количестве 10 человек, где площадь операции составила менее 10% поверхности тела – 5% (3; 5) поверхности тела. В основной группе у 3

пациентов (42,8%) выполнена некрэктомия, у 3 (42,8%) – аутодермопластика, в 1 случае (14,2%) – некрэктомия (7%) с аутодермопластикой (3%). В контрольной группе у 5 пострадавших (50%) проведена некрэктомия, у 4 (40%) – аутодермопластика, в одном случае (10%) – некрэктомия (1%) с одномоментной аутодермопластикой (3%). Данные по площади оперативного вмешательства статистически значимы между собой ($p=0,001$). Возраст пациентов основной группы составил 12–18 лет (39,5; 80), контрольной – 5–11 лет (41; 80). Различия статистически не значимы ($p=0,998$). В основной группе было 5 мальчиков, 2 девочки, в контрольной группе – 6 мальчиков, 4 девочки. Мониторинг температуры тела проводился с помощью монитора CARESCARE Monitor B450 (GE Healthcare) с применением ректального термодатчика. Оценивалась степень снижения базальной температуры у 17 пациентов с момента начала комбинированного эндотрахеального наркоза в течение одного часа и более у 7 пациентов, у которых время операции превышало 60 минут. Отмечалась реакция организма на нарушение теплового баланса во время операции в виде дрожи или озноба.

Результаты исследования. Температура в операционной для основной группы составляла 25 °C (24,5; 27), для контрольной группы – 24 °C (23,9; 25,5). Различия в температуре в операционной для обеих групп статистически не значимы ($p=0,459$). В основной группе базальная температура в начале операции составляла 37,2 °C (36,6; 38,6). В контрольной группе базальная температура перед оперативным лечением составила 37,0 °C (36,9; 38,4). Различия статистически не значимы ($p=0,8423$). Через 60 минут после начала операции базальная температура в основной группе упала на 1,4 °C (1; 1,8). Через 60 минут после начала операции базальная температура у пациентов контрольной группы упала на 0,6 °C (0,45; 0,73). Различия статистически значимы ($p=0,001$). У 4 (57,1%) пациентов из основной группы, длительность операции которых превышала 60 минут, отмечено дальнейшее снижение базальной температуры по отношению к первоначальной температуре (на 1,3 °C ; 1,3 °C ; 2,2 °C ; 2,1 °C соответственно). В контрольной группе у 3 больных (30%) длительность операции превышало 60 минут. Максимальное снижение базальной температуры по сравнению с исходной у данных пациентов составило 0,5 °C; 0,7 °C; 1 °C соответственно. Мы считаем, что реакция организма на охлаждение во время операции, нарушение терморегуляции, в том числе и в связи с применением вазопрессоров, миорелаксантов, интраоперационной кровопотерей, проявляется в виде дрожи или озноба (в основной группе отмечено в 85,7% случаев, в контрольной группе – у 50% всех оперированных).

Вывод. Необходимо применение специальных систем обогрева, в том числе конвекционных систем обогрева пациентов, термоодеял и термоматрасов препятствует развитию гипотермии во время операции. В связи с тем, что интраоперационная гипотермия приводит к грозным осложнениям, таким ДВС-синдром, тромбозы, кровотечения, аритмии, инфекционно-токсическая энцефалопатия, необходим контроль соблюдения надлежащего уровня температуры тела детей с термической травмой, особенно в случаях оперативных вмешательств, на площади более 10% поверхности тела и длительности операции более 60 минут.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

*Л.Ш. Шевкетова, А.У. Ахмаджонов,
З.Н. Юлдашев, Б.Г. Хожалиев,
Э.И. Турсунов, У.Т. Тоирова*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Проблема термической травмы у детей является актуальной в медицинском, экономическом и социальном аспектах во всем мире. Ежегодно во всех странах наблюдается увеличение ожоговых повреждений, в связи с чем затрачиваются огромные ресурсы на лечение пациентов, проведение клинических и лабораторных научных исследований, направленных на снижение летальности и снижение инвалидности, связанных с ожоговой травмой. У детей термические поражения являются наиболее распространёнными и тяжёлыми из всех травматических повреждений. Современные методы лечения термических травм позволяют спасать крайне тяжёлых пациентов. При этом перед врачами возникают новые трудноразрешимые задачи. Длительная, массивная антибиотикотерапия неизбежно приводит к росту числа полирезистентных штаммов. Своевременная и адекватная терапия инфицированных ран должна опираться на результаты бактериологического исследования раневого отделяемого и учитывать микробиологический мониторинг.

Цель работы. Изучение и определение ведущих возбудителей раневой инфекции у детей с ожоговой травмой за длительный период исследования.

Материал и методы. За период с 2014 по 2024 г. изучено 1900 проб отделяемого ожоговых ран. Была исследована кровь на стерильность и раневое отделяемое на чувствительность к антибиотикам. Забор материала и правила его транспортировки проводили согласно нормативной документации. Этиологическую значимость выделенных возбудителей оценивали, используя коэффициент посто-

яинства, т. е. число проб, содержащих тот или иной микроорганизм, в процентах от всех исследованных проб. В сумме коэффициент превышал 100% за счёт наличия смешанной микрофлоры в ранах. Результаты посева из раны: *S. epidermidis* (52%), *Ps. aeruginosa* (25%), *S. aureus* (16%), остальная микрофлора (7%). Кровь на стерильность в 12 случаях дал положительный результат, в остальных случаях роста не наблюдалось.

Результаты исследований. Анализ многолетней динамики показателей постоянства выделенных микроорганизмов позволил определить ведущих возбудителей раневых инфекционных процессов у детей с ожогами. На протяжении десятилетнего периода наблюдения ими явились неферментирующие грамотрицательные бактерии (*Acinetobacter* spp. и *Pseudomonas aeruginosa*), энтеробактерии (*Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *E. coli*, *Enterobacter* spp.), а также *Staphylococcus* spp. (*S. aureus*). В частности, частота выделения *Pseudomonas aeruginosa* была наибольшей в 2014 году (42,8%), далее к 2020 году происходило постепенное снижение до минимальных значений (21,2%). Энтеробактерии (*Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *E. coli*, *Enterobacter* spp.) сохраняли лидирующие позиции в разные годы и в среднем были обнаружены примерно в 15–20% исследованных проб. Максимальное число штаммов выделяли в 2019 году (27,6%). Суммарная частота обнаружения представителей группы неферментирующих бактерий оставалась стабильно высокой. В среднем она составляла 40% от общего числа исследованных проб. Частота выделения *E. Coli* колебалась вокруг уровня 1–2% с максимумом в 2021 году (5,2%). Стафилококки неизменно лидировали многие годы среди возбудителей раневой инфекции. *S. aureus* присутствовал в ожоговых ранах с 2015 (12%) до 2021 года, когда его обнаруживали практически в половине исследованных образцов биоматериала (48,6%). Затем произошло неожиданное снижение до 21,1% в 2022 году. Дрожжеподобные грибы также имели тенденцию роста. Если в 2015 только 0,75% исследованных проб содержали *Candida* spp., то в 2022 они составляли уже 4,7%. Анализ этих данных показывает, что эпидермальный стафилококк высевается в 52%, а синегнойная палочка и золотистый стафилококк – в 25% и 16% соответственно. Грозными возбудителями внутрибольничных инфекций остается синегнойная палочка и золотистый стафилококк. Результаты чувствительности к антибиотикам: гатиофлоксацин – 19%, левофлоксацин – 17%, цефтазидим – 15%, цефотаксим – 11%, цефазолин, натрий – 9%, остальные антибиотики – 5%. Анализ чувствительности к антибиотикам показывает, что микробы чувствительны к фторхинолонам 3 и 4 поколений, цефалоспорином 2 и 3 поколений. Они являются устойчивыми

к аминогликозидам, группе пенициллина, макролидам, тетрациклинам. Это наблюдается тогда, когда местно применяются такие антисептики, как бетадин, декасан, крем сульфадиазина серебра 1%, хлоргексидин, фурацилин, риванол.

Выводы. Несмотря на успехи фармакологии в области антибиотиков, вопрос о рациональной антибиотикотерапии остаётся открытым. Поэтому мы считаем, что каждое отделение, сталкивающееся с инфекциями, должно иметь свою продуманную стратегию, основанную на результатах бактериологических исследований, во избежание возникновения антибиотикорезистентных штаммов микробов.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

*Л.Ш. Шевкетова, У.Т. Тоирова, З.Н. Юлдашев,
Б.Г. Хожалиев, Э.И. Турсунов, Б.М. Аллаев*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Термическая травма остаётся одной из наиболее сложных проблем здравоохранения, имеющей не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость. Дети представляют собой особую группу риска в получении ожогового травматизма. Они более уязвимы по сравнению со взрослыми. Смертность от термических травм занимает 3 место среди всех травматических факторов, после автоаварий и утопления.

Цель исследования. Ретроспективный анализ летальных исходов с целью снижения смертности больных детского возраста с обширными ожоговыми ранами.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 30 крайне тяжёлых больных детей с ожоговой болезнью, закончившейся летальным исходом. Тяжелообожженные дети лечились в РНЦЭМП АФ в отделении детской анестезиологии и реанимации, а также в детском ожоговом отделении с 2015 по 2023 год. Из них было 20 (66,6%) мальчиков и 10 (33,3 %) девочек в возрасте от 9 месяцев до 3 лет, с площадью ожоговых ран III А-Б степени от 7 до 70% поверхности тела. В 100% случаев ожог был получен горячими жидкостями. Все дети поступали в крайне тяжёлом состоянии в отделение детской анестезиологии-реанимации, с ожоговым шоком тяжёлой степени. Из всех поступивших в наш центр детей 1/3 нуждались в инфузионно-трансфузионной терапии. Детям с ожоговой болезнью во всех трех стадиях ожоговой болезни было обеспечено реанимационное пособие, постоянная оксигенотерапия. Ожоговая болезнь у детей проявлялась в виде полиорганной недостаточности, осложнялась ДВС-

синдромом, токсическим кардитом, токсической энцефалопатией, токсическим гепатитом, энтероколитом, нефритом и т. д. Наиболее часто на лечение поступали дети в возрасте от 1 года до 3 лет. Течение ожоговой болезни у данной группы больных детей протекало особенно тяжело, в связи с анатомо-физиологическими особенностями и лабильной центральной нервной системой. Среди умерших 16 (53%) больных были переведены из других медицинских учреждений по линии санитарной авиации на 2–3 сутки с момента получения термической травмы. Все дети были доставлены в тяжёлом состоянии после проведения противошоковой терапии в неспециализированных отделениях.

Результаты исследования. Тяжесть течения и летальный исход ожоговой болезни зависят от площади и глубины ожогового поражения, возраста ребёнка. Количество летальных исходов возрастает с увеличением площади глубокого ожога. При поражении 20% поверхности тела ребёнка летальный исход наблюдался в 8 случаях, от 20 до 30% поражения – в 7, от 30 до 40% – в 5, более 40% – в 10. Глубокие ожоги, превышающие 60% поверхности тела ребёнка, фактически несовместимы с жизнью. Результаты исследований показали, что на исход термической травмы влияет и локализация ожогов. Одновременное поражение различных участков тела в 58,4% случаев приводило к летальному исходу. Наиболее частой локализацией повреждений кожи были верхние конечности – 9 (30%), в сочетании с туловищем – 6 (20%), головой – 5 (16,6%), нижними конечностями – 10 (33,3%). В 1 летальном случае (3,3 %) имело место изолированное поражение верхней конечности. У всех детей ожоговая болезнь отягощалась пневмонией и кардитом. Повозрастная летальность составила: до 1 года – 13 (43,3 %), от 1 года до 3 лет – 17 (56,6%). Ретроспективный анализ летальных случаев выявил критические дни в течении ожоговой болезни, характеризующиеся повышенным числом умерших по сравнению с предыдущими и последующими днями, обусловленные развитием инфекционно-токсических осложнений, полиорганной недостаточности на фоне вторичного иммунодефицита. Такими критическими днями можно считать 3, 7, 11, 22 дни первого месяца, к концу которого погибло 62,5% от всех умерших детей. Летальность зависит и от стадии ожоговой болезни. На период токсемии и септикотоксемии приходится наибольший процент умерших (от 65 до 95%). В нашем исследовании во 2 периоде ожоговой болезни умерли 17 детей, что составило (56,6%). В период токсемии основной причиной смерти явилась пневмония и кардит – 7 (41,1%), отёк лёгких – 8 (47,0%), отёк мозга вследствие интоксикации – 1 (5,8%). В одном случае (5,8%) прогрессировал ДВС-синдром. В период септикотоксемии умерли 13 (43,3%) больных.

Во всех летальных случаях была проведена судебно-медицинская экспертиза. Протоколы исследований выявили во всех случаях дистрофию миокарда, печени, почек, что говорит о доминировании токсического фактора в течении ожоговой болезни и механизме смерти пострадавших детей. Гистологическое исследование органов и тканей выявило нарушение кровообращения с выраженными очагами кровоизлияний, выраженными дистрофическими изменениями паренхиматозных органов.

Заключение. 1) Необходимо постоянно совершенствовать уровень обучения всего медицинского персонала, обучать современным методам оказания специализированной медицинской помощи детям с ожогами различной степени. 2) Своевременное и грамотное оказание медицинской помощи детям с ожоговой травмой на всех этапах медицинской эвакуации – один из ключевых факторов, влияющих на снижение летальности и инвалидизации при ожогах у детей. 3) Использование ранней некрэктомии с аутодермопластикой, ГБО, современных раневых покрытий в комплексном лечении ожогов у детей – важнейший фактор в снижении летальности. 4) Поиск путей профилактики ожоговых ран и проведение лечебных мероприятий, направленных на повышение общей иммунорезистентности организма больных детей с термической травмой.

**КЕНГ ВА ЧУҚУР КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ
ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА АЛЛОТЕРИ
ПЛАСТИКАСИНИНГ АҲАМИЯТИ**

*Янгиев Б.А., Хакимов Э.А., Ярматов К.Э.,
Хайитов Л.М., Хакимова Н.А.,
Абдухалилов М.Э., Қарабаев Ж.Ш.*

**Республика шошилиinch тиббий ёрдам илмий
маркази Самарқанд филиали**

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Долзарблиги: Куйиш касаллигининг энг муҳим давоси йўқотилган тери дефектини имкон қадар тезроқ тиклаш, акс ҳолда асоратлар частотаси шунга муносиб равишда ошиб боради. Кенг майдонли чуқур куйиш жароҳатидан танага сўриладиган токсинлар ҳаёт учун муҳим бўлган органлар ва тизимларнинг мўътадиллигини тизгинидан чиқариб, дастлаб полиорган дисфункция кейинчалик оғир полиорган етишмовчилиги ривожланишига сабаб бўлади. Ҳар бир бажариладиган жарроҳдик амалиёти оғир куйиш касаллиги билан курашаётган беморда маълум даражада тизимларнинг функционал ҳолатига салбий таъсирини кўрсатади. Эрта даврда бажариладиган декомпрессив некротомия-некрэктомия амалиётида ҳам маълум даражада оғриқ ҳиссиётларини камайтириши, токсинларнинг сўрилишини камайтирса-да, аммо

маълум миқдорда қон йўқотилиш, гомеостаз тизимининг бузилишига олиб келади. Оқилона танланган хирургик даво усуллари муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади: Кенг майдонда чуқур куйган беморларнинг жароҳатларни аллотери парчаси билан вақтинчалик ёпиш усулида хирургик даво натижасини яхшилаш.

Материал ва усуллар: Бизнинг даволашимизда бўлган 46 бемор РШТЭИМ Самарқанд филиалининг комбустиология бўлимида 2010–2023 йиллар давомида даволанган кенг майдонли чуқур куйган жароҳатлари мавжуд бўлган беморларнинг ёши 3 ойликдан 38 ёшгача бўлган жабрланганлар орасида кузатув олиб борилиб, буларнинг умумий куйиш майдони тана юзасининг 10% дан 85% гача бўлган, шундан чуқур куйиш майдони 20% дан 55% гачани ташкил этган. Беморларнинг умумий аҳволи оғирлигини ҳамда донор соҳанинг жуда кам майдонни ташкил этганлигини ҳисобга олиб, аутодермопластика жарроҳлик амалиётига ўтказиш бемор ҳаёти ва аҳволининг оғирлашишига олиб келишини прогнозлаш натижасида, беморнинг яқин қариндошларидан, кўпинча ота-онасидан эркин тери парчаси олиниб аллопластика амалиёти ўтказилган.

Натижалар: Шокка қарши даволаш асоратсиз якунланиши, ўткир токсемия даврига ҳам ўзининг ижобий натижаларини беради. Етарли миқдорда бериб борилган оқсил препаратлари, комплексли консерватив органопротектив даволаш, анемиянинг профилактикаси чуқур куйган жароҳатлардан некроз тўқималарнинг ажралиш 12–14-кунларга келиб бошланади. Бунда юзаки куйган яраларнинг аксарият қисмида эпителизация кузатилади. Қора қўтирга айланган некроз терилар 17–18-кунларда 3/2 қисм тозаланди. Ушбу ҳолат болаларда эртароқ ҳам кузатилиши аниқланди. Некрозларнинг тозаланиши септико-токсемия босқичининг енгил кечишига таъсир ўтказса-да, жароҳатдан сўрилаётган экзотоксинлар, ярадан йўқотилаётган суюқлик ва оқсил компонентлари, 24–25-кунларда яра трофикасининг бузилиш белгилари кузатилади.

Беморнинг яқин қариндош бўлган ака-ука, ота-онасидан инфекция касалликларга мукамал лаборатор текшируви ўтказилиб, розилик ҳужжатлари расмийлаштирилиб, рецепиент беморнинг грануляцияланган яра майдони ҳажмига нисбатан 2–3% гача донордан тери парчаси электродерматом ёрдамида, донор соҳани маҳаллий оғриқсизлантирилиб (натрий хлор 0,9% эритмага + 2% лидокаин + адреналин 0,3–0,4 мл) оғриқсизлантирувчи эритма миқдори донор соҳадан олинган тери ҳажмига қараб тайёрланади. Донор соҳадан олинган жароҳат юзасига стерил салфеткали боғлам қўйилди. Донорга 3–4 кун мобайнида антибактериал терапия қилиниб

борилди. Донор соҳадан 0,2–0,3 мм қалинликда олинган тери парчаси 1:4 ёки 1:6 нисбатдан перфорация қилиниб, тери парчаси катталаштирилиб, грануляцияланган яра юзасига қўйилди. Рецептга қўйилган аллотери лизисга учрамаслиги учун операция олди даврида гормонал терапия бошланиб, 4–5 кун давомида (преднизолон 0,3–0,5 мг/кг ёки дексаметазон 0,1–0,2 мг/кг) бериб борилди. Гормонал терапия иммун тизимнинг фаоллигини вақтинча пасайтириши аллотериларнинг яшовчанлигини ошириб борди.

Шундай қилиб қўйилган аллотери ярадан чиқиб кетаётган суюқликни камайтириш билан бирга, қондаги умумий оқсил миқдорининг ҳам пасайиб кетишига йўл қўймайди. Бу эса, ўз навбатида, чуқур куйиш жароҳати катта майдонда бўлган беморларнинг умумий биологик қувватини тиклаб олиш учун айна фурсат бўлиб хизмат қилди. Аутодермопластика амалиётининг кейинги босқичларини бажариш учун гематологик ва гемодинамик стабиллик сақланиб туришида, аллотери муҳим аҳамиятга эга эканлиги олиб борилган амалий тадқиқотимиз натижаси билан ифодаланди.

Хулоса. Кенг майдонда чуқур куйиш жароҳатлари бўлган беморларда куйиш касаллигининг оғир асоратлари туфайли, ўлим кўрсаткичлари ошиб боришига асосий омил бўлмоқда. Сунъий вақтинчалик яра қопламаларидан фойдаланиш кутилган натижалар бўлмаганлиги, яъни йирингли асоратлар авж олиб кетиши ва ниҳоясида жабрланган беморларнинг ҳаётига жиддий хавф кузатилганлиги, аллотеридан фойдаланиш эса, тери бутунлигининг эрта даврларда самарали тикланишида, умрини сақлаб қолишда ҳамда асоратлар частотасининг сезиларли даражада камайишида аҳамиятли эканлиги билан изоҳланди.

КОРРЕКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*А.А. Стопницкий^{1,2}, Р.Н. Акалаев^{1,2},
А.М. Хаджибаев², Д.Б. Туляганов^{1,2},
М.К. Саидова¹*

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи¹,
Ташкент, Узбекистан**

**Центр развития повышения квалификации
медицинских работников²,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить эффективность применения гепатопротектора-глюкороната как средства коррекции печеночной энцефалопатии на раннем этапе интенсивной терапии токсических гепатитов различной этиологии.

Материал и методы. Объектом исследования послужили 120 больных токсическими гепатитами различной этиологии, находившихся на лечении в отделениях токсикологии и комбустиологии РНЦЭМП в 2022–2023 гг. (возраст – от 35 до 55 лет). Нозологический состав: больные с алкогольной интоксикацией – 52 пациента с отравлениями гепатотоксичными медикаментами – 24 больных, с тяжелыми отравлениями уксусной кислотой – 18. Также было 26 пострадавших с ожогами и индексом Франка свыше 60 ЕД. Изучение проводилось в двух группах больных: I группа – 60 больных, поступивших в 2023 году, которые, помимо традиционной терапии, получали препарат «Джетепар», в составе которого – глюкотиамин, глюкометамин и активный метаболит никотинамид в форме аскорбата. Препарат вводился внутривенно капельно по 20 мл, в 200,0 мл 0,9% натрия хлорида два раза в день, на протяжении 5 дней на фоне базисной терапии. II группа (группа сравнения) – 60 пациентов, обратившихся в 2022 году, получивших традиционную терапию. У всех поступивших изучали уровень ферментов печени (АлТ, АсТ), билирубина, лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), свободного аммиака и лактата при поступлении и в динамике на 5 сутки. Показатели исследовали на полуавтоматическом биохимическом анализаторе – Mindray BA-88A (2019) и на автоматическом биохимическом анализаторе – BioSystems A15 (2018), с использованием реактивов этой же фирмы.

Оценку тяжести нарушений интеллекта изучали с использованием шкалы MMSE по 10 позициям, шкалы FAB по 6 позициям и теста Рейтана на 2-е и 5-е сутки от начала лечения.

Результаты исследования. Исходные показатели у всех обследованных больных свидетельствуют о серьезных нарушениях системы гомеостаза, наступивших в результате токсического поражения печени. Показатели ферментов I группы составили: АлТ – $138,2 \pm 24,23$ у/л, АсТ – $125,3 \pm 25$ у/л, билирубина – $26,3 \pm 3,9$ ммоль/л, свободного аммиака – $163,4 \pm 40,5$ мкмоль/л, лактата – $4,58 \pm 0,66$ ммоль/л, уровень ЩФ наблюдался в пределах $159,2 \pm 32,7$ у/л, ЛДГ – $616 \pm 113,2$ у/л. Во II группе отмечалась аналогичная картина – уровень АлТ – $149,5 \pm 26$, у/л, АсТ – $154,7 \pm 31,4$ у/л, билирубина – $27,1 \pm 4,7$ ммоль/л, свободного аммиака – $157,4 \pm 30,5$ мкмоль/л, лактата – $4,69 \pm 0,65$ ммоль/л, уровень ЩФ наблюдался в пределах $156,5 \pm 32,7$ у/л, ЛДГ – $645,8 \pm 93$ у/л. В динамике изучение уровня энзиматических ферментов печени показал, что на фоне инфузий комплексного гепатопротектора на основе бетаин глюкуроната к 5-м суткам у пациентов I группы отмечалось снижение АлТ на 63,7%, АсТ – на 66,4% от исходных показателей, что в 3,9 и 2,6 ниже, чем в группе сравнения. Динамика снижения уровня свободного аммиака в I группе была на 52% от исходного уровня,

лактата – на 57%, практически до физиологической нормы, в то время как в группе сравнения (II) концентрация данных токсичных метаболитов в крови снизилась всего лишь на 24,8% и 38%, что в 2,2 и 1,5 раза хуже, чем в основной. Токсический характер гепатита у исследуемых пациентов был подтвержден значительным повышением уровня щелочной фосфатазы в обеих группах. Однако на фоне применения комплексного гепатопротектора на основе бетаина глюкуроната у больных I группы нами наблюдалось активное ее снижение по отношению к показателям при поступлении на 54,2%. В группе сравнения (II) концентрация ЩФ также уменьшилась, но только на 25%, то есть в 2,1 раза меньше, чем в основной.

Согласно проведенному скринингу уровня интеллекта по шкале MMSE, у пациентов I группы на 2-е сутки отмечались легкие когнитивные нарушения – $22 \pm 1,4$, а на 5-е когнитивный дефицит был практически купирован, и суммарный балл составил в среднем $28 \pm 1,6$ балла. Что касается пациентов группы сравнения, то показатели шкалы MMSE по всем позициям на 2-е и 5-е сутки были в 1,4, 1,5 ниже, чем в основной группе. Анализ когнитивных функций по шкале FAB на фоне проводимой гепатопротекторной терапии показал практически полное их восстановление в основной группе уже на 2-е сутки с момента поступления в стационар, тогда как во II группе даже на 5-е сутки продолжали сохраняться нарушения концептуализации и динамического праксиса. Суммарный результат теста у пациентов II группы на 5-е сутки не превышал в среднем $13,4 \pm 1,1$ балла, что 1,2 раза ниже, чем в I группе. Что касается маркера печеночной энцефалопатии – теста Рейтана, то пациенты, получавшие гепатопротектор на основе бетаин глюкуроната, уже на 2-е сутки выполняли этот тест практически в пределах нормы – за 118 ± 12 секунды, на 5-е сутки скорость выполнения теста была такая же, как у здоровых людей, во II группе данные теста на 2-е сутки были хуже, чем в основной, в 1,2 раза и на 5-е также сохранялся когнитивный дефицит с превышением нормальной скорости его выполнения.

Выводы: 1. Токсические поражения печени, вне зависимости от этиологии гепатита, сопровождаются не только ферментопатией, но и выраженной гипераммониемией, гиперлактатемией и, соответственно, смешанной печеночной энцефалопатией.

2. Применение современного гепатопротектора «Джетепара» эффективно купирует метаболические, когнитивные расстройства у больных с токсическими гепатитами.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

А.А. Стопницкий^{1,2}, О.Н. Хусенов³

¹Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

³Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучить эффективность разработанного комплекса медикаментозной гепатопротекторной терапии и психосоциальной коррекции у пациентов с алкогольной интоксикацией в постинтоксикационный период.

Методы исследования. Обследованы 223 пациента, поступившие с алкогольной интоксикацией на фоне запоя в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи и его Бухарский филиал в 2019–2023 гг. Пациентов разделили на 3 группы: I группа – 93 пациента, находившихся на лечении в отделении токсикологии в 2022–2023 гг., которые после выписки из отделения токсикологии получили дополнительно комплексную гепато-протективную терапию: антигипоксанта цитофлавин по 1 табл. 2 раза в сутки, аммиаксвязывающий препарат L-орнитина-L-аспартат по 1 порошку 3 раза в сутки и адеметионин по 750 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. После окончания лечения были проведены стандартные вмешательства FBI (Family Brief Intervention) на 7-е, 30-е сутки, через 6 и 12 месяцев. II группа – 48 пациентов, находившихся на лечении в отделении токсикологии в 2021 году, которым также на 7-е сутки после выписки из стационара были проведены стандартные вмешательства FBI (Family Brief Intervention) на 7-е, 30-е сутки, через 6 и 12 месяцев без предварительной гепатопротекции. III группа (архивная) – 82 больных, находившихся на лечении в отделении токсикологии в 2019–2020 гг. и не получавших какой-либо медикаментозной и психосоциальной помощи после выписки из стационара. Всем пациентам на 7-е, 30-е сутки, через 6 и 12 месяцев после выписки из стационара проводилась оценка проблемного потребления алкоголя с помощью AUDIT-теста. Также изучалась частота повторных госпитализаций в течение года после выписки из стационара. Для проведения исследования

было получено разрешение Этического комитета Республики Узбекистан 25.12.2020 № 9/4-1829.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, уже на 7-е сутки наблюдалась незначительная разница между группами по степени алкогольной зависимости, при этом в группе пациентов, которым проводили гепатопротекторную и антигипоксантажную терапию в постинтоксикационный период, выявлен несколько меньший уровень алкогольной зависимости, чем в группах, её не получавших – в 1,2 и 1,3 раза соответственно. В динамике на 30-е сутки мы наблюдали положительное влияние FBI на пациентов I и II групп, однако у больных, получивших дополнительно комплекс гепатопротекторной терапии, отмечалось значимое снижение алкоголизации не только по отношению к группе сравнения (III группа), но и с алкогольной зависимостью, получившей только семейную психосоциальную терапию.

Аналогичные результаты получены при изучении алкоголизации пациентов при помощи AUDIT-теста через 6 и 12 месяцев. Применение FBI достоверно снижало тягу к употреблению спиртных напитков у интервьюируемых, что особенно проявлялось снижением агрессивности пациентов по отношению к окружающим, частоты злоупотребления алкоголем, улучшением их работоспособности, при этом показатели теста у больных I и II групп были через 6 месяцев в 1,9 и 1,5, а через 12 месяцев – в 3,1 и 2,2 раза соответственно ниже, чем в группе сравнения. Влияние проведенной нами гепатопротективной терапии даже через год после его применения проявлялось наилучшими результатами AUDIT-теста у больных, её получавших. Что касается одного из прямых критериев эффективности нашего исследования – частоты повторных госпитализаций в отделения токсикологии РНЦЭМП, – то полученные данные свидетельствуют о практически полном прекращении повторных обращений среди пациентов I группы, в то время как больные II группы в среднем дважды, а III группы – четырежды были госпитализированы с алкогольной интоксикацией различной степени тяжести.

Вывод. Разработанный нами комплекс медикаментозной гепато-протекторной терапии и психосоциальной коррекции для больных с алкоголизмом, перенесших алкогольную интоксикацию, значительно снижает тягу к повторному употреблению спиртных напитков и улучшает качество жизни такой категории пациентов.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ, РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН <i>А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, А.А. Байрамтаганов, Б.И. Шукуров, Х.Э. Анваров</i>	3
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, В.М. Теплов, Н.В. Разумный</i>	5
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ <i>Н.Д. Архангельский, В.М. Теплов, К.К. Миронов, С.А. Мешков</i>	10
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН <i>А.Х. Гафуров, М.А. Сатвалдиев, Р.Н. Акалаев</i>	11
СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>А.В. Жиров, И.П. Миннуллин, В.Л. Радушкевич, Е.Н. Перевозчиков</i>	13
СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ИНТЕГРАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ <i>Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова, Х.К. Абдуллаев, Б.С. Худайберген</i>	14
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ <i>С.Р. Имомкулов, Э.А. Хидиров, А.Б. Тошкул</i>	14
РАБОТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>М.В. Карева, А.Ю. Симонова, М.М. Поцхверия</i>	15
THE DIFFERENCE BETWEEN COSTS, COST-EFFECTIVENESS, UTILITY AND VALUE IN TRAUMA CARE. HOW USING CORRECT TERMINOLOGY AND METHODOLOGY MAY SAVE MILLIONS OF DOLLARS IN CENTRAL ASIA <i>Johanna Ludwig, Axel Ekkernkamp, Steffen Fleßa, and Dirk Stengel</i>	16
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ РЕАНИМАЦИИ <i>Р.М. Мамадалиев, О.М. Мирзаев</i>	17
ВНУТРИКОСТНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ДОСТУП КАК АЛЬТЕРНАТИВА ВНУТРИВЕННОМУ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ И ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ <i>И.П. Миннуллин, А.В. Жиров, В.Л. Радушкевич, Е.Н. Перевозчиков</i>	17
СТРАТЕГИЯ «BRIDGE» ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ОСТАНОВКАХ КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>А.Г. Мирошниченко, Д.В. Бузанов</i>	18
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ «СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» У СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ ФГБОУ ВО ПСПБГМУ ИМ. И.П. ПАВЛОВА <i>Н.А. Павлюц, В.М. Теплов</i>	19
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ <i>В.Г. Пасько, В.В. Бояринцев, С.В. Журавлев, Д.Е. Кутепов, Д.В. Момот</i>	20
SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM BO'LIMLARINING «EMERGENCY DEPARTMENT»GA TRANSFORMATSIYASIDA SHITATLARNING OPTIMALLASHTIRILISHI <i>Riskiyev U.R., Ibragimov X.F.</i>	21
SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM BO'LIMLARI SHIFO O'RINLARINING MAQBULLASHTIRILISHI <i>Riskiyev U.R., Bobayev F.F.</i>	22
ОПЛАТА КРАТКОСРОЧНОГО СЛУЧАЯ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>В.М. Теплов, Е.А. Цебровская, А.А. Коршунова, В.В. Буркина</i>	23

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>А.А. Уразбаев, А.Р. Джабберганов, С.А. Омонбоев</i>	23
ПРИМЕНЕНИЕ ИМИТАЦИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЕДИНОГО ЦЕНТРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Е.А. Цебровская, В.М. Теплов, С.А. Григорьев</i>	24
АНАЛИЗ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ ПРИ СОЗДАНИИ ЕДИНОГО ЦЕНТРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В РЕГИОНАХ РФ <i>Е.А. Цебровская, В.М. Теплов, С.С. Москвина</i>	25
РЕПРОДУКТИВНО ЗНАЧИМАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ВЫКИДЫША В АНАМНЕЗЕ: ДАННЫЕ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Л.Ш. Цечоева</i>	26
СЛУЖБА ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СТРУКТУРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И СБЕРЕЖЕНИЯ РЕСУРСА ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД <i>О.А. Чекулаева, К.В. Маслов, Г.В. Шилов, М.А. Райков, Г.В. Шилов, Н.А. Суслов, И.И. Серебренников</i>	27
УЛУЧШЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА НА ФОНЕ МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ <i>Б.А. Янгиев, Т.А. Алтыев, А.А. Махамматов</i>	28

II. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ И ФАЗАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ <i>Ж.Ш. Абдукаримов</i>	29
ЧРЕСКОЖНЫЕ АНТЕГРАДНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Ж.Ш. Абдукаримов</i>	29
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА <i>Ф.Ш. Абдурашидов, Ш.А. Таджибаев, Э.К. Собиров</i>	30
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕ <i>А.А. Азимов, Н.Ш. Серикбаев, Д.А. Амеров</i>	31
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕТРО-ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА <i>Ф.Р. Азимов, Н.Ю. Усманова</i>	32
ОШИБКИ, ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИХ УСТРАНЕНИЯ <i>М.М. Акбаров, У.Н. Туракулов, Р.Р. Саатов</i>	34
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ <i>Х.А. Акилов, Х.Н. Матякубов, З.Л. Тухтабеков, Н.Т. Урманов</i>	35
BOLALARDA ICHAK INVAGINATSIYASINI DAVOLASHDA MINIMAL INVAZIV YONDASHUV <i>Aqilov H.A., Maqsumov G.A.</i>	36
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, У.Р. Мухитдинов, Н.Б. Исхаков, И.Р. Хужамбердиев, А.А. Якубов</i>	40
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, У.Р. Мухитдинов, Т.С. Мамадумаров, И.Р. Хужамбердиев</i>	40
СЛУЧАЙ ПОЛНОГО ПОПЕРЕЧНОГО РАЗРЫВА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, У.Р. Мухитдинов, Т.С. Мамадумаров</i>	41
РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА <i>Д.А. Алимов, Ш.М. Муминов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Д.Л. Ким, Д.Д. Алимухамедов,</i>	

С.М. Джафаров, Х.Ф. Мирзакаримов	43
ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ	
Б.К. Алтыев, Ж.И. Джаббаров	44
ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НА ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ	
ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ	
Б.К. Алтыев, Ж.И. Джаббаров	45
РОЛЬ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА	
ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
Б.К. Алтыев, Ж.И. Джаббаров	45
ANALYSIS OF THE TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH LOWER LIMB ARTERIES' THROMBOSIS WITH	
CORONAVIRUS INFECTION ANAMNESIS	
Asrarov U.A., Matmuradov J.K.	46
ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	
НА ФОНЕ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ	
А.И. Ахмедов, А.Д. Фаязов, Б.Н. Холмуродов	47
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	
Г.К. Ахмедов	48
ПЕЙТС-ЕГЕРС СИНДРОМИНИНГ БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ СОҲАСИДА УЧРАШИ	
Ачилов А., Юсупов Ф., Махмудов М.	50
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА	
Ш.Э. Ашуоров, Б.М. Собиров, Ж.Ш. Абдукаримов, Ж.Р. Асатуллаев	51
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ	
РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	
Ашуоров Ш.Э., Каримов М.Р., Жуманазаров А.У., Кушиев Ж.Х.	52
СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	
А.Х. Бабаджанов, У.М. Махмудов, А.И. Туксанов, С.С. Иброхимов	53
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ	
А.Х. Бабаджанов, А.И. Туксанов, С.С. Иброхимов	53
СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОЛЕНОВЫХ ПРОТЕЗОВ И БИОТКАНЕЙ	
ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ	
И.М. Байбеков, О.М. Гуламов, Б.З. Мухамедов	55
ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТЛАРДА АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ЎЛИМ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ	
Бердимуродов Р.Т., Хотамов И.Э.	55
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА	
У.Б. Беркинов, С.П. Халиков, О.Т. Саттаров, А.М. Муродов	57
СРОЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА	
Х.Ж. Буранов, Х.А. Абдумажидов, М.С. Шакаров, И.М. Турабоев	57
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
М.Х. Ваккасов, Б.Р. Исхаков, У.Р. Базарбаев, Н.Б. Исхаков	58
ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	
М.Х. Ваккасов, Б.Р. Исхаков, У.Р. Базарбаев, Т.С. Мамадумаров, Н.Б. Исхаков, А.Э. Рузматов, А.А. Эргашев	59
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ	
ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА	
М.Х. Ваккасов, Б.Р. Исхаков, Т.С. Мамадумаров, Н.Б. Исхаков, А.А. Эргашев	59
УРОВЕНЬ СЕКРЕЦИИ ГЕПСИДИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ОСТРОГО	
КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	
Дж. Н. Гаджиев, Н.Дж. Гаджиев, Ш.Х. Гасимова, Дж. Н. Гаджиев (мл.)	62
ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ	
ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	
Н.Дж. Гаджиев, Н.А. Эйнуллаева, Э.Г. Тагисой, Дж.Н. Гаджиев (мл.)	63

ТАКТИКА ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ СЛОЖНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С УЧЕТОМ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ	
<i>О.М. Гуламов, Б.З. Мухамедов, Ф.Р. Ташкенбаев, Т.А. Азизов, М.Т. Максудов</i>	64
КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	
<i>Д.А. Джуманиязов, Х.Г. Полвонниёзов, К.А. Отамирзаев, Н.Р. Сабиров</i>	64
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	
<i>Н.М. Джураева, А.И. Икрамов, А.Т. Амирхамзаев, Х.В. Абдухалимова, Н.Т. Вахидова, Х.Э. Шамирзаев, А.Т. Султанов, С.Х. Магзумова, Д. Хурсанова, З.Д. Миртаджиева, А.Ш. Убайдуллаева, У.Т. Исроилов</i>	65
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТРОРАГИЕЙ	
<i>А.О. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Х.А. Олимов</i>	66
РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ	
<i>Э.Т. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, И.Р. Хужамбердиев, Б.А. Худойбердиев, Б.С. Робиддинов</i>	67
ТРАНСДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕТРОГРАДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ	
<i>Э.Т. Жалилов, А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, А.Э. Рузматов, Ф.О. Убайдуллаев, Ж.Б. Робиддинов</i>	68
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	
<i>Э.Т. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Ф.О. Убайдуллаев, Ж.Б. Робиддинов</i>	68
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ	
<i>А.М. Зуфарханов, Х.Б. Ходжаев, Э.У. Жураев</i>	69
ЭФФЕКТИВНОСТЬ NIRS-МОНИТОРИНГА В ОЦЕНКЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛЕГКИХ	
<i>Р.А. Ибадов, Б.Ф. Тургунов, С.Х. Ибрагимов</i>	71
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	
<i>Н.А. Искандаров, И.К. Ахмаджонов, Н.И. Махмудов, Ж.А. Махкамбоев</i>	72
ИЧКИ ОРГАНЛАРНИНГ ТЎЛИҚ ТРАНСПОЗИЦИЯСИ БИЛАН БЕМОРДА ТЕШИЛГАН 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИНИ ЛАПАРОСКОПИК ТИКИШ ҲОЛАТИ	
<i>Исҳоқов Б. Р.</i>	73
КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА	
<i>Б.Р. Исхаков, У.Р. Мухитдинов, Т.С. Мамадумаров, А.Э. Рузматов, Б.Н. Курбанбаев</i>	75
ПРЕИМУЩЕСТВА СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ	
<i>Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, А.Э. Рузматов, И.Р. Хужамбердиев, Б.С. Робиддинов, М.М. Эргашев, А.А. Эргашев</i>	76
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО РАЗРЫВОМ ПЕЧЕНИ, СТРАДАЮЩЕГО ГЕМОФИЛИЕЙ А	
<i>Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, У.Р. Мухитдинов, Н.Б. Исхаков</i>	76
ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	
<i>Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, У.Р. Мухитдинов, Н.Б. Исхаков</i>	77
ВОЗМОЖНОСТИ САНАЦИОННОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ	
<i>Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, Ж.Б. Робиддинов, Б.С. Робиддинов, Ш.Б. Робиддинов, М.С. Собитхонов</i>	78
ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	
<i>Ш.М. Йулдашев, Б.А. Туйчиев, Н.И. Махмудов</i>	79
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА РАЗВИТИЕ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ	
<i>С.Ж. Камолов, Т.А. Усаров, Ё.Э. Хурсанов</i>	80
РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	
<i>С.Ж. Камолов, Т.А. Усаров, Ё.Э. Хурсанов</i>	80
ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	
<i>Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, А.М. Муродов, Р.А. Каримов</i>	81

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВОБОДНО ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ДНК ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Ш.И. Каримов, С.Р. Баймаков, Ш.Ш. Болтаев</i>	82
РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Ш.И. Каримов, С.Р. Баймаков, С.Ш. Юнусов</i>	83
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ <i>М.А. Киселев, С.А. Платонов, Д.В. Кандыба, В.Е. Парфенов</i>	84
БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА ХАСТАЛИГИ АСОРАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ <i>Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Аккузиев И.К., Косимов О.З., Исроилов Ш.Ш., Акбаралиев А.А.</i>	85
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Т.А. Мансуров, С.О. Муродуллаев, С.Ж. Камолов</i>	86
ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦИТОКИНОВОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ <i>Т.Т. Мансуров, С.О. Муродуллаев</i>	86
АБДОМИНАЛ ХИРУРГИК ЖАРОҲАТЛАРДА СИНТЕТИК ПОЛИМЕР ИМПЛАНТАТЛАРНИНГ ТЎҚИМА БИЛАН ЎЗАРО ТАЪСИРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРГА ЛАЗЕРЛИ НУРЛАНТИРИШЛАРНИНГ ТАЪСИРИ <i>Мардонов Ж.Н., Байбеков И.М., Жуманиёзов Ж.Б.</i>	87
ДИАФРАГМАНИНГ ҚИСИЛГАН ЧУРРАЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВО УСУЛЛАРИ <i>Махсудов М.Т., Гуламов О.М., Ахмедов Ғ.К.</i>	88
РАССАСЫВАЮЩАЯСЯ КАВА-КЛИПСА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРОМБОЗАХ ИЛИОКАВАЛЬНОГО СЕГМЕНТА (экспериментальная работа) <i>Ш.М. Муминов, Д.Л. Ким, Б.П. Хамидов, А.Б. Хакимов, Т.А. Верекина, Д.Д. Алимухамедов, Ш.М. Абдуллаев, Ш.Ш. Комилжонов</i>	89
ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА <i>У.Р. Мухитдинов, Б.Р. Исхаков, А.Э. Рузиматов, Ф.О. Убайдуллаев, Э.Т. Жалилов, А.А. Эргашев, Ж.Б. Робиддинов</i>	90
ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ <i>У.Р. Мухитдинов, Б.Р. Исхаков, А.Э. Рузматов, И.Р. Хужамбердиев, Ш.Б. Исабаев, Н.Б. Исхаков, Ш.М. Саидметов, Б.Н. Курбанбаев, А.А. Якубов</i>	91
СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>У.Р. Мухитдинов, Ф.А. Хаджибаев, А.Г. Махамадаминов</i>	92
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ <i>Ф.Г. Назиров, У.Н. Туракулов, Р.Р. Саатов</i>	93
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИМ МЕТОДОМ <i>Ф.Г. Назыров, А.Х. Бабаджанов, У.М. Махмудов, Ш.У. Маткаримов, Р.Р. Байбеков</i>	94
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>И.Ф. Нейматов, Э.Г. Тагисой, З.Э. Исмаилова</i>	95
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ <i>З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, Х.Н. Бекчанов, Р.Р. Омонов, К.Б. Бабажанов</i>	95
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ <i>З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, Х.Н. Бекчанов, Р.Р. Омонов, К.Б. Бабажанов</i>	96
НОВЫЙ СПОСОБ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ <i>З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, Х.Н. Бекчанов, К.Б. Бабажанов, О.А. Файзуллаев, А.Д. Абдукаримов, Ж.М. Авалбаев</i>	97
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ <i>З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, Х.Н. Бекчанов, А.С. Бабажанов, К.Б. Бабажанов, А.Д. Абдукаримов, Ж.М. Авалбаев</i>	98

ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ <i>Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, Б.Н. Даминов, А.К. Алимов, А.Г. Пардаев</i>	100
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯИЧКА <i>Б.М. Исмаилов, Ф.Н. Норкузиев, О.Ш. Низомов, Д.Т. Олимов, С.А. Абдусаматов</i>	101
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ <i>Б.М. Исмаилов, Ф.Н. Норкузиев, У.А. Мамадиев, Н.А. Сайфуллаев, О.Ш. Низомов, Ш.О. Туйчиев</i>	101
БОЛАЛАРДА ЎПКА БАКТЕРИАЛ ДЕСТРУКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА АНТИСЕПТИК ЭРИТМАЛАРНИ ҚЎЛЛАШ <i>Р.Ф. Кодиров, Ф.Н. Норкузиев, Б.К. Эргашев, И. Чулибаев, Ш.С. Мингжигитов, Э. Хайдаров, О. Жавлонов</i>	102
ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТИТА <i>Ф.Н. Норкузиев, Р.И. Субхонкулов, М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, Х.Э. Ахмедов, А.Н. Гофуров, Б.Ф. Холмурзаев</i>	103
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ С ПЕРИТОНИТОМ <i>Ф.Н. Норкузиев, Р.Ф. Кодиров, Б.К. Эргашев, И. Чулибаев, Ш.С. Мингжигитов, Э. Хайдаров, О. Жавлонов</i>	104
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, М.Х. Абдулахатов, Д.Э. Хошимов</i>	105
НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА <i>М.М. Пулатов, Б.И. Шукуров, Р.А. Янгиев, А.М. Авезов</i>	106
ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАМНЯМИ ПОЧЕК ОТ 2 ДО 3 см <i>У.У. Рахматов, Ш.Р. Саидов</i>	107
ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ <i>У.У. Рахматов, Ф.Ф. Рахимов, К.Ш. Ходжаев</i>	107
ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ И БЕЗОПАСНОСТИ <i>Н.Х. Рахмонов, У.Р. Хамдамов, Н.И. Саломов, Ф.Р. Фатуллаев</i>	108
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СТЕНТА В УРГЕНТНОЙ УРОЛОГИИ <i>М.М. Рашидов, А.Х. Калимбетов, Б.Ё. Хайдаров, Ш.М. Тоштемуров</i>	109
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХОЛАНГИОЦИТОВ В БЕССИМПТОМНОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА <i>В.И. Решетняк, И.В. Маев</i>	109
ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ <i>К.С. Ризаев, Д.Б. Туляганов, А.К. Содиков</i>	110
ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>У.У. Рузиев, К.Ш. Ходжаев, А.Н. Хасанов</i>	112
ЛАПАРОСКОПИК YONDASHUVNING QORIN BO'SHIG'I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASHDAGI O'RNI <i>Saydaliyev S.S., Saporxonov X.S., Haydarov N.S.</i>	113
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ <i>Р.И. Субхонкулов, Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, М.Х. Юлдошев, А.К. Алимов, А.Г. Пардаев</i>	115
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>Э.Г. Тагисой, И.Ф. Нейматов, М.О. Юсубов</i>	116
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН – ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ <i>Ш.А. Таджибаев, Б.Р. Исхаков, Э.К. Собиров, Ф.Ш. Абдурашидов, О.И. Нематуллаев</i>	117
ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ <i>Ш.А. Таджибаев, Э.К. Собиров, Ф.Ш. Абдурашидов</i>	118
СИГМАСИМОН ИЧАК БУРАЛИШИНИ РШТЁЙМНИНГ ЯНГИ УСУЛИ БЎЙИЧА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ <i>Д.Б. Туляганов, М.Х. Абдулахатов, Д.Т. Пулатов, Д.Э. Хошимов, М.А. Хомидов</i>	119
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ <i>Р.П. Тулаков, М.Н. Наврузов, Э. Арслонов, Б.Ж. Гелдиев, С.Э. Ачилов</i>	120

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ <i>Д.Э. Хошимов, Д.Б. Туляганов, Д.Т. Пулатов, М.Х. Абдулахатов, М.А. Хомидов</i>	120
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Б.А. Алиев, Д.Б. Туляганов, Ш.К. Атаджанов</i>	121
ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ <i>А.А. Улугмуратов, Б.А. Янгиев, Д.К. Нормуродов</i>	122
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ <i>Ш.Т. Ураков, Л.Р. Кенжаев, Ш.М. Абдурахманов, И.К. Саидов</i>	123
IMPROVED EFFECTIVENESS IN TREATING PATIENTS WITH ASCITS PERITONITIS CAN BE ACHIEVED THROUGH THE CREATION OF AN ERGONOMIC ANTIBIOTIC THERAPY PROGRAM <i>Urokov Sh.T., D.J. Komilov, L.R. Kenjayev, F.X. Ganjiev</i>	124
ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА НА МОДЕЛИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>К.С. Усманов, Р.А. Садилов</i>	125
КЛИНИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССОВ И ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ <i>Ш.М. Усмонов, Ч.М. Абдувалиева, Ш.К. Халилов, К.З. Кадилов, А.А. Абдужаббаров, З.Т. Сотволдиев</i>	126
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ <i>Ф.А. Хаджибаев, М.А. Хомидов, Д.Э. Хошимов, М.Х. Абдулахатов</i>	126
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, М.М. Пулатов, А.А. Байрамтаганов, Б.И. Шукуров, Р.А. Янгиев</i>	127
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА <i>А.М. Хаджибаев, А.Т. Хакимов, Б.И. Шукуров, М.А. Хомидов</i>	128
ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ <i>С.О. Тилемисов, Ф.А. Хаджибаев, Б.И. Шукуров, М.Б. Бозорбоев</i>	129
ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОЧКИ И ХАРАКТЕР СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ <i>А.Т. Эрметов, Ф.А. Хаджибаев, О.Ж. Ашуров</i>	130
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>У.Р. Мухитдинов, Ф.А. Хаджибаев, А.Г. Махамадаминов</i>	131
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>Ф.А. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, А.Б. Курбонов, А.Х. Темиров</i>	132
КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>У.Р. Мухитдинов, Ф.А. Хаджибаев</i>	133
МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМОМА МИРИЗЗИ <i>Ф.А. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, Ф.К. Гуломов, Ж.Н. Жураев</i>	134
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ <i>А.А. Хайдаров, Э.С. Саъдиев, У.О. Абидов, А.А. Расулов</i>	135
ЧАСТОТА ПОЧЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО КАТЕГОРИИ RACSН-1 <i>А.Э. Хайдаров, С.М. Мамасиддинов, Г.М. Хамраев, О.Э. Ильхомов</i>	135
USING OF BILATERAL INTERNAL THORACIC ARTERIES DURING CORONARY BYPASS GRAFTING IN SEVERE AORTIC LESIONS <i>Khalikulov Kh.G., Mansurov A.A., Akhmedov U.B., Murtazaev S.S., Khaydarov A.E., Khidirov D.F., Mirzaev Kh.A</i>	136
ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS: MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGICAL TACTICS <i>Khaydarov F.N., Kenjaev L.R., Abdurachmanov Sh.M.</i>	136

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	
<i>Д.М. Хакимов, А.К. Ботиров, У.Н. Бобаев, Б.Х. Абдулхаева</i>	137
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА	
<i>М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашуров, М.Р. Каримов, А.У. Жуманазаров</i>	138
АНТЕГРАДНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА	
<i>М.Ш. Хакимов, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов, Т.Э. Рахимзода, У.Ж. Турижанов</i>	139
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧРЕСКОЖНЫХ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА	
<i>М.Ш. Хакимов, С.У. Рахманов, В.Р. Хасанов</i>	139
НОВЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
<i>Ш.Х. Хашимов, Н.С. Садилов, Т.М. Кабулов, А.А. Зарипов</i>	140
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	
<i>Д.Э. Хошимов, М.Х. Абдулахатов, Д.Т. Пулатов</i>	141
БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЁПИҚ ЖАРОҲАТИНИНГ ЭРТА ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ МЕЗОНИ	
<i>С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов, А.А. Яриев, У.Х. Назаров, М.Э. Кувондилов, И.Х. Ашуров</i>	142
БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКАСИДА ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯНИНГ РОЛИ	
<i>С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов, А.А. Яриев, У.Х. Назаров, И.Х. Ашуров, М.Э. Кувондилов</i>	143
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯ СЫРДАРЬИНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП	
<i>У.И. Исантурдиев, С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов, И.П. Алманов, З.А. Абдурахманов, Т.А. Турсункулов</i>	144
ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	
<i>У.И. Исантурдиев, С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов, А.М. Ортиков, Т.А. Турсункулов</i>	145
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	
<i>И.Р. Хужамбердиев, А.Г. Мирзакулов, У.У. Абдуллаев</i>	146
ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ	
<i>И.Р. Хужамбердиев, Б.А. Худойбердиев, Б.Р. Исаков, Н.Б. Исаков, Д.А. Рашидов, Б.С. Робиддинов</i>	146
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕТЕНЦИОННЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ	
<i>М.Т. Хусанходжаева, Ф.А. Азимова, Ф.Т. Исмаилова, Д.С. Шадманова</i>	147
КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ	
<i>М.Т. Хусанходжаева, Ф.А. Азимова, Ф.Т. Исмаилова, Д.С. Шадманова</i>	148
СЛУЧАЕВ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	
<i>Ф.Х. Шаропов, А.Б. Мансуров</i>	148
EVALUATION AND TREATMENT OF CRYPTORCHIDISM	
<i>Sharopov F.Kh., Mansurov A.B., Haydarov F.N.</i>	149
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ОБСТРУКЦИЯХ МОЧЕТОЧНИКОВ	
<i>А.Т. Эрметов, О.П. Жураев, О.Ж. Ашуров</i>	149
НАРУЖНАЯ ФИКСАЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ	
<i>А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибаев, Ш.У. Султонов</i>	150
РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	
<i>А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибаев, М.О. Кобилов</i>	151
ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК	
<i>Т.Н. Юлдашев, Ш.Р. Бозорова</i>	152

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, И КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ <i>Ф.Р. Якубов, Д.Ш. Сапаев, К.Х. Хайитбоева, Б.М. Матниязов, Н.О. Маткурбонов, Ш.Ш. Шухратова</i>	153
РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ <i>Ф.Р. Якубов, Д.Ш. Сапаев, К.Б. Аллаберганов, Н.О. Маткурбонов, Ш.Ш. Шухратова</i>	154
USING OF HEARTSTRING SYSTEM DURING CORONARY BYPASS GRAFTING AT PATIENTS WITH SEVERE AORTIC LESIONS <i>Yarbekov R.R., Ismailov S.I., Khalikulov Kh.G., Murtsazaev S.S., Khaydarov A.E., Khidirov D.F., Mirzaev Kh.A.</i>	155
РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ САМОРАСШИРЯЮЩИМСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ СТЕНТОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Д.Ф. Давлетова, Ф.Р. Умаров</i>	156

III. ТРАВМЫ, ПОЛИТРАВМЫ, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ВЫБОР КОНФИГУРАЦИИ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ <i>Б.Р. Каримов, Э.Ю. Валиев, О.А. Ганиев, А.У. Норполвонов</i>	157
ОПЫТ ЭДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ <i>О.Э. Валиев, Э.Ю. Валиев, С.Д. Наубетов, Б.У. Абдурахманов</i>	159
ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ СТРУКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>О.А. Ганиев, Э.Ю. Валиев, А.У. Хасанов, Ж.Х. Мирзохидов</i>	161
ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>А.Дж. Исмаилов, Э.Ю. Валиев, Ш.М. Муминов</i>	162
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП <i>З.Р. Хасанов, Э.Ю. Валиев, Х.А. Тиляков</i>	163
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ <i>А.С. Яхёев, Э.Ю. Валиев, З.Р. Хасанов</i>	165
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМОРБИДНОСТИ НА ВЕРОЯТНОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛИТРАВМОЙ С УЧЕТОМ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ <i>Э.Ю. Валиев, Х.А. Тиляков</i>	166
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ВНУТРИФАСЦИАЛЬНЫЙ ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ В КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>А.Дж. Исмаилов, Э.Ю. Валиев, А.А. Сайпиев</i>	168
НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ <i>Э.Ю. Валиев, Х.А. Исаков</i>	169
ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ <i>Б.У. Абдурахманов, Э.Ю. Валиев, С.Д. Наубетов</i>	170
ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ КОНФИГУРАЦИЙ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НА СТЕРЖНЕВОЙ ОСНОВЕ <i>Б.Р. Каримов, Э.Ю. Валиев, А.А. Сайпиев, Х.А. Тиляков, О.А. Ганиев, А.У. Норполвонов</i>	171
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>Ж.Ю. Жаббаров, Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов, А.А. Сайпиев, И.Р. Садыков</i>	173

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Э.Ю. Валиев, А.А. Сайпиов, Ш.С. Отакулов, А.Б. Саибов</i>	174
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ <i>И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров, О.А. Исмаилов, У.А. Хайдаров, Ш.Т. Каримбаев, У.Б. Мадиев</i>	175
НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ КАК МИНИИНВАЗИВНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЯХ <i>И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров, А.А. Гуломов, У.А. Хайдаров</i>	176
ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЭНДОСКОПА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ <i>И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров, У.А. Хайдаров, А.А. Гуломов</i>	176
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ <i>И.А. Жиянов, С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров, Ш. Уринов, С.К. Ходжиев, Д.М. Мамадалиев, Ё.И. Дадабаева, Г.Т. Пулатов</i>	177
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА <i>Б.М. Исматов, У.А. Мамадиев, Н.А. Сайфуллаев, Д.Т. Олимов, С.А. Абдусаматов, Ш.О. Туйчиев</i>	177
ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ ЖАРОҲАТЛАРИДА МУЛЬТИСПИРАЛ КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ <i>Қосимов М.А., Тожибоев Б.А.</i>	178
ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ РАЗРЫВОВ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ <i>М.А. Косимов, Б.А. Тожибоев</i>	179
ОЦЕНКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ <i>А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов</i>	180
СТАНДАРТНЫЙ ПОДХОД К ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ <i>М.К. Махкамов, А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, Д.У. Исраилов</i>	180
ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕЙ КРАНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ НАРУШЕНИЯМИ ЛИКВОРОЦИРКУЛЯЦИИ <i>А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов</i>	181
МОНИТОРИНГ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ <i>К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев</i>	182
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАСТИЧНЫХ ТИТАНОВЫХ СТЕРЖНЕЙ <i>Н.Н. Толипов, Ф.А. Машарипов, С.Ю. Наврузов, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев, К.Ш. Салиев, Д.Д. Атаев</i>	182
ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ <i>Ф.А. Машарипов</i>	183
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАСТИЧНЫХ СТЕРЖНЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов, Д.Д. Атаев, А.А. Аскарлов</i>	185
ПОВРЕЖДЕНИЯ РОСТКОВЫХ ЗОН У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Ф.А. Машарипов, Р.А. Шералиев, Д.Д. Атаев, А.А. Аскарлов</i>	186
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ <i>Ф.А. Машарипов, К.Ш. Салиев, Р.А. Шералиев, Д.Д. Атаев</i>	187
ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ <i>А.Б. Сайдалиходжаев, Ф.А. Машарипов, Д.Д. Атаев</i>	188
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ <i>Т.Т. Ниязалиев, А.М. Махмуров, Э.М. Тилаев</i>	189
УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ (современные аспекты) <i>М.М. Ражабов, А.Ш. Муминов, М.А. Муминов, У.Р. Нарзуллаева</i>	189

ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТА НА КРУПНЫХ ЖИВОТНЫХ (СВИНЬЯХ) ПО ПРИМЕНЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО ПАКЕТА ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>У.А. Расулов, Р.А. Садилов, А.Х. Бабаджанов, К. Усманов</i>	190
ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ И МИННО-ВЗРЫВНЫЕ РАНЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>У.А. Расулов</i>	191
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ <i>А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов</i>	192
ВНУТРИСОСУДИСТАЯ КОРРЕКЦИЯ СОСУДИСТОГО СПАЗМА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ <i>В.Б. Саломов, У.В. Бафоев</i>	193
ЭКСТРЕННАЯ АУТОТЕНДОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ СУХОЖИЛИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Д.Б. Туляганов, Д.А. Худайназаров, Т.Р. Минаев, О.Н. Низов, Дж.Х. Давлатов, А.Б. Хакимов</i>	194
КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РАЗМОЗЖЕНИЯ И ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТКАНЕЙ <i>Д.А. Худайназаров, Д.Б. Туляганов, О.Н. Низов, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов, Дж.Х. Давлатов, Ш.Ш. Комилжонов</i>	195
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС <i>А.А. Уразбаев, Ж.Д. Уразбаев, Х.Р. Хударганов, А.Р. Джабберганов</i>	196
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ <i>Ж.Д. Уразбаев, А.А. Уразбаев</i>	196
БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ ДИАФИЗИДАН СИНИШЛАРИДА КАМИНВАЗИВ УСУЛЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ АФЗАЛЛИГИ <i>Усаров Х.Р., Ганиев М.А.</i>	197
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ <i>У.А. Хайдаров, С.А. Шарифбаев, И.А. Жиянов, З.И. Ашуров, К.А. Абдусаттаров, А.А. Гуломов, Н.Х. Усманов</i>	198
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ ПОЗВОНОЧНИКА <i>А.Т. Чулиев, Ж.Т. Назимов</i>	199
THE PARTICULARITIES OF BRAIN TRAUMA IN CHILD OF THE BREAST AGE <i>Sharifbaev S.A., Jiyanov I.A., Ashurov Z.I., Karimbaev Sh.T., Gulomov A.A., Madiev U.B.</i>	200
ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов, Т.С. Арзикулов</i>	202
ТЕХНИКА И ВНЕДРЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ ЗАКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ГИБКИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ СТЕРЖНЯМИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ <i>А.Т. Эрметов, Т.Т. Ниязалиев, Х.Р. Усаров</i>	203
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА <i>А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов, У.Б. Болтаев</i>	204
ТИЗЗА БЎҒИМИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЮҚОРИ ИННОВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ УСУЛЛАРИ ВА УЛАРНИНГ АФЗАЛЛИГИ <i>Эшбоев А.Т., Тўраев Ф.Т., Дўстқобилов Ў.Н., Хидиров Э.А., Нормуродов А.А.</i>	204
БОШ МИЯНИ ТЕШИБ ЎТУВЧИ ХАВФЛИ ТРАВМАСИДА МУВАФФАҚИЯТЛИ ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ <i>Эшбоев А.Т., Имомкулов С.Р., Тошқулов А.</i>	205
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ГРУДНО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>Н.Н. Юдашев, Д.А. Пирназаров</i>	206

К ВОПРОСАМ КОНСЕРВАТИВНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕРТЕБРО-СПИНАЛЬНЫХ ТРАВМ	
<i>Ш.С. Юлдашев, А.Ш. Шодиев, С.А. Аллазов, Р.М. Джалалов</i>	206

IV. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

PERIOPERATIVE USE OF LEVOSIMENDAN IN PATIENTS WITH SEVERE LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION UNDERGOING MYOCARDIAL REVASCULARIZATION	
<i>Abdusalom A. Abdurakhmanov, Shaxboz Abduganiev, Shaxboz Buranov, Farhod Mamataliev, Saidjalol Tursunov, Danyar Toxtarbaev</i>	208
OFF-PUMP TO ON-PUMP CONVERSION DURING BEATING HEART CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY	
<i>Abdusalom A. Abdurakhmanov, Shaxboz Buranov, Farhod Mamataliev</i>	208
COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIO IN ASSESSMENT OF THE LATE OUTCOME AFTER OPCAB	
<i>Abdusalom A. Abdurakhmanov, Shaxboz Buranov, Farhod Mamataliev</i>	209
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ПОДГОТОВКЕ К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	
<i>Ш.А. Абдуганиев, А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд</i>	209
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	
<i>Д.Э. Абдужабборов, Б. Казаков</i>	210
НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ХОЛИНА	
<i>У.А. Абдуллаева, М.Г. Туйчиева, У.А. Матхаликова, И.М. Сохибоев</i>	210
ЮРАК АУСКУЛЬТАЦИЯСИ УСУЛИНИНГ ҲОЗИРГИ КУНДАГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТДАГИ ЎРНИ (КОРРЕЛЯЦИОН ТАҲЛИЛ)	
<i>Абдурахманов А.А., Тохтарбаев Д.Б., Шакаров Ш.Б.</i>	211
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ	
<i>А.А. Азимов, Ш.О. Абдувалиева</i>	212
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ	
<i>А.А. Азимов, Ш.О. Абдувалиева</i>	213
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАТАМНЕСТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У ПАЦИЕНТОВ С И БЕЗ COVID-19 В АНАМНЕЗЕ	
<i>Азимов А.А.</i>	214
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ ПЕРФУЗИИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	
<i>У.Б. Ахмедов, Н.М. Джураева, Х.Г. Халикулов, Ф.Х. Кенжаев, Д.А. Чернов, Х.А. Мирзаев</i>	50
ЗНАЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ ПРИ ВАСКУЛИТАХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ	
<i>Е.Н. Воркель, М.В. Черкасова, Т.М. Решетняк</i>	60
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ И ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	
<i>Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов, С.П. Эргашев</i>	71
ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ – КРАЕУГОЛЬНЫЙ КАМЕНЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ	
<i>Е.Г. Скородумова, Е.А. Скородумова, А.В. Сиверина</i>	114
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
<i>А.К. Эргашев, Д.А. Алимов, Р.П. Туляков</i>	216
ВОЗМОЖНОСТИ ИНВАЗИВНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	
<i>С.Б. Турсунов, Д.А. Алимов, Б.Ш. Алимханов, С.М. Джафаров, М.М. Бахадирханов, Х.Ф. Мирзакаримов</i>	217

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ <i>М.И. Хайдаров, Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.М. Джафаров, Ш.Ш. Аскарлов</i>	218
БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ ПО ТЕХНИКЕ INOUE У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ <i>Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, М.И. Хайдаров, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.М. Джафаров, Ш.Ш. Аскарлов</i>	219
ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОИМ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Ш.Ш. Аскарлов, М.И. Хайдаров</i>	219
ИВ НА АОРТОКОРОНАРНЫХ ШУНТАХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, М.М. Хайдаров, Ш.Ш. Асакаров</i>	220
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА <i>Р.П. Туляков, Д.А. Алимов, А.К. Эргашев</i>	220
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ИХ РЕЦИДИВОВ <i>Д.Р. Алимов, А.К. Исмаилов</i>	221
ОЦЕНКА УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ <i>А.Л. Аляев, А.Я. Латипов</i>	222
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>М.А. Аминов, Б.К. Уринбоев, И.С. Ашуров, М.Т. Тожиев</i>	223
ОСЛОЖНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>М.А. Аминов, И.С. Ашуров, Б.К. Уринбаев, О.И. Кузиев</i>	224
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ: ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ <i>М.А. Аминов, Б.К. Уринбаев</i>	225
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИБС С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ <i>С.А. Бабаджанов, В.М. Им, М.А. Султанов, М.М. Умаров, С.Т. Камалов</i>	225
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРЕЙШЕГО И ОСТРОГО ПЕРИОДОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА БОЛЬНЫХ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПО ЛИНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов, О.В. Аблязов, С.У. Турсунов</i>	226
АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИИ СРОКОВ, ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОДТИПАМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов, С.Б. Турсунов, Ж.А. Назарова</i>	228
К ВОПРОСУ О МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ СОСУДОВ МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ <i>М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов, Ш.Т. Носиров, М.А. Вохидов, С.Н. Гуломитдинов, А.А. Анваров, М.М. Махмудов</i>	229
ЮРАК РИТМИ ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ БУЗИЛИШИНИ АСОСИЙ НОЗОЛОГИЯ ВА АСОРАТ СИФАТИДА ТАРКИБИ ВА АНТИАРИТМИК ПРЕПАРАТЛАРНИНГ Қўлланилиши <i>Д. Т. Гиясов, Г. Н. Ибрагимова, А.С. Исомиддинов</i>	230
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТИКОЛИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ <i>А.А. Дадахужаев, А.К. Пулатов, Д.А. Сайдалиев</i>	231
РОЛЬ ДИФфуЗИОННО-ТЕНЗОРНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Н.М. Джураева, А.И. Икрамов, Х.В. Абдухалимова</i>	232
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ И АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Ж.И. Дусалов</i>	233
РОЛЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Ж.И. Дусалов</i>	233

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГЕНАМИ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА, КОДИРУЮЩИМИ ВАРИАНТЫ T174M И M235T ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ В НАВОИЙСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Б.З. Жалолов, Ш.Ж. Турсунов, А.А. Турниязов</i>	234
ИЗМЕНЕНИЕ ГЕНОТИПОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗОНЕ С АРИДНЫМ КЛИМАТОМ <i>Б.З. Жалолов, Д.С. Нурматов</i>	235
ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ ПАЦИЕНТАМИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА В УСЛОВИЯХ АРИДНОГО КЛИМАТА <i>Б.З. Жалолов, А.А. Турниязов</i>	235
ВЛИЯНИЕ АРИДНОГО КЛИМАТА НА ЧАСТОТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>А.А. Турниязов, Б.З. Жалолов</i>	236
СЕЗОННЫЕ ВАРИАЦИИ ЧАСТОТЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА В АРИДНЫХ ЗОНАХ <i>Ш.Ж. Турсунов, Б.З. Жалолов</i>	237
ВЛИЯНИЕ УРБАНИЗАЦИИ В АРИДНЫХ ЗОНАХ НА ЧАСТОТУ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Д.С. Нурматов, Б.З. Жалолов</i>	237
РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>М.М. Зуфаров, Н.К. Махкамов, Ж.О. Анваров, С.А. Бабаджанов, В.М. Им</i>	238
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Р.А. Ибадов, Х.П. Алимова, А.А. Юнусов, С.Х. Ибрагимов</i>	239
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ <i>Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова, Х.К. Абдуллаев</i>	240
ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ, ПРОГНОСТИЧЕСКИ ВЛИЯЮЩИХ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ <i>Д.П. Изюмов, Г.А. Изюмова, Х.К. Абдуллаев, Б.С. Худайберген</i>	240
РЕНТГЕН И КОМПЬЮТЕРНО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПНЕВМОНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ <i>А.И. Икрамов, Д.С. Ярмухамедова, М.М. Низамова, М.А. Юлдашева, Т.Г. Бородавко</i>	241
РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПРИ КРИТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА <i>В.М. Им, С.К. Хамдамов, М.М. Умаров</i>	242
ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>А.С. Исомиддинов, Д.Т. Гиясов, Г.Н. Ибрагимов</i>	242
УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ АРИТМИИ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ИБС <i>А.С. Исомиддинов, Г.Н. Ибрагимов, Д.Т. Гиесов, Ш.Ш. Исокжонов</i>	243
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Ш.И. Каримов, А.А. Юлбарисов, Х.К. Алиджанов, А.А. Джалилов, У.Ж. Турижонов</i>	244
ИШЕМИК ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ШИННИНГ ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИС КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ <i>Кенжаев С.Р.</i>	244
INFLUENCE OF LOADING DOSES OF ATORVASTATIN ON THE LIPID PROFILE INDICATORS AND ON MYOCARDIAL STUNNING AREAS IN STEMI <i>Kenjaev S.R., Azimov A.A., Latipov N.M., Kayirov A.K., Latipov F.F.</i>	245
РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЯМИ ХОБЛ <i>А.К. Койиров, К.Р. Мирхайдаров, У.Ш. Яхшибаев, Ф.У. Махмудов, Ё.Э. Туропов, Г.Х. Шарафитдинова</i>	246
ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>А.К. Койиров, Х.М. Турсунов, С.Р. Кенжаев, К.Р. Мирхайдаров, Ф.У. Махмудов, У.Ш. Яхшибаев</i>	246
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ <i>А.К. Койиров, У.Ш. Ганиев, А.А. Азимов, М.У. Саидова, Д.Э. Абдужабборов, Ш.У. Бобокулов</i>	247
РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>А.Д. Кутлымуратов, А.Э. Серуков</i>	247

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>И.Т. Мадумаров, А.М. Кучкаров, Т.А. Абдусаттаров</i>	249
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов</i>	249
INVESTIGATING SUSPECTED PULMONARY EMBOLISM IN HEALTHY PREGNANT PATIENTS IN ED <i>Athar Ali Mohammed</i>	250
РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ <i>Ш.Р. Мубараков, К.Т. Бобоев</i>	250
АНАЛИЗ ЦИРКАДНОГО ИНДЕКСА И КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ИБС, ЛЕЧЕННЫХ БАБ, ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ <i>Ф.З. Муйдинова, Г.А. Рузиева, Ю.А. Рахманова, З. Маъсудова</i>	251
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Б.Ф. Мухамедова, Д.Э. Абдужабборова</i>	252
ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ ЎТКИР ДАВРИДА БЕМОРЛАРДА ИММУНИТЕТ ҲОЛАТИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Нарзуллаев Н.У., Шомуродов Х.Ш., Умарова М.Н.</i>	253
МЕХАНИЧЕСКАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ СТЕНТ-РЕТРИВЕРОМ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Ш.Т. Носиров, Х.М. Турсунов, М.М. Бахадирханов, С.Б. Турсунов, М.А. Вохидов, С.Н. Гуломитдинов, А.А. Анваров, М.М. Махмудов</i>	253
НЕГАТИВНЫЕ ФАКТОРЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Ш.Т. Носиров, Х.М. Турсунов, М.М. Бахадирханов, С.Б. Турсунов, М.А. Вохидов, С.Н. Гуломитдинов, А.А. Анваров, М.М. Махмудов</i>	254
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ОКСИДАТИВНЫМ СТРЕССОМ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ <i>Т.С. Нурматова, М.М. Ортиков, Ш. Абдусаматова</i>	255
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Т.С. Нурматова, М.М. Ортиков, Ш. Абдусаматова.</i>	256
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ <i>О.А. Обейд, А.А. Абдурахманов, О.С. Султанов</i>	256
ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ДИСТОНИЯ СИНДРОМИНИ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Очилова Ҳ.Р., Муратов Ф.Ҳ.</i>	257
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ <i>Ш.Ф. Рамазанов, С.С. Пулатов, О.Н. Высогорцева</i>	258
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>М.Ш. Рофеев, Г.Т. Маджидова, Г.И. Суннатова, Д.Д. Хайдарова</i>	259
ЭРТА РЕВМАТОИД АРТРИТ ВА РИВОЖЛАНГАН РЕВМАТОИД АРТРИТИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ҚЎЛ ПАНЖАЛАРИНИ МРТ ДА СОЛИШТИШ НАТИЖАЛАРИ <i>Сафаров У.Б.</i>	259
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦИТИКОЛИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ <i>П.Н. Сейтмуратов, Х.А. Азимов, М. Абдикаримова</i>	260
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ <i>Е.А. Скородумова, В.А. Костенко</i>	261
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Ш.Ш. Солижанов, А.С. Исомиддинов, Д.Т. Гиясов</i>	262

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Ф.Н. Таджиева, Г.Т. Маджидова, Г. И. Суннатова, Д.Д. Хайдарова</i>	262
ЦЕПЬ ВЫЖИВАНИЯ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: ЭВОЛЮЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ В XXI ВЕКЕ <i>В.М. Теплов, Е.А. Карпова, Д.М. Прасол, Е.А. Романова</i>	263
ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ КАРДИОМАССАЖЕРА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА «КАРДИОРОБОТ» <i>В.М. Теплов, Д.М. Прасол, Е.А. Романова, В.В. Коломойцев</i>	264
ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>С.Б. Турсунов, Х.А. Олимов, И.А. Убайдуллаев</i>	264
ПОКАЗАТЕЛИ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ФОНЕ ВЫСОКИХ ДОЗ РОЗУВАСТАТИНА <i>Ш.М. Убайдуллаева, Б.А. Аляви, Ф.Ф. Латипов</i>	265
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОТЛОЖНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ЦИАНОТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА <i>М.М. Умаров, В.М. Им, М.Ж. Журалиев</i>	265
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭДАРАВОН ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Н.Т. Умарова</i>	266
RSHTYIM SAMARQAND FILIALIDA 2019–2021-YILLARDA BOSH MIYA QON AYLANISHINING BUZILISHIDAN VAFOT ETGAN BEMORLARNI QIYOSIY TAQQOSLASH <i>Uraqov N.A., Umarov Sh.B., Muqimov A.A.</i>	267
СТЕНОЗСИЗ КОРОНАР ҚОН ТОМИРЛАРДА Қ ТИШЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР <i>Ўролов Ш.С., Мухамедова Б.Ф., Турсунов С.Б., Рўзикулова М.Р.</i>	268
ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ДИСЛИПИДЕМИЯНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Ғамтмиев Н.Б.</i>	268
MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN GASTRODUODENAL COMPLICATIONS IN SEVERE BURNED PATIENTS <i>Fayazov A.D., A.I. Akhmedov</i>	269
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (БЕЗ СЕГМЕНТА ST) У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА <i>Д.К. Хайдаров, С.Н. Абибуллаев, Ш.К. Мансуров</i>	270
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ИЗ МИНИ-ДОСТУПОВ <i>Х.Г. Халикулов, Р.Р. Ярбеков, У.Б. Ахмедов, Ф.Х. Кенжаев, Д.Ф. Хидиров, Х.А. Мирзаев</i>	271
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ МОБИЛИЗАЦИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ЛОСКУТНЫМ И СКЕЛЕТИРОВАННЫМ МЕТОДАМИ <i>Х.Г. Халикулов, А.А. Мансуров, Р.Р. Ярбеков, У.Б. Ахмедов, С.С. Муртазаев, А.Э. Хайдаров, Д.Ф. Хидиров, Х.А. Мирзаев</i>	271
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Б.Б. Хамрашаев, Ж.Х. Ахоров</i>	272
АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ <i>Б.Б. Хамрашаев, Ж.Х. Ахоров</i>	273
ASSESSMENT OF MARKERS OF IMMUNE INFLAMMATION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT A YOUNG AGE <i>Khasanjanova F.O., Nizamov H.S., Pulatov S.S., Abdukhalikov A.A., Istamova S.S.</i>	273
ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕЙРОПАТИЯХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Н.А. Ходжаева, Н.С. Алиева</i>	274
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЯНТАСОЛА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ <i>Н.А. Ходжаева, Д.Ю. Каримова</i>	275
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КСАВРОНА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Н.А. Ходжаева</i>	275

АНАЛИЗ ЛОКАЛИЗАЦИИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>З.Б. Холмуродова, Ж.И. Собиров, А.Э. Расулов, У.И. Азизов</i>	276
TURLI PSIXOEMOTSIONAL FONGA EGA BO'LGAN ARTERIAL GIPERTONIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA NEBIVOLOL BILAN ANTIGIPERTENZIV TERAPIYANING SAMARADORLIGI <i>Xudoyberdiyev S.S., Soatmurodov SH.N., Raxmatov N.K., Amirov R.K.</i>	277
BOSH MIYADA QON AYLANISHINING O'TKIR BUZILISHLARI HAMDA BOSH MIYA HAJMLI HOSILASI ANIQLANGAN BEMORLARDA HIQICHOQ XURUJLARINI BARTARAF QILISH <i>Xudoyberdiyev S.S., Nurullayev N.N., Elmurodov M.K., Aripova M.A., Xudoyberdiyev A.A., Muxammadjonov O.A., Nishonov R.T.</i>	277
ТЕРАПЕВТИК РЕАНИМАЦИЯДАГИ ОҒИР ҲОЛАТДА ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ИККИЛАМЧИ АСОРАТ СИФАТИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР БРОНХОПНЕВМОНИЯ, АСПИРАЦИОН ПНЕВМОНИЯ, ГИПОСТАТИК ПНЕВМОНИЯ, ЭНДОТРАХЕОБРОНХИТЛАРДА БРОНХОСКОПИЯ ВА НЕБУЛАЙЗЕРТЕРАПИЯНИ ҚўЛЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ <i>Худойбердиев С.С., Нуруллаев Н., Арипова М., Арзикулова М.П., Мухаммаджонов О.А., Худойбердиев А.А.</i>	278
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИМОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА <i>Н.З. Хушбаков, Ш.Б. Парманова</i>	278
ВЛИЯНИЕ ТЕЛМИСАРТАНА НА ГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>А.Т. Эрметов, Н.Б. Маматкулова, А.З. Кодиров</i>	279
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КЕТОАЦИДОЗОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА <i>А.Т. Эрметов, М.М. Маматов, Г.Т. Абдусаматова</i>	280
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА <i>Ш.М. Алиев, Ж.Н. Комилжонов, О.Р. Мучиашвили, Л.А. Пулатов, Р.М. Матанов, Э.Д. Назаров</i>	37
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОРОКАМИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПАТОЛОГИЕЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Ш.М. Алиев, Р.М. Матанов, Л.А. Пулатов, О.Р. Мучиашвили, Ж.Н. Комилджонов</i>	38
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ ПО СТЭНФОРДУ ТИП А <i>Ш.М. Алиев, Л.А. Пулатов, С.А. Салиева, О.Р. Мучиашвили, Ж.Н. Комилджанов, Р.М. Матанов, Э.Д. Назаров</i>	39
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ <i>У.Б. Ахмедов, А.А. Мансуров, Х.Г. Халикулов, Н.М. Джураева, С.С. Муртазаев, А.Э. Хайдаров, Ф.Х. Кенжаев, Д.Ф. Хидиров</i>	49
ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ <i>Б.А. Янгиев, Д.Ю. Ахмедова, З.Б. Турсункулова, А.А. Махамматов</i>	298
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ <i>М.Б. Алибекова, С.Р. Рахимова, Г.Х. Исмагилова</i>	36
МЕЖПОЛУШАРНАЯ ЭМПИЕМА ГОЛОВНОГО МОЗГА РИНОСИНУСОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>З.И. Ашуров, С.А. Шарифбаев, И.А. Жиянов, А.А. Гуломов, И.А. Отабаев, А.М. Бокиев, Ш.С. Солижанов, К.А. Абдусаттаров, Н.А. Рахимов</i>	157
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕГО НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ В ЖЕЛУДОЧКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>С.А. Шарифбаев, З.И. Ашуров, И.А. Жиянов, А.М. Бокиев, Ш.Т. Каримбаев, И.И. Отабаев, Ж.И. Рузматов, Н.А. Рахманов, Н.Н. Рахимов</i>	201

V. ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ И ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ. ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК

ОРТОТОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ <i>М.М. Акбаров, Р.А. Ибадов, А.Х. Бабаджанов, Т.А. Джанбеков, А.Ю. Попово, Р.Р. Байбеков, М.М. Мирolimов, А.А. Усманов, Н.Р. Раззаков</i>	281

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ГЕПАТОТРАНСПЛАНТАЦИИ	
<i>А.Х. Бабаджанов, Э.К. Тургунбаев, С.А. Султанов, Р.Р. Байбеков, С.М. Шарифжонов</i>	281
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОБЪЕМНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ КТ ПЕЧЕНИ РОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ И РЕЦИПИЕНТОВ НА ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПАХ	
<i>Н.М. Джураева, А.И. Икрамов, А.Т. Амирхамзаев, Н.Т. Вахидова, Х.В. Абдухалимова, Х.И. Шамирзаев, А.Т. Султанов, Д.Х. Хурсанова, С.Х. Магзумова, А.Ш. Убайдуллаева, У.Т. Исроилов, З.Д. Миртаджиева</i>	282
АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ	
<i>А.М. Есаян</i>	283
СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	
<i>С.И. Исмаилов, Ф.Г. Назиров, А.Х. Бабаджанов, С.А. Султанов</i>	285
RESULTS OF LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION IN ACADEMICIAN V. VAKHIDOV REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY	
<i>Ismailov S.I., Babadzhanov A.Kh., Akbarov M.M., Popov A.Yu., Baybekov R.R., Usmanov A.A., Turgunbaev E.K.</i>	286
ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА	
<i>А.А. Исмаилов</i>	286
РОЛЬ УРОВНЯ АММИАКА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	
<i>А.К. Койиров, Н.Х. Шарипов, К.Р. Мирхайдаров, Ф.У. Махмудов, У.Ш. Яхшибаев, Ш.У. Бобокулов</i>	287
МОНИТОРИНГ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
<i>Х.Н. Мухитдинова, Р.Н. Акалаев, Г.З. Арипходжаева, Д.П. Тургунова</i>	287
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK (ESP) У ДОНОРА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК	
<i>Л.А. Назырова, З.Ж. Реймназарова, И.Т. Аблялимов</i>	288
ОПЫТ УРГЕНТНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
<i>И.А. Поршенников, В.Н. Павлик, Е.Е. Щёкина, Е.Г. Юшина, М.А. Коробейникова, И.С. Кондратьев, А.Ю. Быков</i>	289
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ	
<i>С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова, А.А. Мустакимов</i>	290
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХОЛАНГИОЦИТОВ В БЕССИМПТОМНОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА	
<i>В.И. Решетняк, И.В. Маев</i>	291
УДВОЕНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	
<i>Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Л. Ким, Д.Н. Эргашев, А.А. Исмаилов, Б.А. Базаров, К.Н. Саидова</i>	294
БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ, ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	
<i>Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Ким Д.Л., Исхаков Н.Б., Садиков Р.К., Джураев Ж.А., Исмаилов А.А.</i>	295
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ В ПРОГНОЗЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОТ ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	
<i>З.Р. Хайбуллина, А.Х. Бабаджанов, Э.К. Тургунбаев, Р.Р. Байбеков</i>	296

VI. ВОПРОСЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ. АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКСМЕТОМИДИНА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ	
<i>А.А. Абдулхамидов, Х.А. Махмудов</i>	300
ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ	
<i>А.С. Ачилов, Ф.А. Очилов, Б.А. Мустафакулов</i>	300

АНЕСТЕЗИЯ С НИЗКИМ И МИНИМАЛЬНЫМ ПОТОКОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ <i>С.М. Бегалиев, В.Я. Ким</i>	301
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИСХОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА <i>С.Х. Ибрагимов, Р.А. Ибадов</i>	302
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП <i>Ш.М. Йулдашев, Д.Р. Умаров, Г.Х. Аббосхонов, А.А. Абдулхамидов</i>	303
МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Н.Б. Намазова</i>	303
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ <i>В.Г. Пасько, В.В. Бояринцев, С.В. Журавлев, Д.Е. Кутепов, Д.В. Момот</i>	304
ПРОВЕДЕНИЕ РЕКРУТМЕН-МАНЕВРА ПОД КОНТРОЛЕМ ТРАНСПУЛЬМОНАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Д.М. Сабиров, А.Л. Росстальная, Х.Х. Дадаев, А.У. Тахиров</i>	305
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Д.М. Сабиров, А.Л. Росстальная, Х.Х. Дадаев, А.У. Тахиров</i>	306
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>У.Р. Усмонов, Ф.О. Кудратов</i>	307
ПРОТОКОЛ ERAS В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ <i>В.Х. Шарипова, К.Ш. Бокиев</i>	307
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТОКОЛА ERAS <i>В.Х. Шарипова, К.Ш. Бокиев</i>	308
БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИДА РЕЦИПИЕНТЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ МАҚСАДИДА РЕГИОНАР АНЕСТЕЗИЯ УСУЛЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ <i>Шарипова В.Х., Сиябаев Ф.Х., Алимов А.Х., Султанов П.К.</i>	309
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА В ОРИТ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>И.И. Акбаров, Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов</i>	33
ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛИНАСТАТИНА ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Ж.Б. Мирахмедов, Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов</i>	89
ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ <i>Дж. Н. Гаджиев, Э.Г. Тагисой, З.Б. Гаджи-заде, Дж. Н. Гаджиев (мл.)</i>	61
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ <i>Р.А. Ибадов, С.П. Эргашев, С.Х. Ибрагимов</i>	70
ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИЦИДНОГО РЕЦИРКУЛЯТОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТАФИЛОКОККОВОГО ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ <i>Ф.Р. Шакаров, Л.И. Исаева, Б.Х. Тожиев</i>	297
СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕПСИСА У ТЯЖЕЛОПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ <i>П.Н. Рузиев, Ф.П. Набиев, Р.Ф. Ахмедов</i>	111
ФАССИАЛЬНАЯ БЛОКАДА МЫШЦЫ, ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ, ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КОСТЯХ ТАЗА <i>В.Х. Шарипова, И.В. Фокин</i>	200
ПРОКАЛЬЦИТОНИН-ПРЕДИКТОР БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ <i>Л.И. Исаева</i>	284
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПРЕСЕПСИНА НА ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Г.Ш. Хамраева, Ш.К. Разикова, С.Н. Азимова</i>	297

VII. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ И ОЖГОВЫХ ТРАВМАХ

ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЯДАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН <i>Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий</i>	311
ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИДА ТОКСИКОЛОГИК ПАРАСУИЦИДЛАРНИ ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АЛГОРИТМИ <i>Акалаева А.А.</i>	312
ВАРИАНТЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ МЕТАНОЛОМ, ПО ДАННЫМ СКТ <i>А.М. Антонова, А.Н. Лодягин, С.В. Кузнецов, Б.В. Батоцыренов, Д.Ю. Климанов</i>	313
ВАРИАНТЫ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ МЕТАНОЛОМ ПО ДАННЫМ СКТ <i>А.М. Антонова, А.Н. Лодягин, С.В. Кузнецов, Д.Ю. Климанов</i>	314
ЛУЧЕВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ <i>А.М. Антонова, А.Н. Лодягин, Ч.Б. Батоцырёнов</i>	315
ИЗМЕНЕНИЕ СВЯЗИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТОКСИКОЗА НА ФОНЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ <i>Ю.С. Гольдфарб, А.Н. Ельков, А.В. Бадалян, М.М. Поцхверия, Е.Е. Биткова</i>	316
ИЗМЕНЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭНДОТОКСИКОЗА НА ФОНЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ <i>Ю.С. Гольдфарб, А.Н. Ельков, А.В. Бадалян, М.М. Поцхверия</i>	317
ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ПРОДУКТОВ У ОБОЖЖЕННЫХ <i>Е.В. Зиновьев</i>	318
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ <i>У.Р. Камиров, А.Д. Фаязов, М.М. Нарзиев, С.И. Шукуров, У.Х. Абдуллаев, Д.Ж. Шамшетов</i>	319
ТАЖРИБАДА КУЙИШ ЖАРОҲАТИНИ ОЛГАН КАЛАМУШЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШДА ҚАЛИНЛИГИ 40–50 МИКРОН БЎЛГАН «НАНОДЕРМ» ИМПЛАНТ-ПЛЁНКАСИНИНГСАМАРАДОРЛИГИ <i>Мирхайдаров М.М., Убайдуллаева В.У., Фаязов А.Ж., Камиров У.Р.</i>	320
ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОТОКСИКОЗА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА <i>Х.Н. Мухитдинова, У.Х. Абдуллаев, А.Д. Фаязов, У.Р. Камиров, Б.Н. Холмуродов, Х.М. Туйев</i>	321
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ: ЧТО ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ВАЖНО? <i>И.Ю. Саматов, Р.И. Селиверстов, Д.Н. Востриков, В.И. Дудин, Д.П. Коновалов, О.А. Никишина, Е.И. Верещагин</i>	322
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА <i>Б.С. Суюнов</i>	323
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ <i>Д.Б. Туляганов, В.У. Убайдуллаева, А.Д. Фаязов, У.Р. Камиров</i>	324
КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШДА ВАҚТИНЧАЛИК ЯРА ҚОПЛАМАЛАРИНИ ҚЎЛЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ <i>Фаязов А.Д., Мирхайдаров М.М., Камиров У.Р., Юнусов Х.Э.</i>	324
ЧАСТОТА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПУТИ ИХ СНИЖЕНИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>А.Д. Фаязов, У.Р. Камиров, Д.А. Рузимуратов, Б.Н. Холмуродов</i>	325
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>А.Д. Фаязов, А.И. Ахмедов, У.Р. Камиров</i>	326

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>А.Д. Фаязов, М.М. Нарзиев, У.Р. Камилов, С.И. Шукуров, Р.С. Ажиниязов</i>	327
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК С КОЛЛАГЕНОМ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, А.Д. Фаязов, О.С. Чарышникова, У.Р. Камилов, Н.А. Циферова, А.А. Стопницкий, Д.А. Исмаилов</i>	328
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМ ЦИТОХРОМ P450 И ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ КАК ФАКТОР ТЯЖЕСТИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ <i>А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов, М.К. Саидова, Д.А. Далимова, Ш.Н. Ибрагимова</i>	329
СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА <i>Б.Н. Холмуродов, А.Д. Фаязов, Ф.О. Темиров</i>	330
КАУСТИК СОДА БИЛАН ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИБ ЗАҲАРЛАНИШ <i>Хонбабаева Р.Х.</i>	331
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ <i>С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков, Г.Л. Мамадалиева, Б.А. Тошмуродов, А.А. Холжигитов</i>	332
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ <i>С.С. Худайбердиев, Б.М. Узаков, Г.Л. Мамадалиева, Б.А. Тошмуродов, А.А. Холжигитов</i>	333
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЯ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ <i>Л.Ш. Шевкетова, А.Э. Хаджиматов, Т.Н. Хошимов, А.У. Ахмаджонов, М.Э. Каримов</i>	334
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ <i>Л.Ш. Шевкетова, А.У. Ахмаджонов, З.Н. Юлдашев, Б.Г. Хожалиев, Э.И. Турсунов, У.Т. Тоирова</i>	335
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ <i>Л.Ш. Шевкетова, У.Т. Тоирова, З.Н. Юлдашев, Б.Г. Хожалиев, Э.И. Турсунов, Б.М. Аллаев</i>	336
КЕНГ ВА ЧУҚУР КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА АЛЛОТЕРИ ПЛАСТИКАСИНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Янгиев Б.А., Хакимов Э.А., Ярматов К.Э., Хайитов Л.М., Хакимова Н.А., Абдухалилов М.Э., Қарабаев Ж.Ш.</i>	337
КОРРЕКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>А.А. Стопницкий, Р.Н. Акалаев, А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, М.К. Саидова</i>	292
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ <i>А.А. Стопницкий, О.Н. Хусенов</i>	293

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM ILMIY MARKAZI
O'ZBEKISTON SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM VRACHLARI ASSOTSIATSIYASI**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА**

**«Shoshilinch tibbiy yordamni tashkil qilishning dolzarb muammolari:
SHOSHILINCH TIBBIYOTDA KRITIK HOLATLAR.
PATOGENEZ, DIAGNOSTIKA VA INTENSIV DAVOLASH MASALALARI»
XIX Respublika ilmiy-amaliy anjumani
MATERIALLARI
2024-yil 10-11-oktyabr
Xiva sh.**

**МАТЕРИАЛЫ
XIX Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.
ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ»
10-11 октября 2024 года,
г. Хива**

*Muharrirlar: L. Babayeva, T. Mirzayev
Rassom-dizayner B. Zufarov
Texnik muharrir L. Xijova
Kompyuterda sahifalovchi G. Qulnazarova*

Nashriyot litsenziyasi AI № 158. 14.08.2009.
Bosishga 2024-yil 17-sentyabrda ruxsat etildi. Bichimi 60×84¹/₈.
Ofset bosma. «Melovannaya» qog'ozi. Shartli bosma tabog'i 41,85.
Nashr tabog'i 54,14. Adadi 150 nusxa. Buyurtma № 24-441.

«O'zbekiston» nashriyot-matbaa ijodiy uyi.
100011, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30.

Telefon: (371) 244-87-55, 244-87-20
Faks: (371) 244-37-81, 244-38-10.
e-mail: uzbekistan@iptd-uzbekistan.uz
www.iptd-uzbekistan.uz