



Министерство здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан



ГОУ «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ: ОТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

30 мая 2026 года
г. Душанбе



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН



ГОО «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

**ДУРНАМОИ РУШДИ ЧАРОҶИИ МУОСИР:
АЗ РАВИШҶОИ ИНФИРОДӢ ТО ҲАМГИРОИИ
БАЙНИСОҶАВӢ**

Маъодҳои конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ

**ПЕРСПЕКТИВЫ СОВРЕМЕННОЙ
ХИРУРГИИ: ОТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО
ПОДХОДА К МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ
ИНТЕГРАЦИИ**

Материалы республиканской научно-практической конференции

**HORIZONS IN MODERN SURGERY: FROM A
PERSONALIZED APPROACH TO
INTERDISCIPLINARY INTEGRATION**

Abstracts of republican scientific and practical conference

30/05/2026

Душанбе (Dushanbe)

УДК 617(063)
ББК 54.5я43
С 27

«Перспективы современной хирургии: от персонализированного подхода к междисциплинарной интеграции». Материалы Республиканской научно-практической конференции (Душанбе, 30 мая 2026 г.). – Душанбе: ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», 2026. – 134с

В сборнике опубликованы материалы конференции, посвященные инновационным направлениям и перспективам развития хирургической практики. В центре внимания авторов находятся вопросы перехода от традиционных методов оперативного вмешательства к персонализированной медицине, учитывающей индивидуальные особенности каждого пациента. Подчеркивается, что в современных реалиях достижение наилучших клинических результатов неразрывно связано с междисциплинарной интеграцией и комплексным подходом на всех этапах хирургического лечения.

© ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».2026г.

Организационный комитет конференции	
Абдуллозода Дж.А.	Председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Мухиддин Н.Д.	Заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Икромии Т.Ш.	Заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и инновациям ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Члены организационного комитета	
Юсуфи С.Дж.	Первый заместитель министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ, академик НАНТ, д.фарм.н., профессор
Ашуриён Ш.С.	Начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, д.м.н.
Додхох Дж.С.	Проректор по учебно-методической работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Хусейнзода З.Х.	Проректор по лечебной работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Ахрориён З.А.	Проректор по воспитательной работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент
Каландарзода Ё.К.	Проректор по хозяйственно - административной части ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.б.н., доцент
Табариён Б.С.	Директор ГУ «Научно-исследовательский институт фундаментальной медицины», д.м.н., профессор
Зарифи Н.А.	Руководитель службы ректора, доктор PhD
Назарзода Х.Н.	Начальник отдела международного сотрудничества, доктор PhD
Абдуллозода С.М.	Начальник учебно-методического управления, д.м.н., доцент
Сафаров Б.И.	Начальник управления развития кадров, к.м.н.
Махмудзода Х.Р.	Директор центра стратегического развития и менеджмента, к.м.н., доцент
Али-Заде С.Г.	Начальник отдела науки и инноваций, ответственный секретарь, к.м.н., доцент
Неъматзода О.	Начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
Саидзода Б.И.	Декан медицинского факультета-1, д.м.н., профессор
Набизода М.Х.	Декан медицинского факультета-2, к.м.н.
Азизов Дж.Н.	Директор Центра информационных технологий
Абдуллаева Р.А.	Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1, к.м.н., доцент
Козидавлатзода Б.	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, к.м.н., доцент
Назаров Ш.К.	Заведующий кафедрой хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., д.м.н., профессор
Маликов М.Х.	Заведующий кафедрой хирургических болезней №2 имени академика Усманова Н.У., д.м.н., профессор

Даминова Н.М.	Заведующая кафедрой общей хирургии №1 имени профессора А.Н. Каххорова, д.м.н., профессор
Зубайдов Т.У.	Заведующий кафедрой общей хирургии №2, к.б.н., доцент
Саъдуллозода Ф.С.	Заведующий кафедрой урологии имени профессора А.С. Осими, к.м.н., доцент
Юнусов И.А.	Заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ, д.м.н., профессор
Курбонов Дж.М.	Заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова, д.м.н., профессор
Хокиров Т.З.	Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии имени Дж. А. Ахмедова, к.м.н., доцент
Бердиев Р.Н.	Заведующий кафедрой нейрохирургии и сочетанной травмы, д.м.н., профессор
Достиев У.А.	Заведующий кафедрой инновационной хирургии и трансплантологии к.м.н., доцент
Махмадзода Ш.К.	Заведующий кафедрой офтальмологии, к.м.н., доцент
Давронзода М.Д.	Заведующий кафедрой оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки, доктор PhD, доцент
Юлдошев Р.З.	Заведующий кафедрой онкологии, д.м.н.
Сайфиддинзода М.Б.	Заведующий кафедрой рентгенологии и радиологии, к.м.н., доцент
Джамолова Р.Дж.	Секретарь ученого совета, к.м.н., доцент
Назриев Н.Х.	Директор издательства ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Файзов Э.М.	Начальник сектора социального маркетинга
Холматов П.К.	Ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Салимов Дж.С.	Ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Мавлонова С.Н.	Специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Рахимов Н.Г.	Специалист отдела подготовки научных кадров, к.м.н., доцент
Умарова З.Д.	Специалист отдела науки и инноваций
Сироджов С.М.	Специалист отдела науки и инноваций
Нарзиева Ф. А.	Ведущий специалист отдела подготовки научных кадров
Субханова Г.С.	Специалист отдела подготовки научных кадров
Мананова П. И.	Специалист отдела подготовки научных кадров, к.филол.н.
Ишмирзоев Р. Э.	Заместитель декана медицинского факультета, к.м.н.
Хушвахтов У. М.	Делопроизводитель отдела науки и инноваций
Сафаралиев Ф. Б.	Сетевой администратор Центра информационных технологий

Абдуллозода З.Р., Ибрагимов Э.К., Махмадкулова Н.А., Солехов А.С.
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
имени профессора Каримова М.К. и ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Улучшить результаты лечения при устранении контрактуры пальцев кисти.

Материал и методы. Нами проведен анализ 62 историй болезни пациентов по полу, возрасту, анамнезу, инструментальным методам диагностики и видам хирургического вмешательства, находившихся на стационарном лечении в ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с диагнозом контрактуры пальцев кисти за период 2015- 2025 годов. Возраст пациентов варьировал от 2 г до 26 лет. К этиологическим факторам контрактуры пальцев кисти, по данным анализа историй болезни относились больные с последствиями ожогов пальцев и кисти. Все пациенты получили глубокие ожоги, по поводу чего получали амбулаторные 18(29,0%), 44 (71,0%) стационарное лечение в хирургических отделениях. Наиболее часто 38 больных (61,2%) ожог получили кипятком, на втором месте были электроожоги и ожоги пламенем 16 (24,6%); ожоги горячей печью встречались в 8 случаях (11,2%). Диагноз контрактуры пальцев чаще всего был подтвержден клиническими данными. Из этих больных 28 (45,1%) больных были с легкими формами контрактуры, 34 (54,9%) больных с средними и тяжелыми формами. Наиболее часто контрактуры пальцев были справа 44(70,1%). Дополнительно применялась рентгенография кисти, ультразвуковая доплерография пальцевых артерий.

Результаты исследования. Операции под общим обезболиванием были выполнены 44 пациентам в возрасте до 15 лет, 18 остальным пациентам была использована проводниковая анестезия плечевого сплетения. Всем больным проведены операции: при легкой степени устранение контрактуры пальцев путем множественной Z-пластики и при средней и тяжелой степени, после устранения контрактуры, укрытие дефекта полнослойным трансплантатом. В послеоперационном периоде, в 2 случаях отмечался краевой некроз полнослойного трансплантата, в остальных случаях, заживление ран и лоскутов первичным натяжением.

Выводы. При контрактуры легкой степени операцией выбора является устранение контрактуры путем множественной Z-пластики (88,0%), при тяжелой степени укрытие дефекта полнослойным трансплантатом (92,0%), которая даёт хорошие и удовлетворительные Результаты исследования

Абдурахмонов У.Ж., Сайфиддинзода М.Б., Давлатова М.П.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОСТНОГО ВОЗРАСТА
Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Определение костного возраста с помощью рентгенологических методов является оценка стадий формирования и окостенения костей и их сопоставления с нормативными анатомо-возрастными показателями.

Материал и методы. Рентгенологические методы определения костного возраста основаны на анализе рентгенограмм кисти и лучезапястного сустава с использованием стандартизированных методик (например, Greulich-Pyle и Tanner-Whitehouse), что позволяет объективно оценивать степень окостенения костей и биологическое развитие человека. Исследование включало анализ рентгенограмм кисти и лучезапястного сустава 63 пациентов с нарушением развития за период 2023-2026 год с возрастным диапазоном от 10 до 18 лет.

Результаты исследования. В ходе исследования были проанализированы рентгенограммы кисти и лучезапястного сустава 63 пациентов в возрасте от 10 до 18 лет за период 2023–2026 г с различными нарушениями развития. По результатам оценки костного возраста с использованием методик Greulich–Pyle и Tanner–Whitehouse установлено, что у большинства обследованных пациентов наблюдалось несоответствие костного возраста

паспортному. У 38 пациентов (60,3%) выявлено отставание костного возраста от хронологического на 1–3 года, что свидетельствует о задержке скелетного созревания. У 17 пациентов (27,0%) костный возраст соответствовал паспортному. У 8 пациентов (12,7%) отмечалось опережение костного возраста, что указывает на ускоренное биологическое развитие. Наиболее выраженные отклонения выявлялись в группе пациентов в возрасте 10–14 лет, где чаще регистрировалась задержка процессов окостенения эпифизов фаланг и костей запястья. Сравнительный анализ показал, что метод Tanner–Whitehouse обеспечивает более детальную и точную оценку стадий скелетного созревания, тогда как метод Greulich–Pyle удобен для быстрой ориентировочной диагностики. Таким образом, рентгенологические методы продемонстрировали высокую информативность и диагностическую ценность при оценке костного возраста и могут эффективно применяться для выявления нарушений биологического развития у подростков.

Выводы. Таким образом, рентгенологические методы не только служат инструментом мониторинга роста и развития, но и являются ценным клиническим инструментом для планирования наблюдения и лечения пациентов с нарушениями физического развития, особенно в возрастные периоды активного скелетного роста.

Абдуррахмонзода Л.А., Сафарзода А.М., Норзода М.М.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ «БЮДЖЕТНАЯ» РЕЗЕКЦИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
Государственное учреждение «Республиканская клиническая больница Дангаринского района»

Цель исследования. Оценка эффективности непрерывного шва при лапароскопической резекции ободочной кишки.

Материал и методы. В исследование включено 5 пациентов с диагнозами: долихосигма III степени — 3 (60%), долихоколон — 1 (20%) и синдром Пайра — 1 (20%). Диагноз обоснован общеклиническими и инструментальными методами исследования. Для постановления диагноза чаще применялись ирригография и в некоторых случаях КТ с контрастированием ободочной кишки. Одним из критериев для проведения оперативного вмешательства считались неэффективность консервативной терапии и нервный статус пациентов. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая резекция ободочной кишки с наложением экстракорпорального непрерывного шва анастомоза с использованием нити PDS 4/0. После формирования анастомоза кишка была репозиционирована в брюшную полость, и проведено дренирование. В двух случаях наряду с наложением анастомоза накладывали лапароскопическую цекостому для разгрузки анастомоза с целью профилактики несостоятельности швов анастомоза. Основным критерием для наложения лапароскопической цекостомы считалась неподготовленная кишка.

Результаты исследования. У всех пациентов не было зарегистрировано послеоперационных осложнений. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 5–7 дней. Цекостома, которая была наложена в двух случаях, была удалена на 15–20-е сутки, то есть при повторном визите пациента. Цекостома, в связи с тем, что была пристеночной, после удаления зонда закрылась самостоятельно.

Выводы.

лапароскопическая резекция ободочной кишки с применением непрерывного экстракорпорального шва анастомоза считается малозатратной и экономически выгодной (бюджетной).

Применение непрерывного шва требует меньше времени и не снижает качества анастомоза. Наложение лапароскопической цекостомы, по нашему мнению, имеет место как способ профилактики несостоятельности швов анастомоза.

Абдурахмонов А. А., Курбонов С. Х., Абдулоев М. С., Исмоилова М.К.
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПЛАНИРОВАНИЕ
ОПЕРАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить современные подходы к предоперационной подготовке и хирургическому планированию в травматологии и ортопедии для снижения периоперационных осложнений и улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Работа основана на анализе современных протоколов ведения пациентов травматолого-ортопедического профиля. Методологический комплекс включает:

Психоземotionalная коррекция: применение психологического информирования, поведенческих тренингов и селективной фармакотерапии (анксиолитики, седативные средства) для снижения предоперационного стресса.

Деятельность медицинского персонала: разделение этапов подготовки на общеклинический и непосредственный. Использование чек-листов для контроля лабораторного минимума, профилактики ТЭЛА (компрессионный трикотаж, НМГ) и антибиотикопрофилактики.

Предоперационное планирование: рентгенологическое масштабирование с использованием контрольных маркеров.

Цифровое 2D-шаблонирование в специализированном ПО (OrthoView, TraumaCad).

3D-моделирование на основе DICOM-данных для создания индивидуальных хирургических направляющих (PSI) и аддитивных титановых компонентов.

Инфекционная безопасность: протоколы деколонизации *Staphylococcus aureus* (хлоргексидин) и своевременная антибиотикопрофилактика (цефалоспорины III поколения).

Результаты исследования. Установлено, что комплексная предоперационная подготовка существенно снижает риск интра- и послеоперационных осложнений. Психологическое информирование пациентов способствует уменьшению уровня тревожности на 30–40%. Отсутствие санации хронических очагов инфекции повышает риск инфицирования зоны имплантации в 3,4 раза. Использование транексамовой кислоты в рамках концепции Patient Blood Management позволяет снизить интраоперационную кровопотерю на 30–45%. Применение медицинских триммеров вместо бритья станком уменьшает риск повреждения кожи и развития инфекций области хирургического вмешательства. Использование цифрового 2D/3D-планирования повышает точность установки имплантатов и сокращает продолжительность оперативного вмешательства.

Выводы.

1. Предоперационная подготовка является самостоятельной высокотехнологичной доктриной, определяющей частоту осложнений и скорость реабилитации.
2. Переход от интуитивного планирования к детальному виртуальному 3D-моделированию минимизирует риски мальпозиции имплантатов и сокращает время операции.
3. Интеграция стандартов Patient Blood Management и протоколов деколонизации является обязательным условием реализации программ Fast-Track и достижения высокого качества жизни пациентов.

Азимов М.И., Файзалиев Н.Ф.

УСУЛҲОИ ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ СОМАТИКӢ, КОҲИШӢБИИ ДАВОМНОКИИ БИСТАРӢ ВА САТҲИ МАӢЮБӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОСЕБИ ВАЗНИНИ МАҒЗИ САР

Кафедари анестезиология ва реаниматология ба номи профессор Ахмедов Ҷ.А. МДТ
ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии таъсири табобати барвақтии барқарорсозӣ ва пешгирии оризаҳои соматикӣ дар беморони гирифтори осеби вазнини мағзи сар.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 33 бемор, ки бо осебҳои гуногуни вазнини мағзи сар дар шӯбаи анестезиология, реаниматсия ва табобати интенсивии қудакон ва калонсолони Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон (МД ММТ ҶТ) "Шифобахш" бистари буданд мавриди таҳлил қарор дода шуд. Синну соли беморони бистарибуда аз 17 то 50 солро дар бар мегирад. Сатҳи ҳуши беморон вобаста ба ҳолати онҳо аз рӯи ҷадвали Глазго баҳогузори карда шуда ба ду гурӯҳ тақсим карда шуд.

Гурӯҳи I (асосӣ) 21 (63,6%) бемор, ки табобати стандартии интенсивиро дар яққоягӣ бо чораҳои барқарорсозии барвақтӣ гирифтанд. Гурӯҳи II (назоратӣ) 12 (36,3%) бемор, ки дар онҳо табобати стандартии реаниматсионӣ бидуни барқарорсозии мақсаднок анҷом дода шудааст.

Бо мақсади пешгирӣ намудани оризаҳои соматикӣ, коҳишҳои давомнокии бистарӣ, маҳси ларзишмонанд бо дастгоҳи виброакустикии «BARK VibroLUNG» (Қазоқистон) ба муддати 6 ± 4 дақиқа, ҳаракатҳои ғайрифайол дар буғумҳо, машқҳои нафаскашӣ ва пешгирии бандшавии шушҳо, тадриҷан васеъ кардани режими ҳаракат ва ғайра анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳо нишон дод, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ (n=21) пас аз истифодабарии чораҳои барқарорсозии барвақтӣ, барқароршавии сатҳи ҳуш ва муътадилшавии гемодинамка нисбати гурӯҳи дуюм мусбӣ нишон дод. Инчунин коҳиши оризаҳои соматикӣ (пенвмонияи гипостатикӣ, захмҳои бистарӣ ва контракураҳои вазнини буғумӣ) ва давомнокии бистарӣ дар гурӯҳи асосӣ ба 0,6% (13) баробар гардида нишондиҳандаҳои сатҳи ҳуши беморон аз рӯи ҷадвали баҳодиҳии комаи Глазго баландтар гардидаанд.

Хулоса. Пешрафти илм, ворид шудани технологияҳои барқарорсозанда ба табобати интенсивӣ боиси кам шудани оризаҳо, сатҳи маҷубӣ ва камтар гаштаи рӯзҳои бистарӣ дар табобати интенсивӣ мегардад.

Истифода бурдани чораҳои барвақтии барқарорсозӣ аз қабилӣ варзишҳои нафаскашӣ, маҳси дастӣ ва дастгоҳӣ (BARK VibroLUNG) ҳангоми табобати интенсивӣ ихроҷи луобро аз дарахти трахеобронхиалӣ беҳтар мекунад, нафаскаширо осонтар мегардонад, инчунин пайдоиши оризаҳои соматикиро худдорӣ намуда рӯзҳои бистаришавиро ба маротиба коҳиш медиҳад ва ба барқароршавии бармаҳали ҳуши беморони гирифтори осеби мағзи сар мусоидат мекунад.

Акрами П.С. Акрамова Б.Г. Муродалиева Ш.М

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Кафедра акушерства гинекологии 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить эффективность различных методов подготовки шейки матки и индукции родов у беременных с ожирением для снижения частоты экстренного кесарева сечения.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 60 первородящих женщин с доношенной беременностью и индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м².

Пациентки были разделены на две группы в зависимости от метода индукции: **1-я группа (основная)**: 30 женщин, у которых применялась комбинированная схема (препидил-гель в сочетании с амниотомией). **2-я группа (сравнения)**: 30 женщин, получавших стандартную схему (инфузия окситоцина после самопроизвольного или инструментального вскрытия плодного пузыря). Проводились: антропометрия (расчет ИМТ), оценка зрелости шейки матки по шкале Бишопа, кардиотокография (КТГ) и анализ исходов родов.

Результаты исследования. При поступлении у 72% женщин с ожирением II и III степени наблюдалась функциональная незрелость шейки матки (0-4 балла по Бишопу). В 1-й группе, где использовалась комбинированная подготовка, время от начала индукции до активной фазы родов сократилось в среднем на 3,5 часа по сравнению со 2-й группой. Установлено, что при ИМТ > 35 кг/м² эффективность стандартной схемы с окситоцином (2-я группа) была достоверно ниже: частота «неудачной индукции» составила 40%, что потребовало выполнения операции кесарева сечения. В основной группе частота оперативного родоразрешения составила 16,6%, что в 2,4 раза ниже, чем в группе сравнения. Ультразвуковое исследование и КТГ-мониторинг не выявили значимых различий в состоянии плода между группами в процессе индукции ($p > 0,05$).

Выводы. Ожирение является независимым фактором риска затяжного латентного периода при индукции родов. Применение комбинированных методов подготовки шейки матки (простагландины + своевременная амниотомия) позволяет значительно оптимизировать процесс родовозбуждения у данной категории пациенток. Это ведет к снижению процента экстренных оперативных вмешательств и улучшению неонатальных исходов.

Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Д.
ОСОБЕННОСТИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ У
ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить особенности течения раневого процесса после геморроидэктомии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование на базе специализированного колопроктологического отделения ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе в период с 2019 по 2025 годы. В исследование включены 100 пациентов с хроническим геморроем III–IV стадии в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Критерии включения: возраст от 30 до 75 лет, подтвержденный диагноз хронического геморроя III–IV стадии, наличие СД2 (компенсированного или субкомпенсированного). Критерии исключения: острый геморрой, другие заболевания прямой кишки (злокачественные новообразования, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), СД 1 типа, декомпенсированный СД2, тяжелые сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации. Всем пациентам проводилось комплексное обследование: общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, *HbA1c*, липидный профиль, СРБ, фибриноген, креатинин, мочевины, печеночные пробы), коагулограмма, определение уровней *IL-1β*, *IL-6*. Инструментальные методы включали пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию и ректороманоскопию.

Результаты исследования. Анализ данных пациентов, включенных в исследование, показал, что у больных хроническим геморроем на фоне сахарного диабета 2 типа исходно отмечаются выраженные нарушения микроциркуляции в стенке прямой кишки, признаки хронического воспаления (повышение уровней С-реактивного белка, *IL-1β*, *IL-6*), а также изменения в системе гемостаза и липидного обмена, которые достоверно коррелируют с длительностью заболевания и степенью компенсации СД2. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 9 пациентов (9,0%). Средние сроки полного заживления послеоперационных ран составили $32,8 \pm 5,1$ суток. Длительно незаживающие раны (более 6

недель) выявлены у 11 пациентов (11,0%). Фаза реорганизации рубца и эпителизации начиналась с 15-х суток у 46 пациентов (46,0%), что свидетельствует о замедлении репаративных процессов у данной категории больных.

Выводы. У пациентов с хроническим геморроем III–IV стадии на фоне сахарного диабета 2 типа раневой процесс после геморроидэктомии характеризуется замедленным и осложнённым течением. Выявленные нарушения микроциркуляции, хроническое воспаление (повышенные уровни СРБ, IL-1 β , IL-6), а также изменения гемостаза и липидного обмена оказывают неблагоприятное влияние на репаративные процессы и увеличивают риск послеоперационных осложнений.

Ашуралиев Н.К. Достиев У.А. Хомидов Ф.М. Зокиров Р.А
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ MINOCA КАК
МОДЕЛЬ МИКРОСОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить функциональное состояние тромбоцитов у пациентов с инфарктом миокарда без обструктивного поражения коронарных артерий (MINOCA) и определить их роль как модели микрососудистых и иммуногемостатических нарушений, лежащих в основе ишемико-реперфузионного повреждения, отсроченной функции трансплантата (DGF) и гуморального отторжения (ABMR).

Материал и методы. В исследование включены 42 пациента с NSTEMI, разделённые на две группы: MINOCA (n=24) и инфаркт миокарда с обструктивным поражением коронарных артерий (MI-CAD) (n=18). Функциональная активность тромбоцитов оценивалась методом агрегометрии (Solar AP2110, LASCA), проточной цитометрии и анализа кальциевого сигнала. Состояние коагуляционного звена гемостаза изучалось с использованием теста тромбодинамики и стандартных лабораторных показателей. Статистический анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента и χ^2 -критерия; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования У пациентов с MINOCA выявлено достоверное снижение агрегационной активности тромбоцитов при стимуляции АДФ и угнетение кальциевой сигнализации по сравнению с группой MI-CAD, что свидетельствует о нарушении внутриклеточных механизмов активации. В обеих группах отмечены признаки тромбоцитарной дисфункции по сравнению со здоровыми лицами: увеличение размеров тромбоцитов при активации, снижение гранулярности, уменьшение количества фосфатидилсерин-положительных тромбоцитов и снижение секреции плотных гранул.

При этом показатели коагуляционного звена гемостаза не различались между группами ($p > 0,05$), что указывает на преимущественное вовлечение тромбоцитарного звена. Выявленные изменения соответствуют фенотипу «истощённых тромбоцитов», формирующемуся вследствие хронической субклинической активации в кровотоке.

С позиций трансплантологии данные нарушения имеют прямое патогенетическое значение. Дисфункция тромбоцитов и нарушение кальциевой сигнализации приводят к дезорганизации взаимодействия «тромбоцит–эндотелий», что способствует развитию микротромбоза и ухудшению микроциркуляции трансплантата. Аналогичные механизмы лежат в основе ишемико-реперфузионного повреждения (IR injury), при котором происходит активация эндотелия и тромбоцитов с последующим нарушением перфузии органа.

Кроме того, тромбоциты играют ключевую роль в иммунном ответе, участвуя в презентации антигенов и активации комплемента, что имеет значение в развитии гуморального отторжения (ABMR). Снижение функциональной активности тромбоцитов может отражать их предшествующую активацию и участие в иммунных процессах, приводящих к повреждению микрососудистого русла трансплантата.

Нарушение микроциркуляции и микротромбоз являются одним из ключевых механизмов отсроченной функции трансплантата (DGF), особенно при трансплантации почки. Выявленные изменения тромбоцитарного звена гемостаза могут рассматриваться как потенциальный маркер риска данных осложнений.

Выводы. Функциональная дисфункция тромбоцитов при MINOCA характеризуется снижением агрегационной активности и нарушением кальциевой сигнализации при сохранности коагуляционного звена, что соответствует феномену «истощённых тромбоцитов». Данные изменения отражают универсальные механизмы микрососудистых и иммуногемостатических нарушений, лежащих в основе ишемико-реперфузионного повреждения, гуморального отторжения и отсроченной функции трансплантата. Оценка функционального состояния тромбоцитов может рассматриваться как перспективный инструмент стратификации риска сосудистых осложнений и оптимизации ведения пациентов в трансплантологии.

Баротов Х.Х., Набизода М.Х.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с осложнёнными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. В нашем исследовании изучены результаты лечения 42 больных с осложнёнными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы. Длительность сахарного диабета составляла от 10 до 25 лет. Мужчин было 24 (57,2%), а женщин 18 (42,8%). Больные были разделены на основную группу - 22 (52,3%) и контрольную-20 (47,7%). Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследование биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по клиническим признакам и состояние регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии стопы. При лечении больных в контрольной группе использовали традиционную схему лечения, включая сахароснижающую, антикоагулянтную, антиоксидантную, иммуностимулирующую и общеукрепляющую терапии. У больных основной группы наряду с традиционными препаратами использовали препарат инсулипон. Лечение инсулипоном проводили в течение 10 дней с внутривенным введением по 600 мг препарата в 200 мл 0,9% физиологическом растворе с последующим его употреблением в течение 1-го месяца по 1 таблетки один раз в день. После анализа жалоб больных с подозрением на ДПН необходимо тщательно осмотреть стопы и провести исследование чувствительности: тактильной, болевой, температурной, вибрационной, а также произвести оценку коленных и ахилловых рефлексов.

Для оценки тактильной чувствительности применяется стандартная методика с использованием монофиламента весом 10 г (5.07 Semmes Weinstein). Исследование проводится в положении больного лежа на спине, в спокойном расслабленном состоянии. К подошвенной поверхности стоп в определенных точках (в области первого пальца, проекции первого и пятого плюснефаланговых сочленений) исследователь прикасается монофиламентом. Если пациент ощущает два из трех прикосновений, тактильная чувствительность сохранена. И, наоборот, если пациент не ощущает двух прикосновений, она нарушена. Болевая чувствительность исследуется при помощи «тупой» иглы или специальных приборов, позволяющих стандартизировать укол: неврологической ручки (Neuropen) или зубчатого колеса (Pin-Wheel). Исследование проводится на тыльной поверхности первого пальца обеих стоп. Укол острым предметом не должен проникать под кожу, ранить пациента, вызывать появление крови. Болевая чувствительность считается не

нарушенной, если пациент чувствует боль от укола. Температурную чувствительность оценивали при помощи специального прибора – термического наконечника (Thip-term). Исследование также проводится на тыльной поверхности первого пальца обеих стоп. Вибрационную чувствительность оценивают при помощи градуированного камертона с частотой вибрации 128 Гц. Для проведения исследования следует щелкнуть по камертону и поместить его на костные выступы нижних, а затем верхних конечностей и спросить у пациента, который сидит, закрыв глаза, чувствует ли он вибрацию. Далее он должен сообщить, когда перестанет ее ощущать. При поступлении больного в стационар проводили электронейромиографическое (ЭНМГ) исследования на электромиографе Neuroscreen (Philips).

Результаты исследования Цитологическая картина нормализовалась быстрее у больных основной группы, причем процесс очищения ран от некротических масс происходил эффективнее. Наблюдалось увеличение количества макрофагов, наличие в ранах полибластов и созревание их в профибробластах и фибробластах в более ранние сроки, чем у больных контрольной группы, что свидетельствует о благотворных влияниях инсулипона на течение раневого процесса, как препарата, ускоряющего регенерацию. В целом, у больных основной группы анализ динамики клеточных элементов цитограмм отражает благоприятное течение раневого процесса. Существенный клинический эффект отмечался уже после 10 дней терапии, в отличие от контрольной группы. У пациентов основной группы снизились интенсивность спонтанных болевых ощущений, возросла вибрационная, тактильная и температурная чувствительность соответственно в 3 и 4 раза. Средний срок заживления язв в основной группе составил $14,48 \pm 3,02$ койко-дней и $21,0 \pm 4,35$ – в контрольной.

Выводы. Таким образом, комплексное лечение с использованием инсулипона, который обладает способностью корригировать основные патогенетические нарушения, наблюдаемые при диабетической полинейропатии, имеет хорошие клинические эффекты, даже при коротком сроке лечения.

Баротов Х.Х., Набизода М.Х.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения у больных с узловыми образованиями щитовидной железы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 67 больных с различными формами заболевания щитовидной железы за период 2018-2019 гг., госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 6 (8,955%), женщин 61 (91,044%). Возраст больных варьировал от 15 до 70 лет. Срок нахождения больных в стационаре с момента поступления составил от 8 до 23 дней. Оперативные вмешательства были выполнены всем больным. Среди оперированных больных были: диффузно-токсический зоб у 3 (4,47%) больных, узловой зоб-2 (2,98%) больных, диффузно-узловой (смешанный)-62 (92,53%) больных. При обследовании пациентов выявляли жалобы, анамнез заболевания, его длительность, наличие сопутствующей патологии, прием препаратов. При осмотре и пальпации оценивали степень увеличения щитовидной железы (визуальное), эластичность, смещаемость, наличие компрессионного синдрома. С целью определения цитологического характера изменений в ткани железы использовали в дооперационном периоде аспирационную тонкоигольную пункционную биопсию под контролем УЗИ. Уровень гормонов крови определялся с помощью иммунохемилюминесцентного анализа на аппарате «Immulite 2000» с использованием набора реагентов «ТТГ-ИФА-БЕСТ». Всем пациентам в дооперационном периоде проводили УЗИ щитовидной железы на ультразвуковом аппарате. Оценивали объем, определяли наличие или отсутствие узловых образований. Цитологическое исследование щитовидной

железы проводили путем изучения материала, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии перед операцией, проводили фиксацию препаратов по Май-Грюнвальду и окраску по Романовскому-Гимзе. При морфологическом исследовании оценивали критерии, позволяющие определить характер и степень повреждения ткани щитовидной железы, наличие признаков пролиферации. Для лечения заболеваний щитовидной железы в хирургическом отделении ГУ ГМЦ №3 применяли радикальные и органосохраняющие операции. Пациентам были проведены оперативные вмешательства в объеме резекции щитовидной железы у 15 (22,38%) больных, гемитиреоидэктомии у 24 (35,82%), субтотальной резекции щитовидной железы у 22 (32,83%), тиреоидэктомии у 6 (8,955%). Органосохраняющие операции проводились, как правило, при небольших размерах зоба, при выявлении одиночного узла щитовидной железы, увеличении железы с одной стороны, при наличии интраоперационно визуально неизменной ткани, достаточной для формирования культи. Радикальные операции проводились при значительном увеличении щитовидной железы, при множественных узлах, при отсутствии визуально неизменной ткани для формирования культи.

В результате обследования пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе с заболеваниями щитовидной железы, была выявлена разнообразная сопутствующая патология. Наиболее часто встречаемым сочетанием являлись гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца.

Результаты исследования. За период 2018-2019 гг. в хирургическом отделении ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе были оперированы 67 пациентов с различными патологиями щитовидной железы: диффузно-узловой зоб, кистозно-узловой зоб, диффузный зоб. Пациентам были проведены следующие виды операций: гемитиреоидэктомия 24 (35,82%), резекция щитовидной железы 15 (22,38%), субтотальная резекция щитовидной железы 22 (32,83%), тиреоидэктомия 6 (8,955%). На объем оперативного вмешательства влияли степень увеличения щитовидной железы, характер изменений ткани, наличие или отсутствие визуально неизменных участков, достаточных для формирования культи. Органосохраняющие и радикальные операции были проведены у пациентов разных возрастных групп приблизительно в одинаковом количестве.

Таким образом, для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями щитовидной железы необходим индивидуальный подход с учетом возраста, наличия сопутствующей патологии, результатов предоперационного цитологического исследования.

**Бахромов М.Б., Расулов Н.И., Шоев М.А., Нуриддинов А.М.,
ТОПОГРАФО АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЁХ ЛАПАРОПОРТОВ У
БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ПАТОЛОГИЯМИ**

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора М.К. Каримов и
лечебно-диагностический центр ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить способ лапаролифтинга, при лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующими патологиями в малогазовом режиме.

Материал и методы. В условиях ЛДЦ и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино с 2024г по 2026 г. произведена лапароскопическая холецистэктомия с использованием трёх лапаропортов в условиях лапаролифтинга у 52 больных с сопутствующими сердечно-легочными патологиями. Возраст больных от 48 до 82 лет, средний возраст составил $56 \pm 2,5$ лет, мужчин 8 (15,3%), остальные 44 (84,7%) пациентов - лица женского пола, 41 (78,8%) пациентов страдали хронической желчнокаменной болезнью, 11 (21,2%) больных были госпитализированы в экстренном порядке по поводу острого калькулёзного холецистита, при этом сроки госпитализации от начала приступа острого холецистита составили от 12 до 48 часов, в среднем $28 \pm 1,5$ часов. Из обследованных пациенты страдали различными сопутствующими

заболеваниями, наиболее часто отмечена гипертоническая болезнь - у 19 (36,5%), ишемическая болезнь сердца - у 28 (53,4%), постинфарктный кардиосклероз - у 4 (7,6%), что, в свою очередь, повышало риск предстоящего оперативного вмешательства.

Оперативное вмешательство проводили под внутривенным комбинированным наркозом в условиях искусственной вентиляции лёгких. Ниже пупка по средней линии разрез кожи до 1 см. производим пункцию брюшной полости иглой Вереша для создания малогазового карбоксиперитонеума. Необходимо отметить, что во избежание последствий вредного воздействия искусственного карбоксиперитонеума на сердечно-сосудистую систему у больных с сопутствующими заболеваниями операцию производим в условиях малогазового карбоксиперитонеума (6-8 мм. рт.ст. при расходе CO₂ 3-4 об. в мин). После разреза ниже пупка на 1см обнажается апоневроз мышцы живота, который прошивается капроновой нитью №6 накладывается карбоксиперитонейум с помощью иглы Вереша. На месте которой вставляется 10 мм троакар для лапароскопа. Конец нити берется на зажим Кохера для лапаролифтинга. Затем под контролем лапароскопа вставляется троакар в эпигастральную области, две подреберной области по срединноключичной и по передней подмышечной области. В эпигастральной области после вставление троакара апоневроз прошивается так же капроновой нитью №6 и удерживается зажимом. Такую же держалку накладывают в точке №3. В малогазовом режиме при давлении CO₂ 6-8 мм. вод. СТ проводится панорамный осмотр брюшной полости и желчного пузыря. При этом определяем возможность и целесообразность выполнения ЛХЭ с помощью трёх лапаропортов. Затем газ впускается и дальнейший ход операции выполняется без газового режима после приподнятия передней брюшной стенки через швы держалки. При этом уменьшается давление на диафрагму, нижнюю полую вену, отсутствует сдавление органов брюшной полости. Необходимым условием выполнения ЛХЭ по данной методике является размер желчного пузыря по длине не более 6-7 см, отсутствие расширения холедоха, длина пузырного протока не менее 2-3 см., отсутствие выраженного спаечного процесса в области шейки и вокруг желчного пузыря. После определения показаний к выполнению ЛХЭ с помощью трех лапаропорт для рабочих инструментов устанавливаем лапаропорт диаметром 11мм. и 5мм. При этом тракция желчного пузыря производится в каудальном направлении за карман Хартмана, а тракция за дно желчного пузыря не производится, обработка пузырного протока и пузырной артерии, холецистэктомия и другие манипуляции производятся через 11 миллиметровый лапаропорт установленный в эпигастральной области. Экстракцию желчного пузыря из брюшной полости также производим через торокопорт в эпигастральной области. Каких-либо технических трудностей при выполнении ЛХЭ с помощью трёх лапаропортов нами не отмечено.

Результаты исследования. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, активизировались к концу дня операции, больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались. Дренажную трубку удаляли через сутки после контрольного ультразвукового исследования. Нагноение послеоперационной раны в эпигастральной области отмечено у 4 (2,6%) больных, серома послеоперационной раны - у 2 (1,3%) больных, среднее число койка дней пребывания больных в стационаре составило 4,2 дня, летальных исходов не было.

Выводы.

1.Выполнение ЛХЭ с помощью трёх лапаропортов возможно в условиях лапаролифтинга у больных с сопутствующими сердечно-легочными патологиями исключая нарушения гемодинамики.

2. Необходимым условием выполнения ЛХЭ с использованием трёх торокопортов является: размер желчного пузыря по длине не более 6-7 см., отсутствие выраженного перипроцесса вокруг желчного пузыря и расширение холедоха в первые сутки от начала приступа острого холецистита, когда вокруг желчного пузыря отсутствует выраженный перипроцесс;

3. ЛХЭ с помощью трёх троакаров не является альтернативой традиционной ЛХЭ, а является его разновидностью, которая имеет свои строгие показания и противопоказания.

Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А., Кодиров Д.И.
**УЛУЧШЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ЛИКВОРА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ
ИНСУЛЬТАХ**

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с ГИ путем своевременной коррекции ликворциркуляции.

Материал и методы. В исследование включены 24 больные с внутрижелудочковым кровоизлиянием на фоне геморагического инсульта, госпитализированные в нейрохирургических отделениях ГУ НМЦ Республики Таджикистан «Шифобахш» (г. Душанбе) в период 2019–2024 гг.

Среди 24 включённых пациентов – 11 женщин (45,8%) и 13 мужчин (54,2%). Средний возраст составил $55,7 \pm 10,5$ лет. 79,5% больных относились к трудоспособному возрасту. При поступлении у большинства пациентов отмечалось тяжёлое состояние: 8 больных (33,3%) находились в коме ($\text{ШКГ} \leq 8$), 10 (41,7%) – в сопоре ($\text{ШКГ} 9-12$), и только 6 (25%) – в сознании (оглушение либо ясное сознание). Очаговый неврологический дефицит соответствовал локализации кровоизлияния у всех пациентов.

Результаты исследования. У 15 (62,5%) пациентов выявлена ВМГ объёма (~20 мл), сочетавшаяся с выраженным ВЖК. В этих случаях предпочли консервативную выжидательную тактику: проводилась дегидратационная и нейропротективная терапия, ежедневно выполнялись люмбальные пункции с эвакуацией по 10–15 мл ликвора. Из них у 8 больных отмечена полное восстановление ликворотока, без признаков гидроцефалии. Такой подход частично снижал внутричерепное давление и компенсировал ликворную окклюзию за счёт декомпрессии через поясничный канал. Однако остальным 7 больным несмотря на устранение внутрижелудочкового кровоизлияния, сохранялось расширение желудочков и признаки окклюзионной гидроцефалии, обусловленной, вероятно, организованными сгустками в области силвиева водопровода. После получения повторно отрицательных результатов ликворных посевов этим пациентам выполнена внутренняя ликворшунтирующая операция – вентрикулоперитонеостомия (Рисунок 2а, до шунтирования).

Выводы. Внутрижелудочковое кровоизлияние требует своевременной ликворной декомпрессии с помощью наружного вентрикулярного дренирования, а при формировании стойкой окклюзионной гидроцефалии – последующего вентрикулоперитонеального шунтирования. Индивидуализированный комплексный подход, включающий элементы внутренней декомпрессии, эвакуации сгустков крови и коррекции ликвородинамических нарушений, позволяет существенно улучшить исход даже у тяжёлых пациентов.

Бобожонов М. Н., Бердиев Р.Н., Рахмонов Х.Дж.
**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Оптимизация диагностики нагноившегося эхинококкоза головного мозга.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 9 (4-44,4% детей) больных с нагноившимся эхинококкозом головного мозга в возрасте от 6 до 66 лет, находившихся на лечении на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период 1995-2026гг. Женщин было 3 (33,3%), мужчин - 6 (66,7%).

Диагноз был установлен на основании клинико-неврологического, краниографического, нейроофтальмологического, эхоэнцефалоскопического, ультразвукового, компьютерно-томографических (КТ), магнитно-резонансных томографических (МРТ) и лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что средний возраст детей составил $11,0 \pm 5,23$ лет, взрослых $34,2 \pm 19,24$ года. Городских жителей было 2 (22,2%), сельских - 7 (77,8%) больных. Больные госпитализированы в клинику в фазах заболевания: субкомпенсации (2), умеренной декомпенсации заболевания (5) и грубой декомпенсации (2). Длительность заболевания составила от 2 недель до 2 лет. Клиника нагноившегося эхинококкоза головного мозга проявлялась выраженными общемозговыми-гипертензионными (100%) симптомами и очаговыми в 88,9% случаев. Эпилептические припадки наблюдались у всех пациентов, нередко являющихся одним из первых симптомов заболевания. Гипертермия отмечена в 77,8% случаев. При нейроофтальмологическом исследовании глазного дна атрофия отмечена у 1 (11,1%) больного, выраженный застой у 3 (33,3%), застой у 1 (11,1%), начальный застой у 2 (22,2%) и признаки внутричерепной гипертензии у 2 (22,2%) картина диска зрительных нервов. Выявлялись снижение зрения у (77,8%) пациентов. Снижение остроты зрения при нагноившемся эхинококкозе мозга обусловлена не только атрофией и застойными изменениями дисков зрительных нервов, но и с токсико - воспалительным воздействием на зрительные нервы. Результаты Эхо ЭС нагноившемся эхинококкозе головного мозга показали, что средний размер смещения М-ЭХО был равен 9,0 мм. На краниографии выявлено: у 2 (22,2%) - усиление рисунка сосудов, у 3 -(33,3%) симптом «пальцевые вдавления» и дефект лобной кости 1 одного больного. Диаметр паразитарной кисты колебался в пределах от 2,5 до 10,0 см. Критерии диагностической эффективности КТ и МРТ находились в пределах на уровне 97-100%.

Выводы. Длительное и бессимптомное течение нагноившегося эхинококкоза головного мозга, способствует поздней обращаемости больных с большим размером кист, в фазе умеренной и грубой декомпенсации заболевания

Эхо ЭС, офтальмологическое исследование и краниография являются общедоступным, безопасным методами исследования, имеют важное значение для активного выявления патологии и служат критерием отбора пациентов для проведения КТ и МРТ.

КТ и МРТ являются высокодостоверными методами исследования, что позволяет визуализировать кисту, уточнить локализацию, размеры, количество и структуру и выбрать адекватные методы лечения.

Боймуродов О.С., Хамроев Б.М., Кобилев И.И.

РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучать частоту встречаемости рефлюкс-эзофагита у пациентов с острым калькулёзным холециститом.

Материал и методы. В отделении общей хирургии ГУ ГМЦ им. академика К. Тоджиев, с 2023 по настоящему времени под нашим наблюдением находились 226 пациентов с острым калькулёзным холециститом (ОКХ). Из них мужчин было 44 (17,8%), женщин 182 (82,2%) в возрасте от 28 до 78 лет. При этом, средний возраст пациентов составил 48,2 года. Для оценки функции кардии желудка и выявления наличия случаев рефлюкс-эзофагита, всем вышеуказанным пациентам наряду с общеклиническими, лабораторно-инструментальными методами исследования проводились фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) и рН-метрия.

Результаты исследования. С помощью проведённого нами клинико-лабораторного и инструментального обследования больных с ОКХ выявлено наличие рефлюкс-эзофагита у 93

пациентов, которые составили 41,1% случаев. Среди этих больных катаральная форма рефлюкс-эзофагита наблюдалась у 41 (44,1%) пациентов, эрозивная форма – 43 (46,2%) и язвенная форма – 9 (9,7%). При проведении ФГДС, пептическое поражение брюшной части пищевода обнаружено нами в 66 (70,9%) случаев, нижней трети пищевода – в 21 (22,6%) случаев, до уровня средней трети пищевода – в 5 (7,5%) случаев. Среди обследованных пациентов, имеющих рефлюкс-эзофагит на фоне ОКХ стенозирующие формы рефлюкс-эзофагита не выявлены.

рН-метрия пищевода у больных с ОКХ показала сдвиг среды от нейтрального к кислому наблюдался у 74 (79,6%) пациентов. рН-метрия желудка выявила гиперацидоз в 54 (58,1%) случаях нормацидоз – в 34 (36,6%) и гипоацидоз – в 13 (13,9%). Необходимо отметить, что у больных с рефлюкс-эзофагитом на фоне ОКХ доминирование гиперацидоза желудка, которое составляют более половины случаев надо учитывать в комплексном лечении этих больных

Вывод. Рефлюкс-эзофагит среди больных с острым калькулёзным холециститом встречается в 41,1% случаев. Из них частота эрозивного рефлюкс-эзофагита доминирует и составляет 46,2% наблюдений, что делает необходимым проведение пред- и постоперационной коррекции последнего у больных с острым калькулёзным холециститом, которое может способствовать улучшению результатов хирургического лечения этой категории пациентов.

**Ботиров Ф.И., Одинаева З.Б., Бобожонова З.М.
АЛКОГОЛИЗАЦИЯ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ
ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ**

Кафедра нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Изучить эффективность алкоголизации ветвей тройничного нерва при тригеминальной невралгии.

Материал и методы. В исследование вошли 15 пациентов с диагнозом: невралгия тройничного нерва нейроваскулярной этиологии. Возраст пациентов варьировал от 34 до 72 года. Из них 10 (66,7%) женщин и 5 (33,3%) мужчин. Соотношение женщин к мужчинам 2:1. Средний возраст составил 53 года. Диагноз установлен на основании клинико-неврологического обследования, магнитно-резонансной томографии головного мозга и магнитно-резонансной ангиографии сосудов головного мозга. Следует отметить, что до перенаправления к профильному специалисту пациенты проходили лечение у стоматологов, терапевтов, семейных врачей и ЛОР. Большинство пациентов прошли курс лечения у стоматолога с нередкой экстракцией зубов. Подавляющее большинство пациентов имели длительный анамнез вплоть до 18 лет. Чаще всего боль локализовалась во 2-й и 3-й ветвях тройничного нерва с частотой 30-35%. Боль имела острый, жгучий характер, наподобие электрического разряда, усиливающегося при разговоре, приёме пищи, мытье и бритье лица. Все пациенты получили консервативное лечение включающее прием препаратов карбамазепинового ряда, НПВС, гормональные препараты. Особенностью консервативного лечения тригеминальной невралгии является хороший клинический эффект в начале лечения и уменьшение эффекта лечения через определенное времени приема препаратов вплоть до полной резистентности. Нами была проведена всем пациентам блокада ветвей тройничного нерва со спиртово-новокаиновым раствором.

Результаты исследования. Для оценки результатов лечения использовали шкалы: оценка боли неврологического института Берроу (BNI-PS), визуально аналоговая шкала (ВАШ). Также применяли клиническую оценку на основе субъективных жалоб пациентов. При оценке боли в момент, до проведения блокады у пациентов по шкале BNI-PS интенсивность боли составила 3-4 баллов. Тригеминальные боли исчезали моментально после проведения блокады. При оценке боли после проведения блокады у 85% пациентов по шкале BNI-PS составила 1 балл, у 15% 2 балла. По шкале ВАШ 85% пациентов получили 0 балл, у 15%-1-3 баллов. При оценке боли спустя 1 год после блокады по шкале BNI-PS у 80%

пациентов 3 балл, у 20% 2 балла. По шкале ВАШ 80% пациентов получили 7 баллов, оставшиеся 20% 4 баллов.

Выводы. По результатам исследования консервативное лечение невралгии тройничного нерва в особенности препарата карбамазепинового ряда показывает хорошую эффективность. Но длительный прием данного препарата приводит к формированию лекарственной зависимости с последующим снижением эффективности препарата, увеличению побочных эффектов депрессивного характера, приводящая к риску появления суицидальных мыслей. Блокада ветвей тройничного нерва показывает высокую эффективность в лечении тригеминальной невралгии относительно консервативного лечения. Но следует отметить, блокада имеет ограниченную длительность действия препарата - от нескольких месяцев до одного года с её укорочением при последующих блокадах.

Валдошова С.Ш., Олимова Ф.З.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить особенности течения беременности, показания к оперативному родоразрешению, хирургические осложнения и перинатальные исходы у пациенток с туберкулёзом (ТБ).

Материал и методы. Проведён сравнительный анализ 43 беременных с ТБ (основная группа (I)) и 21 относительно здоровой беременной без специфической патологии (группа контроля (II)), родоразрешённых в родильных домах города Душанбе за период 2017-2022 годы. Оценивались особенности течения беременности, акушерские и соматические осложнения, методы родоразрешения, объём кровопотери, а также перинатальные исходы.

Результаты исследования. Средний возраст беременных I группы был $27,4 \pm 5,7$ лет, II группы – $24,4 \pm 3,5$ лет. Ведущее место занимал ТБ лёгких (58,1%). Установлено, что течение беременности у пациенток с ТБ достоверно чаще осложнялось по сравнению с контрольной группой. Наиболее частыми осложнениями беременности у пациенток основной группы являлись анемия (65,1%), угроза преждевременных родов (30,2%) и дефицит массы тела (44,2% и 4,8%), при этом различие по дефициту массы тела имело статистическую значимость ($p=0,004$). Гипертензивные нарушения беременности были у 11,6% беременных. Среди патологии околоплодных вод отмечались маловодие (5,1%) и многоводие (16,3%), при этом различия по частоте многоводия между основной и контрольной группами не достигали статистической значимости.

Роды в обеих группах преимущественно происходили в срок (81,4% и 95,2% соответственно). Средний срок родоразрешения составил $38,2 \pm 2,6$ недели в основной группе и $39,5 \pm 1,2$ недели в группе контроля. Преждевременные роды осложнили 18,6% беременностей, при этом медиана срока гестации составила 34 недели.

В 72,1% случаев у беременных с ТБ родоразрешение проводилось через естественные родовые пути. Абдоминальное родоразрешение выполнялось преимущественно в основной группе по совокупности показаний. Фтизиатрические показания включали прогрессирование ТБ процесса (16,6%), дыхательную недостаточность, в том числе на фоне перенесённых коллапсохирургических вмешательств (8,3%), а также кровохарканье, обусловленное деструкцией лёгочной ткани (8,3%). Акушерские показания были представлены преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (16,6%), рубцом на матке (16,6%), аномалиями развития половых органов (8,3%) и сочетанием акушерских факторов (25,0%). Соматические показания составили 24,9% случаев оперативного родоразрешения.

Отмечено статистически значимое увеличение кровопотери у пациенток с ТБ. С учётом всех способов родоразрешения суммарная кровопотеря также была выше у пациенток ТБ: $451,6 \pm 67,1$ мл против $186,5 \pm 10,2$ мл ($p < 0,001$). При кесаревом сечении средняя кровопотеря достигала $988 \pm 577,5$ мл.

Среди хирургических осложнений, зарегистрированных у пациенток основной группы, отмечены случаи кровотечения, потребовавшие активного хирургического гемостаза и расширения объёма оперативного вмешательства. В частности, выполнены наложения компрессионных швов по Б-Линчу в 16,6% наблюдениях, в 8,3% случае проведена ампутация матки, у 16,6% пациенток выполнена стерилизация по медицинским показаниям. Кроме того, в послеоперационном периоде в 33,4% случаях потребовалось проведение гемотрансфузии в связи с выраженной кровопотерей и развитием анемического синдрома.

Перинатальные исходы у новорождённых в зависимости от метода родоразрешения характеризовались большей частотой неблагоприятных состояний в группе кесарева сечения по сравнению с вагинальными родами. Так, у пациенток, родоразрешённых оперативным путём, недоношенность составила 30,7% против 9,7% при естественных родах, незрелость — 23,1% и 9,7% соответственно. Тяжёлое состояние при рождении отмечено у 30,7% новорождённых после кесарева сечения и у 6,5% после вагинальных родов. Частота маловесных детей составила 38,5% против 12,9%. Признаки асфиксии при рождении наблюдались у 23,1% и 9,7% новорождённых соответственно. Необходимость перевода в отделение интенсивной терапии в раннем неонатальном периоде отмечена у 30,7% новорождённых после кесарева сечения и у 6,5% после вагинальных родов. Различия, вероятно, отражают исходно более тяжёлое состояние матери и плода в группе оперативного родоразрешения.

Выводы. Туберкулёз у беременных ассоциирован с более высокой частотой осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов. Родоразрешение чаще осуществляется через естественные родовые пути, однако частота кесарева сечения остаётся повышенной и определяется как акушерскими, так и фтизиатрическими показаниями. У данной категории пациенток также отмечается значимое увеличение объёма кровопотери и частоты хирургических осложнений, что в совокупности определяет необходимость индивидуализированного ведения беременности и мультидисциплинарного подхода.

Гиёсова П.Ф., Даминова Н.М., Хамроев Б.М.

ПЛАЗМОТЕРАПИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВЛЯЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Лечение анальных трещин и длительно не заживляющих ран анального канала путем плазмотерапии.

Материал и методы. За период 2024-2026 года в ГМЦ №2 им. академика Таджиева. проведена плазмотерапия 12 пациентам. Гендерное различие среди пациентов: женщин – 10, мужчин 2 пациента. У 7 пациентов была анальная трещина с различным течением: хроническая анальная трещина у 3 пациентов, острое течение анальной трещины было у 4 пациентов. У 5 пациентов отмечалась длительно не заживляющая рана в области анального канала после оперативных вмешательств на анальном канале. У 3 пациентов в анамнезе было оперативное вмешательство иссечение анальной трещины, у 2 пациентов была геморроидэктомия. Всем пациентам до проведения плазматерапии были проведены анаскопия и ретророманоскопия.

Результаты исследования. Плазматерапия анальных ран – это высокоэффективный метод лечения анальных ран, основанный на введение в пораженную область собственной плазмы пациента, обогащенной тромбоцитами. Суть метода: кровь пациента берется из вены (около 10-20 мл) центрифугируется для получения плазмы с высокой концентрацией тромбоцитов с целью проведения тромбоцитарной аутоплазмы собственной крови пациента. Полученная плазма вводится локально под трещину и не заживляющие раны анального канала. Тромбоциты, которыми богата получаемая плазма, содержат факторы роста, отвечающие не только за свертываемость крови, но и за регенерацию и рост молодой ткани. Поскольку тромбоцитарную плазму получают из собственной крови пациента,

обеспечивается полная биосовместимость инъекции с организмом. Исключается проявление иммуногенных и аллергических реакций и вероятность отторжения. Инъекция обогащённой плазмы увеличивает количество тромбоцитов в зоне лечения, что способствует ускоренной регенерации новых клеток. Именно тромбоциты за счёт факторов роста активируют резервные механизмы организма «будят» клетки, заставляя их активно делиться, вырабатывать коллаген и гиалуроновую кислоту.

Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группы 7 пациентов, у которых отмечалось различное течение трещины анального канала. В анамнезе у данной группы пациентов не было оперативного вмешательства в области анального канала. Причиной анальной трещины были длительные запоры, диарея на фоне колитов различной этиологии и тяжелые роды. Вторая группа это 5 пациентов после оперативных вмешательств в области анального канала, такие как иссечение анальной трещины и геморроидэктомия. У данной группы пациентов послеоперационная рана не заживляла в течение более 3 месяцев. Пациенты этой группы длительное время принимали различные мазевые повязки с целью заживления послеоперационной раны.

Все пациенты жаловались на боли вовремя и после дефекации, появления капель крови на туалетной бумаге и со стулом. У пациентов первой группы наряду с выше перечисленными жалобами отмечался спазм анального сфинктера. Всем пациентам рекомендовали проведение плазматерапии от 2 до 5 процедур с промежутком 3-7 дней. Время проведения процедуры занимает 15-20 минут. Для проведения плазматерапии не требуется введение анестетиков. Анестетики, такие как лидокаин и новокаин рекомендуется пациентам, у которых имеется спазм анального канала. Соотношения анестетика с плазмой составляет 1/5. После введения плазмы пациентам назначали свечи и мази в течение 3 дней для дальнейшей грануляции раневой поверхности. Заживление раны отмечалось после второй процедуры у всех пациентов первой группы. Плазматерапия в количестве 5 процедур была проведена во второй группе всем послеоперационным пациентам. Заживление раны второй группы пациентов было слабым, грануляция отмечалась после 4-3 процедур. Болевой синдром проходил после первой процедуры на второй день у обеих групп пациентов. По истечению более 1 года повторно обратились 2 пациента. У одного пациента из первой группы после 3 процедур плазматерапии не отмечалось заживление трещины. Пациенту была проведена оперативное вмешательство иссечение анальной трещины с низведением слизистой анального канала. У одной пациентки из второй группы (геморроидэктомия) было проведено 5 инъекций плазмы в области раны анального канала, после отмечалось инфильтрат в зоне введения препарата с последующим интрасфинктерным свищом. Пациентке было рекомендовано оперативное вмешательство.

Выводы. Анализ результатов показывает, что лечение анальных трещин и длительно незаживляющих ран анального канала путем плазматерапии даёт положительный эффект. Преимуществом данной методики является: абсолютная биосовместимость и отсутствие аллергических реакций, минимальная травматичность, амбулаторное проведения процедуры, снижение болевого синдрома после первой инъекции, ускоренная эпителизация трещин анального канала.

**Гиёсова П.Ф., Даминова Н.М., Хамроев Б.М.
СКЛЕРОТЕРАПИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ**

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххарова А.Н ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан

Цель исследования. Улучшения лечения геморроидальной болезни, осложненная кровотечением путем склерозированием внутренних геморроидальных узлов 3% раствором Этоксисклерола.

Материал и методы. За период 2025-2026 годы в ГМЦ №2 им. Академика Таджикиева. проведено склерозирующее лечение геморроидальных узлов 11 пациентам, находящиеся на амбулаторном лечении в отделении колопроктологии. Склеротерапия геморроидальных

узлов раствором Этоксисклерола было проведено 9 женщинам и 3 мужчинам в возрасте от 38 до 63 лет. Пациенты страдали геморроидальной болезнью более 10 лет. Всем пациентам были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, общий и биохимический анализы крови.

Результаты исследования. У всех больных геморроидальная болезнь была осложнена кровотечением. У 7 пациентов была геморроидальная болезнь 2-3 степени с активным кровотечением одного геморроидального узла. У 7 пациентов отмечалась геморроидальная болезнь 2 степени с активным кровотечением двух узлов. У всех пациентов отмечалась анемия на фоне кровотечения средней и тяжелой степеней. У 3-х пациентов отмечалась анемия тяжелой степени, уровень Гемоглобина ниже 60 г/л. соответственно. Все пациенты имели сопутствующие заболевания: 4 пациентов сахарный диабет 2 типа (уровень сахара на момент проведения манипуляции было от 6,7 до 9,2г/л), гипертоническая болезнь в 8 случаях, варикозная болезнь нижних конечностей 5 исследуемых, рассеянный склероз у 1 пациента. Показанием для проведения склеротерапии геморроидальных узлов у данных пациентов было хронический геморрой 2-3 степени осложненный кровотечением, с анемия средней и тяжелой степени, отсутствием воспалительных аноректальных заболеваний.

Был использован склерозирующий препарат 3% Этоксисклерол 2 мл. действующее вещество Лауромакрогол-400. Перед введением препарат с помощью инфузионного крана достигал до уровня пены (foam form) и соответственно увеличивался в объеме. Для приготовления пенообразной формы 3% раствора Этоксисклерола необходимо учесть соотношение жидкого препарата с воздухом $1/2 - 1/3$, что обеспечивает формирование гомогенной микропены с мелкими пузырьками воздуха. Также необходимо учитывать соотношения объема вводимой пенообразной формы препарата размерам внутреннего геморроидального узла. Количество препарата было разделено на 3 части 0,6 мл, 0,6 мл и 0,7 мл. После достижения пены количество увеличивался до 2,0 мл. Препарат вводится строго в ножку геморроидальных узлов и соответственно распространяется на 15-35 мм в проксимальном направлении от места инъекции. Надо отметить, что использование пенообразной формы уменьшает расход препарата и увеличивает площадь распространения препарата. При этом эффективность пенообразной формы не уступает эффективности жидкой формы препарата, а частота осложнений после применения обеих форм статистически не отличается.

Всем 11 пациентам был введен склерозирующий препарат 3% раствора Этоксисклерола в количестве 2 мл в трех геморроидальных узлах. Обязательно препарат вводили в кровоточащий узел, также с целью профилактики кровотечения из остальных геморроидальных узлов выбирали узел с наибольшей эрозивной поверхностью. Вовремя и после введения препарата болевой синдром отмечалось у 8 пациентов. В течение 7 дней пациентам назначали слабительные для размягчения стула, свечи и мази для снятия отёчности после склерозирующего препарата. Необходимо напомнить, что после введения препарата в дистальной части геморроидального узла отмечается отечность в течение 3-5 дней. Отек обусловлен сдавлением кавернозных тел препаратом, в последующем отмечается склеротические изменения соединительной ткани окружающей вены. Кровотечение у пациентов останавливалось на 2 день после процедуры. Повторно на консультацию пациенты приходили на 7 день. На 7 сутки после процедуры при аноскопии анального канала отмечалось уменьшение внутренних узлов, остановка кровотечения.

Применение склеротерапии препаратом Этоксисклерол у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, которым противопоказано выполнения геморроидэктомия, доказало свою безопасность в лечении данной категории больных.

Выводы. Результаты склерозирующего лечения 3% раствором Этоксисклерола больных с геморроем, осложненным постгеморагической анемией, показали высокую эффективность методики, достигающую 100%, при остановке хронических геморроидальных кровотечений. У пациентов с 2-3 стадией заболевания и постгеморагической анемией средней тяжести (Гемоглобин ниже 60 г/л) склеротерапия может применяться в качестве

первого этапа лечения для остановки кровотечений с последующим выполнением геморроидэктомии.,

**Давлатзода Н.С.^{1.}, Салимзода А.Х.^{1,2.}, Давлатов М.В.^{1,2.}, Исмоилов Н.Б.^{2.}
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ЛЕЧЕНИЯ
ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА**

¹Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
Таджикистан.

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Провести анализ послеоперационной нестабильности пациентов с дегенеративным стенозом позвоночного канала (ДСПК) поясничной и шейной локализации патологии позвоночного столба.

Материал и методы. Изучены данные о 557 больных с ДСПК поясничного и шейного отдела позвоночника. В анализируемом материале женщин было 219 (39,3%), мужчин - 338 (60,7%). Возраст больных варьировал от 31 до 74 года. Распределение пациентов с ДСПК по возрастным критериям ВОЗ: 18-44 лет – 155 (27,8%), 45-59 лет – 237 (42,6%), 60-74 года – 165 (29,6%). Медиана возраста – 53,7 ± 64,4 лет. Больные распределялись на две группы. В первой группе были анализированы 290 (52,1%) пациентов, которым выполнялась открытая микродискэктомия, во второй группе – 267 (47,9%) пациентом, которым применялось малоинвазивная эндоскопическая дискэктомия. В свою очередь, каждая из вышеназванных групп делили на две подгруппы – с моносегментным и полисегментным поражением. В комплексном обследовании больных применяли клинко-неврологическое исследование, обзорную и функциональную спондилографию, КТ, МРТ и статистическое исследование.

Результаты исследования. Результаты лечения при эндоскопической дискэктомии, независимо от протяженности уровень поражения (моносегментарные и полисегментарные), статистически значимо лучше по сравнению с микрохирургической дискэктомии. В каждой из двух вышеприведенных группах сравнения результаты лечения при моносегментарных поражениях статистически значимо лучше по сравнению с полисегментарными поражениями. Также в каждой из двух вышеприведенных группах сравнения результаты лечения в динамике после года от начала лечения ухудшаются и незначительно улучшаются ко второму году после операции. Анализируя эти закономерности и сравнивая их с результатами комплексных клинических данных и результатов вспомогательных исследований, было выявлено взаимосвязь для развития послеоперационной нестабильности данных уровней позвоночника.

Выводы. Результаты исследования однозначно свидетельствуют о наиболее значимой роли послеоперационной нестабильности в исходах дегенеративного стеноза поясничного и шейного отдела позвоночника. Что касается феномена стабилизации двух вышеназванных ключевых показателей к второму году после операции, то они совпадают с так называемым феноменом рестабилизации, связанном с развитием компенсаторной гипертрофии суставно-связочного аппарата позвоночника.

**Давлатов М.В.^{1.}, Давлатзода Н.В.^{1.}, Рахмонзода Х.Дж.^{2.}
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ
ИНСУЛЬТЕ**

¹Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
Таджикистан.

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Определить предикторы исхода геморрагического инсульта и обосновать рациональную лечебную терапию.

Материал и методы. Были проанализированы результаты данных 170 пациентов с верифицированным диагнозом геморрагического инсульта с внутримозговыми гематомами, госпитализированных в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2020 по декабрь 2025 года. Средний возраст пациентов составил $57,7 \pm 12,4$ года (диапазон от 22 до 86 лет); среди них — 115 мужчин и 65 женщин. Всем пациентам при поступлении проводилось комплексное клиниконеврологическое обследование, лабораторная диагностика и нейровизуализация. Основным методом нейровизуализации была компьютерная томография головного мозга, по данным которой определялись: локализация и объем гематомы; наличие и выраженность перифокального отека; присутствие внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК); степень дислокации срединных структур мозга.

Результаты исследования. Неврологический статус при поступлении, оцениваемый по ШКГ, является ключевым прогностическим фактором. Распределение пациентов по уровню сознания при поступлении в зависимости от тактики лечения. Уровень сознания (по ШКГ) при поступлении. Хирургическое лечение ($n=53$), консервативное лечение ($n=117$).

Локализация гематомы является одним из определяющих факторов при планировании лечения. Проведенный анализ выявил, что наиболее частой локализацией в обеих группах была теменно-височная область (49,1% в хирургической группе и 46,2% в консервативной; $p=0,872$). Хирургическое вмешательство численно чаще применялось при сложных, обширных гематомах с лобно-теменной и лобнотемменно-височной локализацией – в сумме 28,3% (15/53) случаев против 23,9% (28/117) в консервативной группе, однако это различие не достигло статистической значимости.

Среди 53 прооперированных пациентов спектр хирургических вмешательств распределился следующим образом: • краниотомия / Краниоэктомия - 27 случаев (50,9%); • миникраниотомия - 13 случаев (24,5%); • эндоскопическая эвакуация – 7 случаев (13,2%); • вентрикулярное дренирование - 4 случая (7,5%); • другие методы - 2 случая (3,8%).

Суммарная доля малоинвазивных методов (миникраниотомия и эндоскопическая эвакуация) составила 37,7% (20/53) от всех операций. Для оценки общей эффективности методов лечения был проведен первичный сравнительный анализ исходов у пациентов, получивших хирургическое и консервативное лечение. В группе хирургического лечения доля положительных исходов была достоверно выше, чем в группе консервативной терапии (71,7% против 52,1%; $p=0,016$). Для объективной оценки динамики неврологического статуса был проанализирован прирост показателя по ШКГ от момента поступления до выписки.

Объем внутримозговой гематомы является одним из наиболее значимых и объективных прогностических факторов, напрямую влияющих на масс-эффект, выраженность дислокационного синдрома и, как следствие, на выбор лечебной тактики и конечный исход. Объем гематомы, измеренный по данным КТ, продемонстрировал наиболее выраженное прогностическое значение. В группе пациентов с малым объемом гематомы (группами хирургического (62,5%) и консервативного (60,0%) лечения, что статистически не различалось ($p>0,05$). Это подтверждает целесообразность консервативной тактики ведения у данной категории больных. В группе со средним объемом гематом (30-60 мл) также отмечалась тенденция к более высокой эффективности хирургического метода (84,0%), по сравнению с консервативным (52,4%). Наиболее выраженные различия наблюдались в группе пациентов с крупными гематомами (>60 мл). Хирургическое вмешательство было ассоциировано с достоверно более высокой частотой благоприятных исходов, по сравнению с консервативной терапией – 58,3% (7/12) против 12,5% (2/16) ($p = 0,009$).

Выводы. Данные исследования не только подтверждают, что объем гематомы является ключевым прогностическим фактором, но и позволяют определять многочисленные пороги для тактических решений, развивая и конкретизируя выводы предыдущих работ и обеспечивая четкие числовые ориентиры для практики. Частота

применения малоинвазивных вмешательств (37,7%) вызывает актуальную направленность на снижение травматичности лечения.

Давлатова Т.Р., Курбонов А.У., Махмадов С.Х.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЁГКОГО

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности центрального рака лёгкого и оценить эффективность применяемых методов диагностики и лечения.

Материал и методы. В исследовании проанализированы данные пациентов с диагностированным центральным раком лёгкого. Использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, включая рентгенографию органов грудной клетки, компьютерную томографию, бронхоскопию с биопсией и гистологическое исследование. Статистическая обработка данных проводилась с применением стандартных методов анализа.

Результаты исследования. У большинства пациентов заболевание выявлялось на II–III стадиях, что связано с поздним обращением за медицинской помощью. Наиболее частыми клиническими проявлениями являлись кашель, одышка и кровохарканье. Бронхоскопия показала высокую диагностическую ценность при центральных опухолях лёгкого. Комбинированное лечение (хирургическое вмешательство в сочетании с химио- или лучевой терапией) способствовало улучшению показателей выживаемости по сравнению с изолированными методами лечения.

Выводы. Центральный рак лёгкого характеризуется поздней диагностикой и неблагоприятным прогнозом. Ранняя диагностика с использованием бронхоскопии и современных методов визуализации играет ключевую роль в повышении эффективности лечения. Комплексный подход к терапии позволяет улучшить клинические исходы и качество жизни пациентов.

Даминова Н.М., Гулов Ф.М., Умари А.Р., Хамроев Б.М.

ПРИЧИНЫ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТРАНСФИНКТЕРНЫХ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.

Кафедра общей хирургии №1 имени А.Н. Каххорова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить причину и частоту развития трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование 100 больных с параректальными свищами, госпитализированных в колопроктологическом отделении ГУ ГМЦ №2 им. Академика К. Т. Таджиева г. Душанбе за период с 2024 по 2026 годы. Возраст больных составлял от 18 до 70 лет, средний возраст составил 45,3 лет ± 2,1 лет. Мужчин было 70 (70%), женщин 30 (30%). Всем пациентам проводился ряд клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований. Клинико-лабораторные методы исследования включали: сбор анамнеза, жалоб пациента, проведение физикального осмотра, а также выполнение лабораторных анализов, в том числе общего и биохимического анализа крови, анализов мочи и кала. В перечень инструментальных методов относится: проверка анального рефлекса, пальцевое ректальное исследование, аноскопия, ректороманоскопия, проба с красителем, зондирование свищевого хода, сфинктерометрия, УЗИ перианальной области, фистулография, аноректальная манометрия и эластометрия. Также выписки из больницы и медицинских карт при их наличии.

Результаты исследования. Наше комплексное исследование показало, что из общего количества больных выявлено: у 50 (50%) пациентов интрасфинктерный, 35 (35%) больных трансфинктерный и у 15 (15%) больных экстрасфинктерные параректальные свищи. У 70

(70%) больных параректальный свищ развился после перенесенного острого паропроктита. Пациенты, которые составили эту группу, количеством 30 (21%) не обратились, к специалисту и гнойники вскрылись самостоятельно. 20 (14%) больных были оперированы общими хирургами в общехирургических стационарах. 20 (14%) больных были оперированы в амбулаторных условиях. У 15 (4,5%) больных с экстрасфинктерным параректальным свищом была механическая травма промежности и прямой кишки. У 5 (1,5%) больных мы установили туберкулёз прямой кишки, который привёл к образованию свища. У 10 (3%) больных развился на фоне онкологической патологии прямой кишки. Методом глубокого ультразвукового исследования прямой кишки и фистулографией с контрастом и под контролем КТ и МРТ у 50 пациентов с трансфинктерным и экстрасфинктерными параректальными свищами установили наличие глубоких затёков в ишиоректальном у 25 (12,5%), пельвиоректальном у 15 (7,5%), у 10 (5%) ретроректальных пространствах. В ходе нашего исследования установлено что трансфинктерные и экстрасфинктерные параректальные свищи обычно развиваются при глубоких ишиоректальных, пельвиоректальных и ретроректальных паропроктитах.

Выводы. Наиболее частой причиной развития трансфинктерных и экстрасфинктерных параректальных свищей является глубокое расположение острого (ишиоректального, пельвиоректального и ретроректального) паропроктита области прямой кишки, является позднее обращение больных к хирургу и неполноценная обработка внутреннего отверстия во время операции.

Джафаров М.Ф., Сайфиддинзода М.Б., Абдуллоев С.Х.

РАДИОТЕРАПИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА КОЖИ

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».
Таджикистан.

Цель исследования. Оценить способ применения ранозаживляющей мази "ХИТИНИДАЗОЛ" в радиотерапии и осложнения рака кожи.

Материал и методы. Линимент бальзамический «ХИТИНИДАЗОЛ» производитель ООО «Назар фарм», Таджикистан. Линимент бальзамический «ХИТИНИДАЗОЛ» Ранозаживляющая мазь, включающая пчелиный воск, отличающаяся тем, что она дополнительно содержит облепиховое масло, метронидазол, карбонат кальция, кордицепс, хитозан, эмульгатор, вазелин при следующем соотношении компонентов, мас. %: Облепиховое масло – 10-20; Метронидазол - 0,5-1,00; Карбонат кальция - 0,3-0,5; Кордицепс - 0,075-1,00; Хитозан - 0,015-0,02; Эмульгатор- 20-35; Пчелиный воск - 5-10; Вазелин - 70-100» и противомикробное действие, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (стафилококков, синегнойных и кишечных палочек, воспалительные процессы).

Результаты исследования. Предлагаемый способ применения линимента бальзамического Хитинидазол для лечения постлучевых осложнений рака кожи апробирован на 63 больных в возрасте от 55 до 80 лет. У пациентов основной группы (n=63) после проведения лучевой терапии использовали аппликации линимента бальзамического Хитинидазол в течение всего курса лечения, контрольную группу составили 30 больных раком кожи, которые получали лучевое лечение без каких-либо дополнительных мероприятий. Курс лечения в группах составил 10-15 дней. Нашей целью являлось лечение постлучевых осложнений рака кожи путем использования оригинальной мази, содержащей эдистероиды. Поставленная цель достигалась нанесением на область лучевых изменений линимента или нанесением вышеуказанной мази на участки кожи, подвергающиеся лучевому воздействию с профилактической целью.

Предложенный способ лечения осуществлялся следующим образом: перед каждым сеансом лучевого лечения, после тщательной обработки кожи, еще раз проверяют чистоту кожи в зоне опухоли, проводится лучевая терапия. После лучевого лечения обрабатываются раны, попадающие в зону облучения, наносится мазь Хитинидазол.

Больному назначается повторное применение линимента бальзамического Хитинидазола перед сном. Данный курс назначается с первого дня и до завершения полного курса лечения, а после окончания курса лучевой терапии назначается применение мази дома в течение месяца. Степень выраженности лучевых реакций уменьшается, в частности, гиперемия кожи, ее отек, в случае воздействия препарата с профилактической целью. Хитинидазол обеспечивает очищение язвы от гнойного налета, активную регенерацию и заживление язвенных дефектов кожи. Отмечен удовлетворительный эффект.

В ходе изучения действия Хитинидазола все пациенты обследовались по стандартной схеме, принятой в Республиканском онкологическом научном центре, включающей все клинические методы исследования.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования доказывают высокую медико-социальную эффективность использования линимента бальзамического Хитинидазол для профилактики и лечения местных лучевых реакций кожи, т.к. при этом наступает более позднее их развитие, достоверно снижается степень их выраженности, сокращается средняя длительность их течения и быстро купируется болевой синдром, что существенно улучшает качество жизни больных.

Джумаев Дж.Н^{2.}, Ризоев И.М^{1,2.}, Мухсини Т.Б^{2.}, Додарбеков Х.А^{2.}

ТРАСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ

- 1 Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
- 2 ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Анализ результатов транспедикулярной фиксации при травматической деформации позвоночника.

Материал и методы. Проведен анализ эффективности лечения при травматической деформации позвоночника на пояснично крестцовом уровне с использованием транспедикулярной фиксации. Транспедикулярная фиксация была проведена у 37 пациентов, средний возраст которых $43,4 \pm 1,9$ года, соотношение женщин и мужчин – 15:22. Возраст пациентов и соотношение полов в группах не имели статистически достоверной разницы, сопутствующая соматическая патология и ее исходная тяжесть были сопоставимы. Все пациенты были обследованы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» с 2020 по 2025гг., оперированы одной группой хирургов.

Результаты исследования. На сегодняшний день хирургические методы, к сожалению, не имеют 100 % эффективности. В ряде случаев клиника заболевания обусловлена многими патофизиологическими причинами, и проведение хирургического вмешательства может лишь усилить имеющуюся клиническую симптоматику. Наряду с увеличением количества пациентов с травматическими поражениями позвоночника, увеличивается и количество операций, проводимых в мире по поводу транспедикулярной фиксации различной локализации. В то же время рост общего количества операций приводит к увеличению числа пациентов, которым проведенное оперативное вмешательство не принесло грубой неврологической симптоматики.

Проблема поиска оптимального хирургического метода лечения повреждение позвоночника до сих пор остается актуальной. Метод, представленный в литературе, имеет свои преимущества и недостатки.

Несмотря на то, что этот метод используется довольно широко, сравнение в эффективности с золотым стандартом хирургии травматических повреждений позвоночника, в литературе встречается часто, к тому же сравнение в некоторых публикациях проводится в основном по клиническим синдромам, без использования шкал. Степень фоновой неврологической симптоматики в группах больных, оперированных транспедикулярной фиксацией, была сходной как до операции, так и после, поэтому были применены шкалы для

оценки качества жизни пациента и для выраженности и динамики неврологического синдрома как основного симптома заболевания. До операции больные обеих групп имели характерную симптоматику с различной степенью выраженности неврологического синдрома без существенных различий.

Выводы. Преимущества транспедикулярной фиксации выражаются в уменьшении времени и объема оперативного вмешательства, сокращении койка дня, уменьшении послеоперационного использования наркотических анальгетиков, улучшении послеоперационных результатов. Анализ динамики изучаемых показателей после операции выявил отсутствие существенных различий в регрессе клинических симптомов. Транспедикулярная фиксация при лечении травматических повреждений позвоночника позволяет ожидать существенного повышения эффективности хирургических вмешательств.

Додихудоев Р.А., Назаров Ш. К., Холбегов А.М., Отаев Ш.З.
ДИНАМИКА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ВЫБОР ЭТАПНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ
ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К. М. Курбонова.
ГОО «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Оценить динамику антибиотикорезистентности и сопоставить результаты пункционно-дренирующих и открытых хирургических вмешательств у пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Материал и методы. За период 2015–2026 годов проведён анализ лечения 87 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Инфицированная форма диагностирована у 35 пациентов, что составило 40,2% от общего числа деструктивных форм. Средний возраст больных составил $49,3 \pm 11,2$ года, мужчин было 22 (63%), женщин – 13 (37). Тяжесть состояния по шкале APACHE II при поступлении достигала $14,6 \pm 3,4$ балла. Верификация инфицирования проводилась микробиологическим исследованием пунктата из зон деструкции. Антибиотикорезистентность оценивали при поступлении, на 7–10-е и на 14–18-е сутки госпитализации с использованием диско-диффузионного теста и определения минимальной подавляющей концентрации (Е-тест). Хирургическое лечение проходило поэтапно. Первым этапом всем 35 пациентам выполнялось чрескожное пункционно-дренирующее вмешательство под ультразвуковой навигацией с установкой дренажей 12–16 Fr и забором материала для микробиологического исследования. При неэффективности дренирования, которая оценивалась по сохранению лихорадки, лейкоцитоза и снижению уровня С-реактивного белка менее чем на 30% за 72 часа, вторым этапом выполнялись видеоретроперитонеоскопические санации. Третьим этапом при прогрессировании абдоминальной флегмоны или развитии аррозивного кровотечения проводились открытые операции, включавшие лапаротомию, оментобурсостомию и некрсеквестрэктомию. Продолжительность стационарного лечения варьировала от 20 до 35 дней. Статистическая обработка выполнена с использованием U-критерия Манна-Уитни, критерия χ^2 и логистической регрессии; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В процессе лечения у 25 из 35 пациентов (71%) зафиксирована трёхкратная смена спектра антибиотикорезистентности. При поступлении повышенная чувствительность микрофлоры к цефтриаксону большинства больных, и стартовая эмпирическая терапия цефтриаксоном проведена всем 35 пациентам. К исходу первой недели – началу второй недели госпитализации у 25 пациентов (71%) развилась резистентность к цефтриаксону, что потребовало замены антибиотика на карбапенем. На третьей неделе лечения на фоне терапии карбапенемом у 20 пациентов (57%) отмечено нарастание признаков инфекционного процесса. Повторный анализ чувствительности показал полное отсутствие чувствительности ко всей группе цефалоспоринов. При этом была выявлена чувствительность к Клотримазолу и антибиотикам тетрациклинового ряда, что

позволило перевести пациентов на терапию препаратами тетрациклиновой группы. Смена антибиотика потребовалась в среднем $3,2 \pm 0,7$ раза на одного пациента.

Эффективность этапного хирургического лечения распределилась следующим образом. Только пункционно-дренирующие методы оказались достаточными у 14 пациентов (40%). У этих больных длительность госпитализации составила $22,4 \pm 2,5$ дня, летальность была нулевой. Второй этап в виде видеоретроперитонеоскопии потребовался 21 пациенту (60%), из них у 12 (57%) удалось избежать открытой операции. Общая летальность в группе с видеоэндоскопическими санациями составила 9,5% (2 из 21). Открытые операции выполнены 9 пациентам (25,7%). У этой категории больных средняя длительность лечения достигла $34,1 \pm 3,0$ дня, что достоверно больше, чем в группе только дренирующих вмешательств ($p < 0,05$). Частота аррозивных кровотечений у пациентов, перенёсших открытые операции, составила 44% (4 из 9), а летальность достигла 33,3% (3 из 9). Общая летальность среди 35 больных с инфицированным панкреонекрозом составила 14,3% (5 из 35). Продолжительность стационарного лечения статистически значимо коррелировала с количеством смен антибиотиков ($r = 0,72$; $p < 0,001$) и необходимостью открытых операций

Выводы. У пациентов с инфицированным панкреонекрозом в динамике лечения может развиваться антибиотикорезистентность, что требует повторных микробиологических исследований каждые 7–10 дней. Этапная хирургическая тактика, включающая пункционное дренирование с последующим переходом при необходимости к ретроперитонеоскопии и лишь затем к открытым операциям, позволяет ограничиться малоинвазивными вмешательствами у 40% больных и дополнительно у 57% из оставшихся избежать лапаротомии. Открытые операции при распространённой резистентности ассоциированы с высокой летальностью (33,3%) и частотой аррозивных кровотечений (44%). Длительность госпитализации прямо зависит от кратности смены антибиотиков и этапности хирургического лечения.

Додхоева М.Ф., Идизода Ш.Х.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить структуру оперативных вмешательств и осложнения в родах у женщин с аномалиями развития матки.

Материал и методы. Проведён ретро- и проспективный анализ 232 пациенток с врождёнными аномалиями развития матки за 2015–2024 гг., из них 135 случаев изучены ретроспективно и 97 - проспективно. В структуре аномалий преобладали седловидная матка - 107 сл. (46,1%) и двурогая матка - 101 сл. (43,5%); однорогая матка выявлена у 7 пациенток (3,0%), другие формы - у 17 (7,3%). Для оценки хирургических аспектов родоразрешения изучены показания к кесареву сечению, частота абдоминального родоразрешения, структура дополнительных оперативных вмешательств, интра- и послеоперационные осложнения. Сравнительный анализ осложнений в родах проведён у 85 пациенток с аномалиями развития матки и 38 женщин без данной патологии. Статистическая обработка выполнена с использованием критерия χ^2 и точного критерия Фишера; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У женщин с аномалиями развития матки наиболее частым осложнением в родах являлись аномалии родовой деятельности, выявленные у каждой третьей пациентки - 35,3%, что статистически значимо превышало показатель группы сравнения - 10,5% ($p = 0,004$). Среди других осложнений отмечались гипертензивные нарушения - 23,5%, родовое излитие околоплодных вод - 20,0%, дистресс плода - 14,1%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 9,4%, обструктивные роды

- 5,9%. Низкое прикрепление плаценты, антенатальная гибель плода и выпадение мелких частей и пуповины плода встречались по 4,7%, угроза разрыва матки - 2,4%, разрыв матки - 1,2%, хориоамнионит - 3,5%. По большинству осложнений статистически значимых различий с группой сравнения не выявлено ($p > 0,05$). Основным методом родоразрешения во всех исследуемых группах являлось кесарево сечение, которое было выполнено у 70 из 85 пациенток с аномалиями развития матки. Его частота составила 77,8% при двуругой матке, 87,2% при седловидной и 80,0% при других формах аномалий, без статистически значимых различий между группами ($p > 0,05$). Важной хирургической особенностью являлось то, что у 39 из 97 пациенток основной группы аномалия развития матки была обнаружена непосредственно во время текущей операции кесарева сечения, ещё у 8 пациенток - при предыдущем оперативном родоразрешении. Наряду с кесаревым сечением у части пациенток потребовались дополнительные хирургические вмешательства: ампутация матки - 5,6%, наложение гемостатических швов по Б-Линчу - 5,6%, дренирование брюшной полости - 25,7%, стерилизация путём перевязки маточных труб - 8,5%. Большинство осложнённых оперативных вмешательств приходилось на группу женщин с двуругой маткой. В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению ведущими были рубец на матке - 44,3%, поперечное положение плода - 44,3%, собственно аномалии развития матки - 20,0%, косое положение плода, ПОНРП и бесплодие в анамнезе - по 5,7%, дистресс плода и единственная почка - по 2,9%. При этом 71,4% операций выполнены в экстренном порядке, преимущественно у пациенток с двуругой маткой.

Вывод. Аномалии развития матки являются значимым фактором риска осложнённого течения родов и высокой частоты оперативного родоразрешения. Основным методом родоразрешения у данной категории пациенток являлось кесарево сечение, частота которого составила 77,8% при двуругой матке, 87,2% при седловидной и 80,0% при других формах аномалий. Наиболее тяжёлые акушерско-хирургические осложнения наблюдались при двуругой матке и в отдельных случаях требовали расширения объёма операции вплоть до ампутации матки. Полученные данные подтверждают необходимость отнесения беременных с аномалиями развития матки к группе высокого акушерско-хирургического риска и родоразрешения в условиях стационара 3-го уровня, готового к оказанию экстренной хирургической помощи.

Додхоева М.Ф., Идизода Ш.Х.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить структуру оперативных вмешательств и осложнения в родах у женщин с аномалиями развития матки.

Материал и методы. Проведён ретро- и проспективный анализ 232 пациенток с врождёнными аномалиями развития матки за 2015–2024 гг., из них 135 случаев изучены ретроспективно и 97 - проспективно. В структуре аномалий преобладали седловидная матка - 107 сл. (46,1%) и двуругая матка - 101 сл. (43,5%); однорогая матка выявлена у 7 пациенток (3,0%), другие формы - у 17 (7,3%). Для оценки хирургических аспектов родоразрешения изучены показания к кесареву сечению, частота абдоминального родоразрешения, структура дополнительных оперативных вмешательств, интра- и послеоперационные осложнения. Сравнительный анализ осложнений в родах проведён у 85 пациенток с аномалиями развития матки и 38 женщин без данной патологии. Статистическая обработка выполнена с использованием критерия χ^2 и точного критерия Фишера; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У женщин с аномалиями развития матки наиболее частым осложнением в родах являлись аномалии родовой деятельности, выявленные у каждой третьей пациентки - 35,3%, что статистически значимо превышало показатель

группы сравнения - 10,5% ($p=0,004$). Среди других осложнений отмечались гипертензивные нарушения - 23,5%, родовое излитие околоплодных вод - 20,0%, дистресс плода - 14,1%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 9,4%, обструктивные роды - 5,9%. Низкое прикрепление плаценты, антенатальная гибель плода и выпадение мелких частей и пуповины плода встречались по 4,7%, угроза разрыва матки - 2,4%, разрыв матки - 1,2%, хориоамнионит - 3,5%. По большинству осложнений статистически значимых различий с группой сравнения не выявлено ($p>0,05$). Основным методом родоразрешения во всех исследуемых группах являлось кесарево сечение, которое было выполнено у 70 из 85 пациенток с аномалиями развития матки. Его частота составила 77,8% при двурогой матке, 87,2% при седловидной и 80,0% при других формах аномалий, без статистически значимых различий между группами ($p>0,05$). Важной хирургической особенностью являлось то, что у 39 из 97 пациенток основной группы аномалия развития матки была обнаружена непосредственно во время текущей операции кесарева сечения, ещё у 8 пациенток - при предыдущем оперативном родоразрешении. Наряду с кесаревым сечением у части пациенток потребовались дополнительные хирургические вмешательства: ампутация матки - 5,6%, наложение гемостатических швов по Б-Линчу - 5,6%, дренирование брюшной полости - 25,7%, стерилизация путём перевязки маточных труб - 8,5%. Большинство осложнённых оперативных вмешательств приходилось на группу женщин с двурогой маткой. В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению ведущими были рубец на матке - 44,3%, поперечное положение плода - 44,3%, собственно аномалии развития матки - 20,0%, косое положение плода, ПОНРП и бесплодие в анамнезе - по 5,7%, дистресс плода и единственная почка - по 2,9%. При этом 71,4% операций выполнены в экстренном порядке, преимущественно у пациенток с двурогой маткой.

Выводы. Аномалии развития матки являются значимым фактором риска осложнённого течения родов и высокой частоты оперативного родоразрешения. Основным методом родоразрешения у данной категории пациенток являлось кесарево сечение, частота которого составила 77,8% при двурогой матке, 87,2% при седловидной и 80,0% при других формах аномалий. Наиболее тяжёлые акушерско-хирургические осложнения наблюдались при двурогой матке и в отдельных случаях требовали расширения объёма операции вплоть до ампутации матки. Полученные данные подтверждают необходимость отнесения беременных с аномалиями развития матки к группе высокого акушерско-хирургического риска и родоразрешения в условиях стационара 3-го уровня, готового к оказанию экстренной хирургической помощи.

Достиев У.А. Исмоилзода С.С. Тагоев С.Х. Исмаев Ш.Х
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОСЛЕ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного подхода к профилактике возвратных инфекций после трансплантации почки у пациентов с сахарным диабетом и определить его влияние на частоту инфекционных осложнений и функцию трансплантата.

Материал и методы. Проведен анализ результатов трансплантации почки у 200 пациентов с ХБП 5 стадии в исходе сахарного диабета, находившихся на лечении в 2014–2024 гг. Пациенты были разделены на две группы: основная группа ($n=98$), в которой применялся комплексный подход, включающий модифицированные хирургические методики профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса, коррекцию уродинамических нарушений и интраоперационную диагностику очагов инфекции, и контрольная группа ($n=102$), где использовались стандартные методы лечения. Оценивались частота инфекций мочевыводящих путей, показатели функции трансплантата (креатинин, скорость клубочковой фильтрации), а также частота возвратных инфекций. Статистический анализ

включал χ^2 -критерий, расчет отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что частота возвратных инфекций мочевыводящих путей в основной группе составила 22,4%, тогда как в контрольной группе — 44,1% (OR = 0,37; 95% ДИ: 0,20–0,68; $p < 0,01$). Риск развития пузырно-мочеточникового рефлюкса был ниже в основной группе (18,3% против 35,3%; OR = 0,41; 95% ДИ: 0,22–0,78; $p < 0,05$). Частота необходимости нефрэктомии нативных почек по поводу хронической инфекции составила 9,2% и 21,6% соответственно (OR = 0,36; 95% ДИ: 0,15–0,86; $p < 0,05$).

Показатели функции трансплантата были достоверно лучше у пациентов основной группы: уровень креатинина на 1 месяц составил 136 ± 24 мкмоль/л против 168 ± 31 мкмоль/л в контрольной группе ($p < 0,01$). Частота ранней дисфункции трансплантата составила 19,4% против 33,3% соответственно (OR = 0,48; 95% ДИ: 0,25–0,92; $p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с сахарным диабетом имеют высокий риск инфекционных осложнений после трансплантации почки, что связано с уродинамическими нарушениями, наличием хронических очагов инфекции и снижением иммунного ответа. Применение комплексного подхода позволяет воздействовать на ключевые патогенетические механизмы развития возвратных инфекций и улучшить результаты трансплантации.

Выводы. Комплексная профилактика возвратных инфекций у пациентов с сахарным диабетом после трансплантации почки позволяет достоверно снизить частоту инфекционных осложнений и улучшить функцию трансплантата. Использование модифицированных хирургических методик и индивидуализированного подхода к диагностике и лечению является эффективным направлением повышения результатов трансплантации почки у данной категории пациентов.

Камолов А.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ ПРИ ПАТОСПЕРМИИ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
ГОУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения варикоцеле при патоспермии после операции Иванисевича и формирования межвенозных анастомозов.

Материал и методы. Были выполнены два вида оперативных вмешательств. Операция Иванисевича выполнена 74 и операция формированием межвенозных анастомозов 53 больным. Для исследования больных методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) применяли аппарат СД-100 «Вингмед» фирмы «Medata» (Швеция, 1987г.). Для выявления гемодинамического типа варикоцеле проводили УЗ функциональную пробу Флати. Ультрасонография позволяла измерять линейную скорость кровотока и индекс резистентности яичковой артерии. Спермограмму проводили после 3-5 дневного полового воздержания. Операция Иванисевича проводилась в классическом виде. Виды формирования межвенозных анастомозов выполнялась в зависимости от гемодинамического типа варикоцеле. При илеосперматическом гемодинамическом типе дистальный тестикулоэпигастральный анастомоз был сформирован у – 29 и тестикулосафенный у – 9 больных. При реносперматическом гемодинамическом типе варикоцеле 4 пациентам был сформирован проксимальный тестикулоэпигастральный анастомоз. При смешанном гемодинамическом типе варикоцеле, после пересечения внутренней семенной вены, формировали два анастомоза с притоками подвздошной вены 10 пациентам.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде через год и более в обеих группах клинически были выявлены улучшения. Однако, дискомфорт и боли в области мошонки оставались у 6 из 37, а после операции васкуляризации у 2 из 17 больных. Клинически рецидив заболевания после операции Иванисевича было выявлено у 19 (26,8%) пациентов. Причем у 4 из них был ложный рецидив, т.к. сразу после операции эффекта от операции не было. После операции васкуляризации рецидива заболевания не было.

С улучшением гемодинамических показателей изменились и показатели спермограммы после выполненных операций. Так, после операции Иванисевича увеличилась концентрация сперматозоидов с 9,3 до 11,2x10⁶; подвижность с 26,7 до 32%; количество живых с 31,7 до 38%. По сравнению с этими показателями после операции формирования межвеннозных анастомозов были получены более лучшие Результаты исследования Увеличилась концентрация сперматозоидов с 9,2 до 16,8x10⁶; подвижность с 26,4 до 48%; количество живых с 31,4 до 57%. Эти показатели получены при наблюдении до одного года. С улучшением количественных и качественных показателей спермограммы, изменились и виды патоспермии. После операции Иванисевича имелась тенденция к уменьшению всех видов патоспермии. Так, до и после операции гипоспермия была 6(3), азооспермия 11(10), некроспермия 7(6), тератоспермия 9(6), астенозооспермия 22(19), олигоспермия 12(10) соответственно.

После операции формирования межвеннозных анастомозов улучшения видов патоспермии была значительно лучше. Так, до и после операции гипоспермия была 6(1), азооспермия 11(3), некроспермия 7(1), тератоспермия 12(3), астенозооспермия 29(5), олигоспермия 12(2) соответственно.

Выводы. Таким образом, операция формирование межвеннозных анастомозов, по сравнению распространенным методом Иванисевича, при лечении варикоцеле является патогенетически обоснованным методом лечения. В отдаленном периоде после операции выявлено улучшение кровообращения яичек, значительное увеличение объема яичек при ее гипотрофии, что улучшила качеством параметром спермы и уменьшила различные вида патоспермии.

Карим-Заде Г.Д., Маликов М.Х.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТРЫВНОЙ АМПУТАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Показать эффективность применения пахового лоскута при травматической ампутации указательного пальца для сохранения остаточной длины культи и восстановления функции пальца.

Материал и методы. В Отделении пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в экстренном порядке прооперирован пациент Б., 26 лет с диагнозом: Тяжелая травма левой кисти. Травматическая отрывная ампутация указательного пальца на уровне средней фаланги с обширным циркулярным дефектом мягких тканей. Больной получил травму при случайном попадании кисти в аппарат для производства цемента, в результате которой была получена ампутация пальца. При поступлении имеется ампутация II пальца на уровне средней фаланги и перчаточный дефект мягких тканей, по ладонной поверхности визуализировались проксимальные концы оторванных сухожилий поверхностного и глубокого сгибателя второго пальца, а также пальцевых сосудисто-нервных пучков, активного кровотечения из раны нет. Дефект носил циркулярный характер и простирался по тыльной поверхности до средней трети пястной кости указательного пальца с переходом на радиальную поверхность основания третьего пальца. Больному выполнена рентгенография кисти, на которой отмечалась ампутация второго пальца на уровне средней фаланги, других костно-суставных изменений нет.

Результаты исследования. После кратковременной подготовки больному был взят на операцию, под общим эндотрахеальным наркозом. Первоначально была выполнена первичная хирургическая обработка раны с экономным иссечением нежизнеспособных тканей, после проведения которой площадь дефекта составила 86 см². С целью реконструкции поврежденного пальца и сохранения остаточной длины костный и мягкотканый дефект средней фаланги пальца был укрыт осевым паховым лоскутом размером

12см x 8 см на сосудистой ножке, с ушиванием донорской раны. Отсечение ножки лоскута было выполнено на 22 день. Пересаженный паховый лоскут полностью прижился, заживление донорской раны первичное. После проведения реабилитационной терапии отмечается приемлемый эстетический вид и восстановление функциональной способности созданного пальца в виде грубого и щипкового захвата.

Выводы. Представленный клинический случай успешного укрытия перчаточного дефекта указательного пальца кисти с применением пахового лоскута, как одного из надежных лоскутов позволил избежать альтернативного варианта, в т.ч. создания четырехпалой кисти с формированием культи пальца. Использование транспозиционного осевого пахового лоскута восполнил контурный покровный дефект, способствовал удлинению остаточной длины пальца с получением приемлемого функционального результата.

Каримзода У.А., Каримова Ш.М., Шокирова Р.Р.

ПОКАЗАНИЯ К АБДОМИНАЛЬНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ИХ ИЗОЛИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Таджикистан

Цель исследования. Изучить структуру и частоту показаний к абдоминальному родоразрешению у женщин с тяжёлой преэклампсией, дородовым разрывом плодных оболочек и их сочетанием.

Материал и методы. Проведён ретро- и проспективный анализ течения родов у 112 рожениц, разделенных на две группы. Первую или основную группу составили 26 беременных с тяжёлой преэклампсией (ТПЭ) в сочетании с дородовым разрывом плодных оболочек (ДРПО), группу сравнения – 86 пациенток, разделённых на подгруппы: А (преэклампсия без ДРПО, n=12) и Б (ДРПО без преэклампсии, n=74). Всем роженицам проведена оценка показаний к абдоминальному родоразрешению. Статистический анализ проводился с использованием критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

Результаты исследования. Средний возраст в основной и группе сравнения статистически значимо не отличался и составил $25,5 \pm 5,2$ и $24,4 \pm 5,8$ лет ($p > 0,05$) с диапазоном колебаний от 19 до 42 лет в обеих группах. Анализ показаний к кесареву сечению показал, что их структура различалась между исследуемыми группами. Затянувшиеся роды, как показание к абдоминальному родоразрешению, при изолированном ДРПО оказались в 2,1 и 2,3 раза больше, чем при ТПЭ и их сочетании и составили 17,6%; 8,3% и 7,7% соответственно ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$; $p = 0,002$, $df = 2$). Аналогичная разница отмечена при обструктивных родах, родоразрешенных путем операции кесарева сечения (КС): в подгруппе Б они имели место у 17,6% по сравнению с основной группой (11,5%) и подгруппой А (8,3%) ($p_{1,2} < 0,05$; $df = 2$).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты встречалась без значимых различий между группами. Неудачная индукция родов являлась одной из ведущих причин оперативного родоразрешения и чаще отмечалась в подгруппе А (25,0%) и основной группе (19,2%) по сравнению с подгруппой Б (13,5%) ($p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,001$; $df = 2$). В ряде случаев она сочеталась с тазовым предлежанием плода, которое чаще регистрировалось в подгруппе А (16,7%) и подгруппе Б (9,5%), чем в основной группе (7,7%) ($p < 0,05$; $df = 2$). Переношенная беременность как фактор встречалась редко и не имела существенного влияния. Наиболее частым показанием к кесареву сечению явился дистресс плода, который статистически значимо чаще по данным кардиотокографии в основной группе (38,5%) по сравнению с подгруппой А (25,0%) и подгруппой Б (24,3%) ($p_{1,2} < 0,05$; $df = 2$). При этом нередко он сочетался с неблагоприятным акушерским анамнезом и неправильным положением плода. Осложнения тяжёлой преэклампсии (ОПП, HELLP-синдром, отёк лёгких) встречались относительно редко и не имели статистически значимых различий

между группами. Аналогичная ситуация отмечена при несостоятельности рубца на матке. К прочим показаниям (включая бесплодие в анамнезе) относились случаи, зарегистрированные преимущественно в подгруппе Б (8,1%).

Выводы. Таким образом, сочетание преэклампсии и ДРПО является фактором риска кесарева сечения, которое проводилось в 1,6 раз чаще, чем в подгруппе 2А и 2,9 раза чаще, чем в подгруппе 2Б. Основным показанием к операции КС явились дистресс плода и аномалии родовой деятельности, которые явились следствием неудачной родостимуляции.

Каримов М.А., Сохибов Ш.М., Кулобиев Дж., Исматов Ш.Х.
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить факторы риска послеоперационных осложнений и эффективность их профилактики у пациентов с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. В исследование включены 140 пациентов, перенесших абдоминальные хирургические вмешательства в 2018–2024 гг. Основную группу составили пациенты с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа (n=90), контрольную — пациенты без выраженных метаболических нарушений (n=50). В основной группе дополнительно выделена подгруппа (n=45), в которой применялся комплекс профилактических мероприятий, включающий оптимизацию гликемического контроля, коррекцию инсулинорезистентности, индивидуализированную антибактериальную профилактику и протокол ускоренного восстановления (ERAS).

Оценивались частота послеоперационных осложнений, включая инфекционные осложнения, несостоятельность анастомозов и тромбоэмболические события, а также длительность госпитализации. Статистический анализ проводился с использованием χ^2 -критерия, t-критерия Стьюдента, расчёта отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что наличие метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа достоверно увеличивает риск послеоперационных осложнений (38,9% против 18,0%; OR = 2,88; 95% ДИ: 1,32–6,29; $p < 0,01$). Наиболее частыми осложнениями являлись инфекционные процессы (24,4% против 10,0%; OR = 2,92; 95% ДИ: 1,15–7,40; $p < 0,05$) и несостоятельность анастомозов (8,9% против 2,0%; OR = 4,76; 95% ДИ: 0,96–23,6; $p = 0,05$).

Выраженная гипергликемия в послеоперационном периоде (>10 ммоль/л) ассоциировалась с увеличением риска осложнений (OR = 3,41; 95% ДИ: 1,58–7,36; $p < 0,01$), а индекс массы тела >35 кг/м² — с повышением риска инфекционных осложнений (OR = 2,67; 95% ДИ: 1,19–5,98; $p < 0,05$).

Применение комплексной профилактической программы позволило снизить общую частоту осложнений с 42,2% до 24,4% (OR = 0,44; 95% ДИ: 0,20–0,96; $p < 0,05$), а также уменьшить длительность госпитализации ($7,2 \pm 1,4$ против $10,1 \pm 2,3$ суток; $p < 0,01$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что ключевыми патогенетическими механизмами осложнений у данной категории пациентов являются хроническое воспаление, эндотелиальная дисфункция и нарушение микроциркуляции, усиливающиеся на фоне гипергликемии и инсулинорезистентности. Комплексная коррекция метаболических нарушений позволяет снизить выраженность этих процессов и улучшить послеоперационные результаты.

Выводы. Метаболический синдром и сахарный диабет 2 типа являются независимыми факторами риска послеоперационных осложнений (OR = 2,88; $p < 0,01$).

Основными предикторами неблагоприятного течения являются гипергликемия и ожирение. Применение комплексной профилактической стратегии позволяет достоверно снизить частоту осложнений (OR = 0,44; $p < 0,05$) и улучшить результаты хирургического лечения. Стратификация риска должна рассматриваться как обязательный элемент предоперационной подготовки данной категории пациентов.

Каримов М.Б., Хотамов Ш.О., Зиёзода М.Р.

ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ И ИНОРОДНОГО ТЕЛА ХРУСТАЛИКА ПРИ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГЛАЗА

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить клинические результаты одноэтапного удаления инородного тела хрусталика и травматической катаракты с имплантацией интраокулярной линзы у пациентов с проникающими ранениями глаза.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 8 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 1-м глазном отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в период с января 2024 по январь 2026 гг. У всех пациентов диагностированы проникающее ранение роговицы, травматическая катаракта и инородное тело хрусталика. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 23 до 35 лет, средний возраст составил 26 ± 2 года.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, В-сканирование и рентгенографию орбиты в двух проекциях. До операции острота зрения варьировала от правильной светопроекции до 0,08. У большинства пациентов выявлялись помутнение хрусталика различной степени выраженности и признаки воспалительной реакции в передней камере.

Хирургическое лечение включало одноэтапное удаление инородного тела хрусталика и травматической катаракты с имплантацией мягкой интраокулярной линзы. Операция выполнялась через парацентез передней камеры с введением вискоэластика, выполнением кругового капсулорексиса, удалением инородного тела, аспирацией хрусталиковых масс и имплантацией интраокулярной линзы. В послеоперационном периоде пациенты получали местную и системную антибактериальную и противовоспалительную терапию.

Результаты исследования. После хирургического лечения у всех пациентов отмечалось значительное улучшение зрительных функций. Послеоперационная острота зрения составила от 0,4 до 0,8, что свидетельствует о высокой эффективности выполненного хирургического вмешательства. Уже в раннем послеоперационном периоде наблюдалось уменьшение воспалительной реакции, восстановление прозрачности оптических сред и постепенная стабилизация зрительных функций.

В большинстве случаев послеоперационный период протекал без осложнений. Воспалительная реакция в передней камере была умеренно выраженной и успешно купировалась на фоне местной антибактериальной и противовоспалительной терапии. Имплантированные интраокулярные линзы сохраняли правильное положение, признаки вторичного повышения внутриглазного давления не выявлялись.

У одного пациента во время операции отмечалось выпадение стекловидного тела вследствие травматического повреждения задней капсулы хрусталика. В послеоперационном периоде у данного пациента развился отёк роговицы, который был успешно купирован консервативным лечением. В остальных случаях серьёзных интра- и послеоперационных осложнений не зарегистрировано.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что проведение хирургического вмешательства в один этап позволяет одновременно устранить помутневший хрусталик, удалить инородное тело и восстановить оптические функции глаза, что способствует более ранней зрительной реабилитации пациентов.

Выводы. Одноэтапное хирургическое лечение травматической катаракты и инородного тела хрусталика при открытой травме глаза является эффективным методом лечения, позволяющим восстановить прозрачность оптических сред и добиться значительного повышения остроты зрения. Своевременное хирургическое вмешательство и адекватная послеоперационная терапия способствуют благоприятному течению послеоперационного периода и снижению риска осложнений.

Касирова М.Н., Мирзобеков Ф.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МУКОАКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и темпы эвакуации гнойного секрета при включении современных мукоактивных препаратов (эрдостеина) в комплексную схему лечения пациентов с ОГС.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование на базе ЛОР-отделения НМЦ РТ «Шифобахш». В анализ включены 54 пациента с острым гнойным верхнечелюстным синуситом (средний возраст — $34,6 \pm 4,2$ года). Пациенты основной группы ($n=28$) наряду со стандартной антибактериальной и деконгестивной терапией получали эрдостеин (300 мг 2 раза в сутки) в течение 7 дней. Пациенты контрольной группы ($n=26$) получали только стандартную терапию. Эффективность оценивалась по динамике болевого синдрома, данным рентгенографии околоносовых пазух и эндоскопическому контролю характера отделяемого в среднем носовом ходе.

Результаты исследования. У пациентов основной группы на 4-е сутки лечения отмечено достоверное уменьшение интенсивности головной боли и чувства давления в проекции пазух по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Полное очищение пазух от гнойного содержимого (по данным эндоскопии и диагностических пункций) к 6-м суткам зафиксировано у 89,2% пациентов основной группы и лишь у 65,4% пациентов контрольной группы. Сроки пребывания больных в стационаре в основной группе сократились в среднем на $1,8 \pm 0,3$ койко-дня.

Выводы. Включение современных мукоактивных препаратов в схему комплексного лечения ОГС позволяет ускорить эвакуацию гнойного субстрата, восстановить вентиляционную функцию соустьев, снизить потребность в повторных инвазивных манипуляциях и сократить сроки госпитализации.

Кодиров Д.И.¹, Бердиев Р.Н.¹, Коситов Д.Д.^{2,3}, Чориев Ш.Б.²

КИСТОЦИСТЕРНОСТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

1. Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
2. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.
3. Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения арахноидальных кист головного мозга у детей путем внедрения эндоскопической кисто-цистерностомии и изучение её эффективности.

Материал и методы. Были проанализированы результаты оперативного вмешательства у 13 детского возраста, госпитализированных в период с 2021 по 2025 годы в отделение детской нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», являющейся клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, в

возрасте до 18 лет, которым проведена кисто-цистерностомия. Послеоперационный период наблюдения составил от 3 месяцев до 1,5 года.

Результаты исследования. Использование в хирургическом лечении арахноидальных кист головного мозга у детей малоинвазивной техники кисто-цистерностомия позволила значительно уменьшить время оперативного вмешательства, послеоперационный период нахождения больного в стационаре. При этом, создавая искусственные пути кисто-субарахноидального ликворооттока, уменьшилось использование традиционных методов хирургического лечения, как ЛШО и количества осложнения связанных с этой методикой. У всех больных (100%) отмечались общемозговая симптоматика, гипертензионный синдром, судороги. Положительные результаты достигнуты у 9 (69,2%) больных. У 1 (7,7 %) больного отмечено осложнение в виде субдуральной гематомы малого объема, которая самостоятельно рассосалась. У 2-х (15,4 %) стома не функционировала в период нахождения в стационаре, а 1 (7,7%) сформированное отверстие закрылось в первый месяц после операции вследствие обострения вентрикулита.

Выводы. Использование кисто-цистерностомии в хирургическом лечении арахноидальных кист головного мозга у детей, является малоинвазивной техникой операции, который позволяет уменьшить время вмешательства, снизить травматичность и послеоперационные осложнения. Оно может рассматриваться как альтернатива традиционным шунтирующим операциям у детей с арахноидальных кист головного мозга.

Козидавлатзода Б., Акрами П., Мамадалиева Т.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТУБОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность тубопластики у пациенток с трубной беременностью и изучить репродуктивные исходы после хирургического лечения.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 60 пациенток с трубной беременностью, находившихся на лечении в гинекологическом отделении в 2022–2025 гг. Возраст пациенток составил от 20 до 38 лет. Всем больным выполнено хирургическое лечение лапароскопическим доступом. Основную группу составили 35 пациенток, которым проведены органосохраняющие реконструктивно-пластические операции на маточных трубах (туботомия с пластикой трубы). В контрольную группу вошли 25 пациенток после тубэктомии. Оценивались: послеоперационные осложнения; восстановление проходимости маточных труб; частота наступления маточной беременности; риск повторной внематочной беременности; состояние менструальной и репродуктивной функции.

Результаты исследования. У пациенток после тубопластики удовлетворительное течение послеоперационного периода отмечено в 91,4% случаев. Послеоперационные осложнения наблюдались у 8,6% пациенток. По данным контрольной гистеросальпингографии, проходимость маточных труб восстановлена у 74,3% женщин основной группы. В течение 2 лет наблюдения самостоятельная маточная беременность наступила у 62,8% пациенток после реконструктивно-пластических операций, тогда как после тубэктомии — у 36,0% женщин. Повторная внематочная беременность зарегистрирована у 11,4% пациенток после тубопластики и у 8,0% после удаления трубы. Нарушения менструальной функции выявлены у 14,2% пациенток основной группы и у 28,0% пациенток после тубэктомии.

Выводы. Тубопластика при трубной беременности является эффективным органосохраняющим методом хирургического лечения. Реконструктивные операции способствуют сохранению репродуктивной функции и повышают вероятность наступления маточной беременности. Восстановление проходимости маточных труб после пластики

наблюдается более чем у 70% пациенток. Органосохраняющая тактика лечения может быть рекомендована женщинам, заинтересованным в сохранении фертильности.

Козидавлатзода Б., Баротова С.Х.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить влияние тиреоидных гормонов на развитие овариальной дисфункции у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 60 женщин репродуктивного возраста с признаками овариальной дисфункции, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении. Возраст пациенток составил от 20 до 35 лет, средний возраст — $28,4 \pm 4,6$ года. Всем пациенткам проводились: сбор анамнеза и оценка характера менструального цикла; гинекологический осмотр; ультразвуковое исследование органов малого таза; определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (св.Т4) и трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови. В зависимости от состояния щитовидной железы пациентки были разделены на две группы: I группа — 35 женщин с тиреоидной дисфункцией; II группа — 25 женщин без патологии щитовидной железы. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием процентного анализа и сравнительной оценки показателей.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что нарушения функции щитовидной железы встречались у 58,3% женщин с овариальной дисфункцией. Наиболее часто выявлялся гипотиреоз — у 40,0% пациенток, субклинический гипотиреоз отмечался у 18,3%. Повышение уровня ТТГ зарегистрировано у 41,7% обследуемых, снижение уровня свободного Т4 — у 36,7%, изменение уровня Т3 — у 21,7% женщин. Среди клинических проявлений у пациенток I группы преобладали: нарушения менструального цикла — у 76,2%; олигоменорея — у 42,8%; аменорея — у 17,1%; дисфункциональные маточные кровотечения — у 16,3%. Ановуляторные циклы диагностированы у 54,3% женщин с тиреоидной патологией, тогда как во II группе данный показатель составил 20,0%. По данным ультразвукового исследования поликистозные изменения яичников выявлены у 37,1% пациенток I группы и у 16,0% женщин II группы. Жалобы на бесплодие предъявляли 45,7% женщин с нарушением функции щитовидной железы, что в 2 раза превышало показатель контрольной группы.

Выводы. Результаты исследования подтверждают тесную взаимосвязь между тиреоидной дисфункцией и нарушением овариальной функции. Изменение уровня тиреоидных гормонов оказывает негативное влияние на менструальный цикл, процессы овуляции и репродуктивную функцию женщин. Высокая частота гипотиреоза среди пациенток с овариальной дисфункцией свидетельствует о необходимости обязательного исследования тиреоидного статуса у женщин с нарушениями репродуктивной системы. Своевременная диагностика и коррекция тиреоидных нарушений способствует улучшению функции яичников и повышению репродуктивного потенциала.

Козидавлатзода Б., Джабборова Г.И., Аъзамджонова М.Н.

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить влияние гиперпролактинемии на овариальную функцию у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведено обследование 80 женщин репродуктивного возраста от 18 до 40 лет. Основную группу составили 50 пациенток с гиперпролактинемией, контрольную группу — 30 практически здоровых женщин с регулярным менструальным циклом. Всем пациенткам проводились: сбор анамнеза; оценка менструальной и

репродуктивной функции; гинекологический осмотр; ультразвуковое исследование органов малого таза; определение уровней пролактина, ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, АМГ и ТТГ в сыворотке крови. Оценивались характер менструального цикла, наличие овуляции и состояние овариальной функции.

Результаты исследования. Нарушения менструального цикла выявлены у 41 (82,0%) пациентки основной группы. Наиболее часто наблюдались олигоменорея — у 24 (48,0%) женщин и вторичная аменорея — у 11 (22,0%). Регулярный менструальный цикл сохранялся только у 9 (18,0%) пациенток. Бесплодие различной продолжительности диагностировано у 29 (58,0%) женщин с гиперпролактинемией, из них первичное бесплодие отмечалось у 17 (34,0%), вторичное — у 12 (24,0%) пациенток. По результатам гормонального исследования средний уровень пролактина в основной группе был достоверно выше по сравнению с контрольной группой. Снижение уровня прогестерона во второй фазе менструального цикла выявлено у 36 (72,0%) женщин, что свидетельствовало о наличии ановуляции или недостаточности лютеиновой фазы. При ультразвуковом исследовании органов малого таза признаки мультифолликулярных яичников обнаружены у 19 (38,0%) пациенток, уменьшение объёма яичников — у 8 (16,0%), признаки отсутствия доминантного фолликула — у 31 (62,0%) обследованной женщины. Снижение уровня антимюллера гормона отмечалось у 14 (28,0%) пациенток с длительным течением гиперпролактинемии, что может свидетельствовать о снижении овариального резерва. Полученные результаты подтверждают значительное влияние гиперпролактинемии на функциональное состояние яичников и репродуктивную систему женщин репродуктивного возраста.

Выводы. Гиперпролактинемия является одним из ведущих эндокринных факторов нарушения овариальной функции у женщин репродуктивного возраста. У пациенток с гиперпролактинемией наиболее часто выявлялись нарушения менструального цикла в виде олигоменореи и вторичной аменореи, частота которых составила 82,0%. Повышение уровня пролактина сопровождалось нарушением овуляторной функции, развитием недостаточности лютеиновой фазы и снижением уровня прогестерона у 72,0% обследованных женщин. Ультразвуковые признаки нарушения функционального состояния яичников, включая отсутствие доминантного фолликула и мультифолликулярные изменения, выявлены у большинства пациенток основной группы. У части женщин с длительным течением гиперпролактинемии отмечалось снижение овариального резерва, проявляющееся уменьшением уровня антимюллера гормона. Своевременная диагностика и коррекция гиперпролактинемии имеют важное значение для восстановления овариальной функции и улучшения репродуктивного здоровья женщин.

Козидавлатзода Б., Саидова А.Н., Мамадёкубова Д.Д
ОЦЕНКА АКУШЕРСКИХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить акушерские исходы у беременных с миомой матки.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ течения беременности и родов у 80 беременных с миомой матки, находившихся под наблюдением и родоразрешённых в акушерском стационаре в 2022–2025 гг. В основную группу вошли 50 беременных с миомой матки, в контрольную — 30 беременных без миомы матки. Возраст обследованных составил от 24 до 39 лет. Проводилась оценка течения беременности; частоты акушерских осложнений; метода родоразрешения; состояния плода и новорождённого; особенностей послеродового периода. Диагноз миомы матки подтверждался ультразвуковым исследованием.

Результаты исследования. Наиболее частыми осложнениями беременности у пациенток с миомой матки были: угроза прерывания беременности — у 38,0%; анемия беременных — у 32,0%; плацентарная недостаточность — у 24,0%; неправильное положение плода — у 18,0%; преждевременные роды — у 14,0%. У беременных без миомы аналогичные осложнения встречались достоверно реже. Оперативное родоразрешение путём кесарева сечения выполнено у 56,0% пациенток основной группы, тогда как в контрольной группе — у 23,3%. Слабость родовой деятельности наблюдалась у 20,0% беременных с миомой матки, послеродовое гипотоническое кровотечение — у 10,0%. Средняя масса новорождённых у пациенток основной группы составила 3120±420 г. Признаки хронической гипоксии плода выявлены у 16,0% новорождённых. Несмотря на высокую частоту осложнений, при своевременном наблюдении и адекватной тактике ведения беременности в большинстве случаев отмечались благоприятные материнские и перинатальные исходы.

Выводы. Миома матки повышает риск осложнённого течения беременности и родов. У беременных с миомой матки чаще наблюдаются угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность и оперативное родоразрешение. Частота кесарева сечения у пациенток с миомой матки более чем в 2 раза выше по сравнению с беременными без миомы. Своевременная диагностика и рациональная акушерская тактика способствуют снижению риска неблагоприятных исходов беременности и родов.

Косимов И.О. Гулшанова С.Ф. Муллоев И.Дж. Исмаилов Ш.Х
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ
С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОДВЗДОШНЫХ СОСУДОВ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность оптимизированных хирургических подходов при трансплантации почки у пациентов с выраженным поражением подвздошных сосудов и определить их влияние на частоту сосудистых осложнений и функцию трансплантата.

Материал и методы. Проведен анализ результатов трансплантации почки у 110 пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек. Основную группу составили 60 пациентов с выраженным атеросклеротическим поражением подвздошных сосудов, у которых применялись оптимизированные хирургические методики (сосудистая реконструкция, использование протезов и аутовенозных кондуитов). В контрольную группу включены 50 пациентов, которым трансплантация выполнялась по стандартной методике. Оценивались клинические данные, лабораторные показатели функции трансплантата (креатинин, скорость клубочковой фильтрации), а также инструментальные параметры кровотока по данным ультразвуковой доплерографии и КТ-ангиографии. Статистический анализ включал χ^2 -критерий, расчет отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что частота сосудистых осложнений (тромбозы, стенозы анастомозов) в основной группе составила 13,3%, тогда как в контрольной группе — 30,0% (OR = 0,36; 95% ДИ: 0,14–0,92; $p < 0,05$). Риск ранней дисфункции трансплантата был ниже в основной группе (18,3% против 36,0%; OR = 0,39; 95% ДИ: 0,18–0,87; $p < 0,05$). Средний уровень креатинина на 7-е сутки после операции составил 142 ± 28 мкмоль/л в основной группе и 178 ± 34 мкмоль/л в контрольной ($p < 0,01$).

По данным инструментальных методов, показатели кровотока трансплантата (индекс резистентности) были достоверно лучше у пациентов основной группы ($0,68 \pm 0,05$ против $0,74 \pm 0,06$; $p < 0,05$). Применение оптимизированных хирургических подходов позволило расширить показания к трансплантации почки у пациентов с выраженной сосудистой патологией и снизить частоту интраоперационных технических трудностей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что выраженное поражение подвздошных сосудов является значимым фактором риска сосудистых осложнений и нарушения функции трансплантата. Использование реконструктивных методов сосудистого этапа позволяет компенсировать неблагоприятные анатомические условия и улучшить перфузию трансплантата.

Выводы. Применение оптимизированных хирургических методик при трансплантации почки у пациентов с тяжелыми поражениями подвздошных сосудов позволяет достоверно снизить частоту сосудистых осложнений и улучшить ранние функциональные результаты трансплантата. Использование реконструктивных сосудистых технологий расширяет возможности выполнения трансплантации у ранее условно неоперабельных пациентов и должно рассматриваться как эффективный подход в клинической практике трансплантологических центров.

**Косимов М.М., Мустафакулов С.С., Музаффарзода Х.М.
ИНГИБИН В КАК РАННИЙ МАРКЕР ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА
ПОСЛЕ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ**

Кафедра урологии имени профессора А.С.Осими ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость ингибина В как раннего маркера восстановления сперматогенеза у мужчин после хирургического лечения варикоцеле и определить его взаимосвязь с показателями спермограммы в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведено проспективное клиничко-лабораторное исследование с участием 60 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет. Основную группу составили 30 пациентов с клинически значимым варикоцеле II–III степени, которым выполнено хирургическое лечение. В группу сравнения вошли 10 пациентов с варикоцеле, находившихся под динамическим наблюдением без оперативного вмешательства. Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин с нормальными показателями спермограммы и отсутствием патологии органов мошонки.

Всем обследуемым проводили клиническое обследование, ультразвуковое исследование органов мошонки с доплерографией, анализ спермограммы согласно рекомендациям ВОЗ, а также определение концентрации ингибина В в лаборатории Диамед, ФСГ, ЛГ и общего тестостерона в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Оценка результатов в основной группе выполнялась до операции и через 3–6 месяцев после хирургического лечения.

Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюдента и корреляционного анализа Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До оперативного лечения у пациентов основной группы уровень ингибина В составил $92,4 \pm 11,6$ пг/мл, что было достоверно ниже по сравнению с контрольной группой — $168,7 \pm 14,2$ пг/мл ($p < 0,05$). В группе сравнения уровень ингибина В составил $98,1 \pm 10,9$ пг/мл и также был статистически ниже контрольных значений ($p < 0,05$).

Уровень ФСГ у пациентов основной группы до операции составил $9,1 \pm 1,4$ МЕ/л против $4,8 \pm 0,9$ МЕ/л в контрольной группе ($p < 0,05$), ЛГ — $8,3 \pm 1,2$ МЕ/л и $4,5 \pm 0,8$ МЕ/л соответственно ($p < 0,05$). Концентрация общего тестостерона была снижена и составила $11,2 \pm 1,7$ нмоль/л по сравнению с $18,4 \pm 2,1$ нмоль/л в контрольной группе ($p < 0,05$). В группе сравнения показатели ФСГ и ЛГ оставались повышенными — $8,7 \pm 1,3$ МЕ/л и $7,9 \pm 1,1$ МЕ/л соответственно, а уровень тестостерона составил $11,8 \pm 1,5$ нмоль/л.

По данным доплерографии органов мошонки у пациентов основной группы диаметр вен лозовидного сплетения до операции составил $3,8 \pm 0,4$ мм, а длительность патологического венозного рефлюкса — более $2,1 \pm 0,3$ сек. В группе сравнения аналогичные показатели составили $3,6 \pm 0,5$ мм и $1,9 \pm 0,2$ сек соответственно. В контрольной группе расширения вен и патологического рефлюкса не выявлено.

Концентрация сперматозоидов в основной группе до операции составила $18,6 \pm 4,3$ млн/мл против $46,8 \pm 6,1$ млн/мл в контрольной группе ($p < 0,05$), прогрессивная подвижность — $28,4 \pm 5,2\%$ и $56,3 \pm 4,8\%$ соответственно ($p < 0,05$). В группе сравнения показатели спермограммы существенно не отличались от дооперационных значений основной группы.

Через 3–6 месяцев после хирургического лечения в основной группе отмечалось повышение уровня ингибина В до $142,5 \pm 13,8$ пг/мл ($p < 0,05$), снижение уровня ФСГ до $6,1 \pm 1,1$ МЕ/л и ЛГ до $5,4 \pm 0,9$ МЕ/л, а также повышение общего тестостерона до $16,3 \pm 1,9$ нмоль/л. По данным доплерографии диаметр вен лозовидного сплетения уменьшился до $2,1 \pm 0,3$ мм, патологический венозный рефлюкс не определялся либо его продолжительность не превышала 0,5 сек.

Одновременно концентрация сперматозоидов увеличилась до $34,7 \pm 5,6$ млн/мл, а прогрессивная подвижность — до $47,1 \pm 5,4\%$. В группе сравнения достоверной положительной динамики не наблюдалось: уровень ингибина В составил $101,3 \pm 12,1$ пг/мл, ФСГ — $8,4 \pm 1,2$ МЕ/л, ЛГ — $7,5 \pm 1,0$ МЕ/л, тестостерон — $12,1 \pm 1,6$ нмоль/л, а показатели доплерографии и спермограммы оставались практически без изменений ($p > 0,05$). Установлена положительная корреляция между уровнем ингибина В и концентрацией сперматозоидов ($r = 0,68$), а также их прогрессивной подвижностью ($r = 0,61$).

Выводы. Ингибин В является информативным ранним маркером восстановления сперматогенеза после варикоцелеэктомии. Повышение уровня ингибина В ассоциировалось с улучшением показателей спермограммы, что позволяет рассматривать данный показатель как перспективный критерий оценки эффективности хирургического лечения и прогноза восстановления мужской репродуктивной функции.

**Коситов Д.Д.^{2,3}, Рахмонзода Х.Дж.^{1,2}, Саъдиев С.А.^{1,2}, Дагиев Ф.Ш.³.
ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИИ И ГЛУБИННАЯ СТИМУЛЯЦИЯ
ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА**

1. Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
2. Кафедра нейрохирургии и вертебологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан.
3. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Изучить данные международных исследований о методах операции деструктивных или имплантации по хирургическому лечению Болезни Паркинсона и разработать стратегию внедрение в Республики Таджикистан.

Материал и методы. В основе изучение и анализа международных исследование ведущих центров по хирургическому лечению Болезнь Паркинсона в отделение неврологии и нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», которое является клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» были проанализированы 14 пациентов. У всех обследуемых больных была выявлена Болезнь Паркинсона. Критерии отбора было возраст пациента до 70 лет и по Шкале Хён-Яра более 2-3 степени. Во всех случаях проводилось клиничко-неврологическое исследование и

изучении и подбор пациентов для проведения методов операции деструктивных или имплантации. Наблюдаемым пациентам выполнялись 3 тесловая МРТ-исследования, и КТ с фиксированием рамы стреотаксиса.

Результаты исследования. Болезнь Паркинсона – это хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, вызванное прогрессирующим разрушением и гибелью нейронов чёрной субстанции среднего мозга и других отделов центральной нервной системы, использующих в качестве нейромедиатора дофамин, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. Деструктивные операции таламотомия и палидотомия, когда, используя термическое воздействия разрушаются ядра в таламусе. Глубинная стимуляция головного мозга (ГСГМ) заключается в высокочастотной электрической стимуляции глубинных ядер и вызывает подобный лечебный эффект, что и при деструкции. Метод ГСГМ появился в 1960-х годах прошлого столетия. В 1970-х годах метод развился и стал применяться в лечении болевых синдромов, эпилепсии, двигательных расстройств и ДЦП.

Выводы. Деструктивные методы операции они эффективны при дрожательной форме и однастароной поражении. Глубинная стимуляция головного мозга стала важной частью лечения двигательных расстройств при болезни Паркинсона. Для пациентов, у которых симптомы заболевания не поддаются медикаментозной терапии, ГСГМ является доминирующим методом лечения. Клинические исследования показали, что улучшение качества жизни после ГСГМ превышает наилучшую медикаментозную терапию. Очень большое значение имеет правильный отбор больных. Полагаясь на данные международных исследований, можно утверждать, что внедрение хирургического лечения Республики Таджикистана станет большим прорывом в лечении болезни Паркинсона.

Курбанов Дж.М., Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солихов Р.Ч.
ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ГИПЕРСТЕНИЧЕСКОГО ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ
БОЛЬНЫХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора М.К. Каримова
и лечебно-диагностический центр ГОУ «ТГМУ. имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить особенности лапараскопической холецистэктомии у больных гиперстенического типа телосложения.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений, охватывающих 118 больных с хроническим калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в Лечебно-диагностическом центре ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2024 по 2026 гг. Мужчин было 11 (10,7%), женщин 102 (86,4%).

Всем больным в исследуемых группах проводилось антропометрическое исследование: вычисление индекса Пинье (ИП), определение типа конституции по В.М. Черноруцкому. Астенический тип телосложения отмечен у 118 (100%) пациентов.

Результат исследования. С целью оценки особенностей лапараскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулезным холециститом у лиц с гиперстеническим типом телосложения нами использовались следующие критерии лапараскопического доступа к желчному пузырю: зона доступности, угол наклона оптической оси эндоскопа относительно плоскости вмешательства, расстояние на поверхности тела пациента между точками введения манипуляционных портов, глубину операционного действия инструментов.

Также учитывали те обстоятельства, что у гиперстеников величина эпигастрального угла и расстояние между крайними точками реберных дуг больше, чем при астеническом телосложении. У лиц с астеническим телосложением печень и желчный пузырь могут быть полностью прикрыты ребрами, но при гиперстеническом типе телосложения печень может на несколько сантиметров выступать из-под реберной дуги, у них в большинстве случаев

отмечается выраженный слой подкожно-жировой ткани, а также область пузырного протока часто покрыт жировой клетчаткой, что в конечном итоге влияют на ход лапароскопической холецистэктомии.

У лиц с различными типами конституции выявлены достоверные типовые различия основных параметров эндоскопического доступа к желчному пузырю. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с хроническим калькулезным холециститом с гиперстеническим телосложением отмечалась увеличением таких показателей как глубина оперативного действия эндоскопа, глубина оперативного действия манипуляционных инструментов и расстояние между троакарами. В связи с увеличением анатомического расстояния от мечевидного отростка до боковой стенки живота расстояние между манипуляционными троакарами у гиперстеников было наибольшим, а у астеников - наименьшим. Близость точек введения троакаров у лиц с астеническим телосложением не отвечает предъявляемым требованиям к лапароскопическому доступу, так как при манипуляции в брюшной полости происходит перекрещивание инструментов, чем и обусловлены затруднения во время операции.

У больных расположение второго троакара в зависимости от типа телосложения и индивидуальных анатомических особенностей значительно варьировало на протяжении всего эпигастрально-пупочного промежутка, находясь чаще всего на 1-5 см ниже мечевидного отростка. Исследования показали, что оптимальная точка введения первого троакара находится чаще всего на участке выше пупочного кольца на 4 см и ниже его на 3 см.

Выводы. Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о наличии достоверных статистических различий большинства параметров эндохирургического подхода к желчному пузырю у пациентов с хроническим калькулезным холециститом гиперстенического типа телосложения, что обусловлено, на наш взгляд, конституциональными особенностями топографии печени и желчного пузыря у лиц различного телосложения. Данные особенности необходимо учитывать при выборе оптимальных операционных доступов лапароскопической холецистэктомии.

Курбанов Н.Р., Камолов А.Н., Солиев О.Ф., Абдусаматов А.А.

ПРИЧИНЫ УТРАТЫ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДКОЛЕННОЙ И АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Цель исследования. Анализ ключевых факторов, обусловивших ампутацию нижних конечностей у пациентов с травматическими повреждениями подколенной и берцовых артерий при хирургическом лечении

Материал и методы. Анализ основан на результатах хирургического лечения 122 пациентов с травматическими повреждениями подколенной (37) и берцовых артерий (85). Средний возраст составил 23,3 года; преобладали мужчины (88,5%). Открытые травмы отмечены у 113 больных, закрытые — у 9.

В специализированный стационар в первые 6 часов поступили 82 (67,2%) пациента, в срок 6–24 часа — 11 (9%), позже суток — 29 (23,8%). Среди 89 больных, направленных из других учреждений, в 45 (50,1%) случаях выявлены догоспитальные ошибки, из них в 9 — с исходом в первичную ампутацию. При повреждении подколенной артерии у 73% пациентов наблюдалась острая критическая ишемия, что отражает её высокую гемодинамическую значимость. При изолированном повреждении одной артерии голени (58 случаев) кровообращение оставалось компенсированным, тогда как при повреждении двух (11) и трёх (16) артерий развивалась декомпенсация с критической ишемией, нередко в сочетании с переломами и массивным повреждением мягких тканей.

Дополнительными факторами, усугубляющими ишемию, являлись шок, нестабильная гемодинамика, периферический вазоспазм и анемическая гипоксия.

Результаты исследования. Из 37 больных с повреждением подколенной артерии первичная ампутация по показаниям была выполнена 7 больным, реконструкция сосуда – 27, другие виды паллиативной операции (фасциотомия мышц голени, декомпрессия сосуда) для улучшения кровообращения – 2 и лигатура сосуда – 1 больному. Из 85 больных с травматическими повреждениями берцовых артерий у 38 произведены восстановительные операции, у – 30 перевязка сосуда и у 17 первичная ампутация. В этой группе у большинства больных показанием к первичной ампутации явилось тяжелая травма и критическое состояние больных. Суммарная частота первичной и вторичной ампутации конечности при повреждениях подколенной артерии составила 32,4% (12 больных), в том числе первичная 7 (18,95%), вторичная – 5 (13,5%). При повреждениях берцовых артерий ампутации выполнены у 21 (24,7%), в том числе первичная – 16 (18,8%), вторичная 5 (5,9%).

Выводы. Основными причинами ампутаций нижних конечностей при хирургическом лечении больных с травматическими повреждениями подколенной и берцовых артерий явилось: –догоспитальные ошибки диагностического, тактического и технического характера допущенные при оказании первой хирургической помощи в других лечебных учреждениях; -тяжелая травма конечности, сопровождающиеся тяжелой степенью ишемии конечности и тяжелое общее состояние больных.

Курбанов Н.Р., Султанов Д.Д., Камолов А.Н., Солиев О.Ф.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГРУДНОГО ВЫХОДА С
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВТОРИЧНОГО СИНДРОМА РЕЙНО
Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».
Таджикистан.

Цель исследования. Обоснование применения шейно-грудной симпатэктомии в хирургическом лечении синдрома грудного выхода

Материал и методы. Настоящее исследование основано на результатах обследования и хирургического лечения 115 больных с экстравазальными компрессиями сосудисто-нервного пучка верхних конечностей у выхода из грудной клетки. Среди этиологических причин преобладали косто-клавикулярный синдром - 48, скаленус синдром - 22, рудиментарное шейное ребро – 23 и добавочное шейное ребро - 22. Средний возраст составил 29,3 лет. Длительность заболевания и хронической ишемии верхних конечностей составила от 1 года до 20 лет. Вторичный синдром Рейно в результате компрессии сосудисто-нервного пучка (СНП) наблюдался у 69 (60,0%) больных. С целью изучения клиники брахиальной ишемии и неврологических нарушений со стороны верхних конечностей подвергались тщательному анализу все жалобы больного. Всем больным проводилось ангиологическое обследование. Тяжесть ишемии руки оценивалась по классификации Султанова Д.Д. (1998г.), разработанной в нашей клинике. Для выявления признаков компрессии СНП проводилась проба Эдсона и Райта. Неврологические нарушения проверялись неврологическими тестами. У больных с вторичным синдромом Рейно для выявления спастического состояния и прогнозирования эффекта операции проводились холодовая и нитроглицериновая пробы. Кроме общеклинических методов исследования больным проведен комплекс методов исследования для изучения гемодинамики, включавший ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), реовазографию, а для выявления неврологических нарушений – электронейромиография. Рентгенологические исследования производились с целью выявления костных аномалий позвоночника и области плечевого пояса, вызывающих компрессию.

Результаты исследования. Основной задачей хирургического лечения всех форм компрессионных синдромов являлось устранение сдавления сосудисто-нервного пучка (СНП). Всем 115 пациентам выполнены различные методы декомпрессии; у 16 (13,9%) операции проведены двусторонне в разные сроки. У 69 (60%) больных с клиникой вторичного синдрома Рейно дополнительно выполнена селективная шейно-грудная

симпатэктомию по разработанной методике. В ближайшем послеоперационном периоде оценивали преимущественно гемодинамический эффект, тогда как регресс неврологических нарушений носил отсроченный характер. Эффективность декомпрессии подтверждена функциональными тестами (пробы Эдсона и Райта — отрицательные) и данными УЗДГ: кровотоки в магистральных артериях оставались нормальными как в покое, так и при пробах. После симпатэктомии отмечен немедленный гемодинамический эффект: в первые сутки наблюдалось увеличение скорости кровотока, а у всех пациентов с вторичным синдромом Рейно исчезли признаки ишемии кистей.

Выводы. Таким образом, все формы экстравазальных компрессий СНП при выходе из грудной клетки требуют патогенетической обоснованной декомпрессии, а также при наличии клиники вторичного синдрома Рейно – селективной шейно-грудной симпатэктомии, что приводит к желаемым результатам.

Курбонов А.У., Насруллоев А.Ф., Джафаров М.Ф.
РОЛЬ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино».
Таджикистан.

Цель исследования. Предоставление информации о раке молочной железы у мужчин, диагностические трудности, особенно в контексте маммографии. Исследование роли маммографии в диагностике рака молочной железы у мужчин, подчеркивая анатомические различия, диагностическую точность и социокультурные барьеры.

Материал и методы. Эпидемиология рака молочной железы у мужчин составляет <1% всех случаев рака молочной железы, с ~2710 ежегодными диагнозами в США (ACS, 2023). Факторы риска включают мутации BRCA2, воздействие радиации и гормональный дисбаланс. Клинический контекст: у мужчин часто наблюдается заболевание на поздней стадии из-за поздней диагностики, что подчеркивает необходимость эффективных стратегий визуализации. Маммография, хотя и имеет решающее значение для женщин, требует адаптации у мужчин для решения анатомических и социокультурных проблем, повышая точность диагностики и результаты.

Результаты исследования. Рак молочной железы у мужчин обычно проявляется как безболезненная субареолярная масса, часто сопровождающаяся втягиванием или выделениями из соска. Маммография: используется в диагностических целях (не для скрининга) у мужчин с характерными признаками (например, нерегулярные массы, микрокальцификаты). Чувствительность составляет 60–80 %, что ниже, чем у женщин из-за плотной ткани. УЗИ и МРТ: Часто дополняет маммографию; УЗИ отлично подходит для дифференциации твердых масс от гинекомастии. Проблемы: Неопытность рентгенолога, совпадение доброкачественных/злокачественных признаков и отсутствие рекомендаций для мужчин. 3. Методология. Систематический обзор: анализ 50 исследований (2000–2023 гг.) из PubMed и EMBASE, посвященных диагностической точности маммографии у мужчин. Критерии включения: рецензируемые статьи, серии случаев (>10 пациентов) и клинические руководства. Обобщение данных: тематический анализ эффективности визуализации, технических проблем и психосоциальных барьеров. Диагностическая точность: чувствительность маммографии: 68%, специфичность: 85%. Ультразвуковое исследование показало более высокую чувствительность (82%), но более низкую специфичность. Обычные выводы: 70% злокачественных новообразований представляли собой нерегулярные эксцентричные массы; микрокальцификаты у 30% (по сравнению с 50% у женщин). Психосоциальные факторы: 40% мужчин откладывали обращение за медицинской помощью из-за стигматизации, что приводило к постановке диагноза на поздней стадии.

Клинические последствия: маммография остается важной, но выигрывает от мультимодальных подходов (например, УЗИ + биопсия). Анатомические проблемы:

меньший размер груди и плотность грудных мышц усложняют позиционирование и интерпретацию. Пробелы в рекомендациях: текущие протоколы экстраполированы с женских данных; срочно необходимы критерии, специфичные для мужчин. Кампании по повышению осведомленности: обучение врачей и пациентов для снижения стигматизации и содействия раннему выявлению.

Выводы. Маммография является ценным, но недостаточно оптимизированным инструментом для лечения рака молочной железы у мужчин. Улучшение подготовки рентгенологов, разработка гендерно-специфичных рекомендаций и интеграция мультимодальной визуализации могут повысить точность диагностики. Исследования должны быть сосредоточены на перспективных исследованиях для уточнения протоколов визуализации и устранения социокультурных барьеров.

М.Р. Джойлобов, М.Х. Набизода, Баротов Х.Х.

ОПТИМИЗАЦИЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Совершенствование формирования культуры и профилактика нагноения ампутационной культы у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. В основу исследования положены данные наблюдения за 476 пациентами с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета, находившимися на лечении в хирургическом отделении ГУ «Городской медицинский центр №3». В изучаемую когорту вошли 260 мужчин и 216 женщин в возрасте от 32 до 72 лет. Продолжительность сахарного диабета к моменту госпитализации в отдельных случаях достигала 22 лет, что отражает хроническое, прогрессирующее течение заболевания и высокую вероятность развития тяжелых сосудистых и нейротрофических нарушений. Подавляющее большинство пациентов (96,7%) страдали сахарным диабетом 2-го типа, тогда как на долю больных с диабетом 1-го типа приходилось 3,3%.

Результаты исследования. С учётом степени выраженности синдрома диабетической стопы, распространённости некротического процесса, состояния магистрального и микрососудистого русла, а также тяжести сопутствующих заболеваний у части пациентов возникала необходимость в высоких ампутациях. В результате 64 больным была выполнена ампутация на уровне голени, а у 34 пациентов — на уровне бедра, что определялось невозможностью сохранения функционально состоятельного сегмента конечности при сохранении жизненно важных показателей. Комплексное лечение включало рационально подобранную антибактериальную терапию с учётом предполагаемого спектра возбудителей и данных микробиологического исследования, дезинтоксикационные мероприятия, иммуностимулирующую поддержку, коррекцию углеводного обмена, ангиотропную терапию.

У 17 больных была выполнена ампутация на уровне н/3 бедра с сохранением надколенника, в связи с поражением стопы и переходом гнойно-некротического процесса на голень. Сохраненный надколенник был наложен на место опиления бедренной кости для формирования культы. Его фиксировали двумя спицами Киршнера в течение трёх недель. После фиксирования надколенника культя была сформирована путём наложения мышечно-фасциальных и кожных швов, при одном активно-проточном дренировании под фасцией. Модифицированный способ формирования культы имеет некоторые преимущества. Во-первых, при фиксации надколенника на место опиления бедренной кости, не нарушается их кровоснабжение. Во-вторых, костно-пластическая ампутация более надёжна при последующей ортопедической коррекции и при использовании протезов, а также активно-проточным дренированием под фасцией предотвращает образование гематомы и нагноения. При этом процент первичного заживления ран составляет 88,2.

Аналогичный принцип оперативного вмешательства был реализован у 17 пациентов, однако с рядом технических особенностей. У данной группы больных по данным

ультразвуковой доплерографии было подтверждено сохранение магистрального кровотока по подколенной артерии, при этом отмечалось обширное и прогрессирующее гнойно-некротическое поражение стопы с распространением процесса на голень, что исключало возможность выполнения органосохраняющих операций. В этих случаях выполнялась ампутация на уровне нижней трети бедра. Доступ осуществляли через артротомию коленного сустава с последующей экзартикуляцией на уровне коленного сустава. Проводили выделение и удаление надколенника, после чего осуществляли мобилизацию бедренной кости до нижней трети с выполнением опиала на соответствующем уровне. Формирование культи производили посредством наложения мышечно-фасциальных швов без отдельного послойного ушивания мышц, сочетая это с ушиванием кожного лоскута.

Общая летальность составила 38 (7,9%) пациентов. Ведущими причинами неблагоприятного исхода являлись острая сердечно-сосудистая недостаточность и сохраняющийся эндотоксикоз на фоне тяжёлого инфекционно-воспалительного процесса и системной декомпенсации, что подчёркивает необходимость ранней диагностики, тщательного контроля инфекции и более широкого использования патогенетически обоснованных методов интенсивной терапии.

Выводы. Таким образом, ключевым звеном в тактике лечения больных с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы является обоснованный выбор уровня ампутации, ориентированный не только на устранение источника инфекции, но и на сохранение максимального функционального потенциала конечности. Предпочтение следует отдавать функционально-щадящим вмешательствам с сохранением надколенника, что создаёт более благоприятные условия для последующего протезирования, снижает риск повторных деструктивных изменений и рецидива патологического процесса, а также способствует значительному улучшению качества жизни пациентов.

Джойлобов М.Р., Набизода М.Х., Баротов Х.Х.

ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА АМПУТАЦИИ И РЕАМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Во время вспышки коронавирусной инфекции нового типа оценили течение раневого процесса и проанализировали, какие виды ампутаций выполнены при осложненных формах синдрома диабетической стопы (ОФ СДС) после перенесенного covid-19, и выявить факторы, влияющие на частоту реампутаций.

Материал и методы. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 36 больных с осложненными формами СДС после перенесенного коронавирусной инфекции нового типа covid-19 и без covid-19, госпитализированных на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе. Среди них мужчин было 22 (61,1%), женщин – 14 (38,9%). Возраст больных колебался от 60 до 74 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). Больные разделены на две группы: контрольную и основную, которые составили 18 больных. Возрастной спектр больных колебался от 35 до 73 лет. Длительность сахарного диабета составила от 5 до 20 лет. У всех отмечен сахарный диабет II типа. Обе группы по полу, возрасту, и тяжести сахарного диабета почти были одинаковыми. В комплексное лечение обеих групп включены антибактериальная, общеукрепляющая, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, антиагрегантная, антикоагулянтная, антиоксидантная и симптоматическая терапия и после тщательного туалета ран антисептическими растворами местно применяли мазь левомеколь. Оценка течения раневого процесса, проводилась на основании изучения данных динамики цитогрaмм раневых отпечатков на 1,3,7 и 14 сутки после оперативного вмешательства и на основании клинических признаков в исследуемых группах.

Результаты исследования. При поступлении у больных наблюдалось развитие тяжелой гиперкоагуляции, обусловленной гиперфибриногенемией, снижением активности фибринолиза. Максимальная гиперфибриногенемия приходилась на 3-5 сутки после операции. Только к 10-12 суткам отмечалась тенденция к снижению количества фибриногена, хотя этот показатель коагулограммы оставался повышенным. Следовательно, всем больным с ОФ СДС как в до, так в послеоперационном периоде требуются тщательный гемокоагуляционный контроль и длительная патогенетический обусловленная антикоагулянтная терапия. У наиболее тяжелобольных нарушения системы гемостаза можно расценивать как неполную или переходную форму ДВС – синдрома (n – 7). Это проявляется в виде микроциркуляторных нарушений как на уровне паренхиматозных органов (почечно-печеночная недостаточность) (n – 4), так и на уровне раны (прогрессирующие некрозы) (n – 14). Изучение системы гемостаза у больных СД, осложненными формами СДС показало наличие гемореологических нарушений, указывающих на состояние гиперкоагуляции, которые усугубляются по мере прогрессирования гнойно-некротического процесса, что в свою очередь и приводит к тканевой гипоксии. Особенно высоким оказалось содержание фибрина и фибриногена, достигающие у ряда больных 40-50 мг и 11-13 г/л соответственно. Частота высоких ампутаций у больных ОФ СДС составила 10 (55,5%), реампутации 3(16,67%). Общая летальность составила 38,8% (7-больных). Основной причиной смерти больных был инфаркт миокарда в 2 наблюдениях, в 2 случаях тромбоэмболия легочной артерии, в остальных 3-х случаях причиной смерти были явления продолжающегося эндотоксикоза.

Выводы. Таким образом, течение раневого процесса у больных коронавирусной инфекции нового типа covid-19 с осложненными формами синдрома диабетической стопы соответствует некротическому типу несмотря на комплексное лечение. У больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы после перенесенного covid-19, оценить характер, уровень и протяженность поражения магистральных артерий нижних конечностей. Это, в свою очередь, помогает определить оптимальный уровень ампутации и снизить частоту реампутаций. Проведение антикоагулянтной терапии необходимо сочетать с коррекцией углеводного обмена, купированием инфекционного процесса и критической ишемии. Только совокупность этих лечебных мероприятий способна обеспечить нормализацию гемокоагуляционных показателей и снизить риск сосудистых и тромботических осложнений.

Мавлонзода Ф.Б. Исмоилзода С.С. Достиев У.А. Зокиров Р.А
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ
ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ИНВАЗИЕЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ
«ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность применения трансплантационных технологий при резекциях печени у пациентов с опухолевой и паразитарной сосудистой инвазией и определить их влияние на результаты хирургического лечения.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 250 пациентов с очаговыми заболеваниями печени, находившихся на лечении в специализированном центре. Пациенты были распределены на три группы: первая группа (n=100) — классические резекции печени, вторая группа (n=50) — резекции печени с применением трансплантационных технологий в условиях тотальной сосудистой изоляции, третья группа (n=50) — ортотопическая трансплантация печени. Контрольную группу составили пациенты без хирургического лечения (n=50). Оценивались интраоперационные показатели, частота осложнений, летальность, а также отдаленные результаты лечения. Статистический анализ включал χ^2 -критерий, расчет отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования Установлено, что выполнение резекций печени с применением трансплантационных технологий позволило увеличить частоту радикальных операций (R0) до 68,0% по сравнению с 42,0% при классических резекциях (OR = 2,91; 95% ДИ: 1,54–5,49; $p < 0,01$). Частота послеоперационных осложнений в группе трансплантационных технологий составила 28,0%, что было ниже по сравнению с классическими резекциями (46,0%; OR = 0,45; 95% ДИ: 0,23–0,88; $p < 0,05$).

Летальность в группе трансплантационных технологий составила 6,0% против 12,0% при классических резекциях (OR = 0,47; 95% ДИ: 0,12–1,78; $p > 0,05$). При этом показатели выживаемости пациентов через 1 год были выше в группе трансплантационных технологий (72,0% против 54,0%; OR = 2,18; 95% ДИ: 1,12–4,26; $p < 0,05$).

Использование тотальной сосудистой изоляции и реконструкции сосудов позволило выполнять радикальные операции у пациентов, ранее считавшихся неоперабельными вследствие сосудистой инвазии. Применение аутоканей и ксенотрансплантатов для реконструкции сосудов сопровождалось снижением частоты тромбозов и улучшением перфузии остаточной паренхимы печени.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что трансплантационные технологии существенно расширяют возможности хирургического лечения пациентов с опухолевыми и паразитарными поражениями печени, осложненными сосудистой инвазией. Комплексный подход к выбору метода лечения позволяет повысить радикальность операций и улучшить отдаленные результаты.

Выводы. Применение трансплантационных технологий при резекциях печени позволяет достоверно увеличить частоту радикальных вмешательств и улучшить выживаемость пациентов. Использование тотальной сосудистой изоляции и реконструкции сосудов является эффективным подходом при лечении пациентов с сосудистой инвазией печени и должно рассматриваться как перспективное направление развития хирургической гепатологии.

Мавлонова С.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить диагностическую и лечебную эффективность гистероскопии у пациенток с бесплодием, ассоциированным с доброкачественными структурными изменениями яичников, и определить её роль в выявлении внутриматочной патологии.

Материал и методы. В исследование включены 50 женщин в возрасте 20–35 лет: 30 пациенток с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников, и 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Средняя продолжительность бесплодия составила $5,8 \pm 0,4$ года.

Всем пациенткам проводилось комплексное обследование, включавшее клинико-лабораторные, гормональные, микробиологические методы, трансвагинальное УЗИ, гистеросальпингографию, гистероскопию. Гистероскопические вмешательства выполнялись с использованием оборудования Karl Storz в жидкостной среде. Исследование проводилось преимущественно в фолликулярную фазу менструального цикла с последующей аспирационной биопсией эндометрия и иммуногистохимическим исследованием.

Результаты исследования. У 26 пациенток выявлена внутриматочная патология: хронический эндометрит — у 11 (36,7%), внутриматочные синехии — у 5 (16,7%), гиперпластические процессы эндометрия — у 4 (13,3%), лигатуры в полости матки после кесарева сечения — у 6 (20,0%) женщин.

Пациенткам с синехиями и лигатурами проводилась гистероскопическая коррекция: рассечение синехий и удаление лигатур. Полученные данные показали, что сочетание

гистероскопии обеспечивает комплексную диагностику причин бесплодия и позволяет одновременно проводить малоинвазивную коррекцию выявленных нарушений, повышая вероятность наступления беременности.

Выводы. У женщин с бесплодием и доброкачественными структурными изменениями яичников внутриматочная патология встречается часто. Применение гистероскопии является эффективным методом диагностики и лечения внутриматочных патологий, способствующим улучшению результатов эндохирургического лечения и повышению частоты наступления беременности.

Маликов М.Х, Карим-Заде Г.Д, Бобоев А.Р, Махмадкулова Н.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ОТСРОЧЕННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ТРАВМЕ
КИСТИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. РНЦССХ
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии профессора Каримова М.К.
ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов реконструкции кисти путем осуществления отсроченных операций определение сроков проведения реконструкции, объёма операции и улучшение результатов проведенной реконструкции.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ 22 пациентам определены показания к отсроченной операции и осуществлены различные варианты реконструкции. Из анамнеза выяснилось, что все пострадавшие получили тяжелую травму, у них имелись полные и неполные ампутации пальцев кисти, нередко имелся дефект покровных тканей кисти. Возраст больных варьировал от 17 до 45 лет, средний возраст составил $28,3 \pm 1,3$ лет.

Размозженная и раздавленная травма рана с неполным отчленением всех пальцев кисти (3), II-V (6), II-IV (9) и II-III (1) пальцев имела место у 19 пациентов. В 3 наблюдениях при полной травматической ампутации II-III (1) и II-III-IV пальцев (2) имелся обширный дефект покровных тканей.

Пациенты обратились в сроки от 3 до 7 дней от момента получения травмы. Протяженность дефекта покровных тканей во многом зависела от вида травмирующего агента и варьировала от $92,1$ до $101,2$ см². Все травмы, полученные электрическими станками, были тяжелыми.

Результаты исследования. Выбранная отсроченная тактика во всех 22 наблюдениях считалась обоснованной. У 16 из-за тяжести повреждения, нарушения компонентов кровообращения имела место декомпенсация кровообращения сохраненных пальцев у 8. Этим пациентам выполнили некрэктомию с сохранением максимальной длины жизнеспособных костных фрагментов. Для укрытия протяженного дефекта покровных тканей использование осевого несвободного пахового лоскута считалось оптимальным вариантом решения проблемы. После операции контроль за кровообращением лоскута проводилась использованием УЗДГ.

В 6 наблюдениях выполнили имплантационную реиннервацию с фалангизацией пересаженных лоскутов, в качестве донорского нерва выбиралась поверхностная ветвь лучевого нерва. В отдаленные сроки оценку реиннервации лоскута и кисти осуществляли использованием электронейромиографии. При контроле в сроки от 3 месяцев было отмечено появление тактильной чувствительности в близлежащем регионе к ножке лоскута. Появление потенциала действия по чувствительным волокнам, варьирующих в пределах от $23 \pm 2,7$ м/с до $34 \pm 1,9$ м/с изучали игольчатой миографией.

Выводы. Итогом многоэтапных сложных реконструкций кисти и пальцев явилось достижения хороших функциональных, и можно сказать эстетических результатов. Тактика дала возможность пациентам обслуживать себя без посторонней помощи в повседневной жизни и тем самым намного улучшить их качество жизни.

Мансуров Х.Н., Холбоев С.А., Салихов А.С., Исоев И.Ч.
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К.
Каримова и ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность различных методов грыжесечения при паховой грыже.

Материал и методы. Нами проведен анализ 372 историй болезни пациентов по полу, возрасту, анамнезу, инструментальным методам диагностики, времени госпитализации и видам хирургического вмешательства, находившихся на стационарном лечении с диагнозом паховая грыжа в ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за 2015- 2020 гг.

Результаты исследования. К факторам риска развития паховой грыжи по данным анализа историй болезни относились: семейный анамнез, мужской пол, пожилой возраст, низкий индекс массы тела. Диагноз паховых грыж чаще всего был подтвержден клиническим методом. Дополнительно применялась ультразвуковая диагностика. По данным Международных рекомендаций по лечению паховых грыж, 2018 год, герниопластика с использованием сетчатого трансплантата по Лихтенштейну рекомендуется в качестве операции выбора при открытой технике. Преобладающей операцией у пациентов с паховыми грыжами до 2015 года являлась герниопластика по Постемскому 85%, в 2016- 2020 годах - герниопластика по Лихтенштейну 87%. Которая является ненапряжным методом и в последнее время считается золотым стандартом. Осложнений в послеоперационном периоде не выявлено.

Выводы. Операцией выбора в центре до 2015 года с паховыми грыжами являлась герниопластика по Постемскому (85%), в настоящее время - герниопластика по Лихтенштейну (87%), которая считается золотым стандартом.

Махамадиев А.А., Авлоева Ф.Н., Куллиев А.С.
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМИСИНУСИТА У ДЕТЕЙ
Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность местного применения антибактериального и глюкокортикоидного препарата глазакор при лечении острого гемисинусита у детей.

Материал и методы. На базе детского ЛОР-отделения НМЦ РТ нами проведено обследование и лечение 28 детей с острым гемисинуситом. Возраст пациентов колебался от 5 до 12 лет. Все больные были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения по 14 человек соответственно. Всем больным проводили риноскопию, рентгенографию околоносовых пазух и лабораторные исследования.

Результаты исследования. После завершения обследования всем пациентам производили пункцию с вставлением катетера и промывание полости верхнечелюстной пазухи 0,2% раствором фурациллина и проводили частые анемизации носовых ходов с сосудосуживающим препаратом. Кроме этого все больные получили антигистаминные препараты, витаминотерапию. Наряду с вышеуказанным лечением у больных основной группы дополнительно в полость носа вставили турунду с раствором глазакора. На 7-е сутки лечения симптомы гемисинусита (заложенность носа, ринорея, головные боли) полностью отсутствовали у 12 (85%) пациентов, а у 2 (15%) пациентов всё ещё сохранялась умеренная заложенность носа, гиперемия слизистой оболочки полости носа. В группе сравнения отсутствие вышеуказанных симптомов наблюдали у 8 (57,2%) больных, а у 6 (42,8%) пациентов отмечались назальная обструкция и незначительная ринорея. На контрольных рентгенограммах на 10-й день лечения у 12 (85%) больных основной группы и у 8 (57,2%) пациентов сравнительной группы верхнечелюстные пазухи были пневматизированы; у 2 (15%) пациентов основной группы и 6 (42,8%) пациентов

сравнительной группы отмечено незначительное пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи (улучшение).

Выводы. Таким образом, учитывая результаты проведенного исследования, антибактериальный и глюкокортикоидный препарат глазакор может быть рекомендован для включения в местную терапию острых гемисинуситов у детей.

Махамадиев А.А., Мухибова Ё.Ш, Холикзода М.Ф.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У
ДЕТЕЙ.

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучит особенности клинического течения острого мастоидита у детей.

Материал и методы. В детское ЛОР отделение ГУ НМЦ РТ за период 2015-2018гг по экстренным показаниям были госпитализированы 57 больных с диагнозом острый мастоидит. Возраст больных составляет от 3 до 14 лет, (мальчиков 27, девочек 30; сельские 38, городские 19). Всем больным были проведены отомикроскопия, лабораторные исследования. Некоторым больным была выполнена компьютерная томография височных костей.

Результаты исследования. У 46 госпитализированных детей диагностирован субпериостальный абсцесс, у 9 субпериостальный абсцесс и флегмона шеи (мастоидит Бецолда), у 1-го ребёнка (2года 8мес.) субпериостальный абсцесс с флегмоной мягких тканей височной области и у 1-го субпериостальный абсцесс осложнением пареза лицевого нерва. Все дети поступили от 3-7 го дня после заболевания. До поступления в стационар некоторым детям было начато антибактериальная терапия в амбулаторных условиях по поводу острого среднего отита, однако на 5-7 сутки появились припухлость в заушной области с признаками флюктуации и по экстренным показанием было госпитализировано.

В зависимости от выраженности воспалительных изменений в ячейках сосцевидного отростка были выполнены следующие виды операции: антротомия-16, антромастоидотомия - 28, радикальная операция-13.

У всех оперированных детей, обнаружены сходные патологические изменения в сосцевидном отростке: обширные деструктивные изменения, распространения патологического процесса в скуловые, угловые, верхушечные, пороговые, перисинуозные перифациальные, перилабиринтные ячейки, блок aditus ad antrum отечной слизистой оболочкой и/или грануляционной тканью, наличие деструкции кортикального слоя сосцевидного отростка.

Выводы. Основным патогенетическим механизмом развития осложнений острого мастоидита является гиперплазия слизистой оболочки полостей среднего уха, блок aditus ad antrum и выход гнойного содержимого пещеры сосцевидного отростка, через каналы эмиссарных вен под надкостницу с развитием субпериостального абсцесса.

Махмадкулова Н.А., Абдуллозода З.Р., Ибрагимов Э.К., Джураев У.К.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ СИНДАКТИЛИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора Каримова М.К. и ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация методов хирургического лечения врожденных синдактилий пальцев кисти.

Материал и методы. За период с 2020 по 2025 годы в лечебно- диагностическом центре ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» оперированы 28 пациентов с врожденными синдактилиями пальцев кисти. Возраст пациентов варьировал от 2 г до 12 лет. Проведение операции в юном возрасте было связано с отсутствием вторичных деформаций пальцев

кисти. Синдактилия II-III пальцев имело место у 12 (42,8%), II-III-IV - у остальных 16 (57,2%) пациентов. Нарушение функции кисти и чувствительности не имело место, наличие деформации ногтевых фаланг сращенных пальцев также не имел место.

Из дополнительных методов диагностики были использованы рентгенография кистей и УЗДГ пальцевых артерий. Костное сращение ногтевых фаланг пальцев на рентгенограмме имело место у 4 пациентов. Наличие аномалии развития сосудов при УЗДГ не было выявлено. Последняя методика была выполнена в условиях лечебно-диагностического отделения РНЦССХ.

Результаты исследования. Операции под общим обезболиванием были выполнены всем пациентам. Использовали оптическое увеличение во время мобилизации лоскутов и пальцевых промежутков. Двухэтапное разобщение сращенных пальцев было выполнено у 16 больных, остальным 12 пациентам при сращении II-III пальцев была предпринята одноэтапная операция. Всем пациентам, кроме разобщения пальцев, были сформированы адекватные межпальцевые промежутки. Некроз разобщенных пальцев и рецидив патологии не имели места.

Выводы. Таким образом, правильно выбранная тактика с адекватным формированием межпальцевых промежутков во всех случаях приводит к получению хороших функциональных и эстетических результатов.

Миргозиев М.К. Исмоилзода С.С. Файзов Ф.Э. Зокиров Р.А.
ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО
ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить эффективность методов модуляции портального и артериального кровотока в профилактике синдрома малого по размеру печёночного трансплантата (СМППТ) при трансплантации печени от живых доноров.

Материал и методы. Проведен анализ результатов трансплантации печени от живых доноров у 60 пациентов с терминальными заболеваниями печени. В зависимости от применяемой тактики пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=32), в которой использовались методы модуляции кровотока (лигирование селезеночной артерии, реконструкция венозного оттока V–VIII сегментов печени), и контрольная группа (n=28), где применялись стандартные хирургические подходы. Оценивались показатели гемодинамики (портальное давление, индекс GRWR, GV/SLV), частота развития СМППТ, ранняя дисфункция трансплантата и послеоперационные осложнения. Статистический анализ включал χ^2 -критерий, расчет отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что частота развития СМППТ в основной группе составила 15,6%, тогда как в контрольной группе — 35,7% (OR = 0,33; 95% ДИ: 0,11–0,98; $p < 0,05$). Ранняя дисфункция трансплантата наблюдалась у 18,7% пациентов основной группы и у 39,3% пациентов контрольной группы (OR = 0,35; 95% ДИ: 0,13–0,95; $p < 0,05$).

Применение модуляции кровотока сопровождалось снижением портального давления на 26,4% и улучшением артериальной перфузии трансплантата. У пациентов основной группы показатели билирубина на 7-е сутки были достоверно ниже (78 ± 16 мкмоль/л против 112 ± 24 мкмоль/л; $p < 0,01$), что свидетельствовало о лучшей функции трансплантата.

Реконструкция венозного оттока позволила снизить частоту венозного застоя и ишемических изменений трансплантата, что сопровождалось уменьшением частоты послеоперационных осложнений (21,8% против 42,9%; OR = 0,37; 95% ДИ: 0,14–0,97; $p < 0,05$).

Выводы. Применение методов модуляции портального и артериального кровотока при трансплантации печени от живых доноров позволяет достоверно снизить частоту

синдрома малого по размеру трансплантата и улучшить функцию трансплантата в раннем послеоперационном периоде. Использование комплексного хирургического подхода, включающего лигирование селезеночной артерии и реконструкцию венозного оттока, является эффективным направлением профилактики СМППТ и должно рассматриваться как обязательный элемент хирургической тактики у пациентов группы риска.

Мирзоева М.Дж.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Таджикистан.

Цель исследования. Изучить основные факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия и определить современные подходы к их прогнозированию и профилактике у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведено обследование 80 женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия, находившихся на лечении в гинекологическом отделении. В исследование включены пациентки с гиперплазией эндометрия без атипии и полипами эндометрия. Всем женщинам проведены клинико-анамнестическое обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, лабораторные методы диагностики и гистологическое исследование эндометрия. Оценивались особенности менструальной функции, наличие сопутствующей гинекологической и эндокринной патологии, а также факторы риска развития заболевания.

Результаты исследования. Возраст обследованных женщин составил от 22 до 49 лет, средний возраст — $40,2 \pm 1,3$ года. Наибольшее количество пациенток приходилось на поздний репродуктивный возраст — 35-40 лет (72,5%) женщин. Гиперплазия эндометрия диагностирована у 53 (66,2%) пациенток, полипы эндометрия — у 27 (33,8%) женщин. Среди форм гиперплазии эндометрия преобладала простая гиперплазия — 39 (73,6%) случаев, железисто-кистозная гиперплазия выявлена у 14 (26,4%) пациенток. Основными клиническими проявлениями заболевания являлись нарушения менструального цикла, выявленные у 73 (91,2%) женщин. Аномальные маточные кровотечения, гиперполименорея и межменструальные кровянистые выделения являлись наиболее частыми жалобами пациенток. Жалобы на вторичное бесплодие предъявляли 26 (32,5%) женщин. При анализе факторов риска установлено, что гиперпластические процессы эндометрия наиболее часто сочетались с миомой матки — у 50 (62,5%) пациенток, ожирением — у 24 (30%), хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза — у 75 (93,7%) и аденомиозом — у 6 (7,5%) женщин. Полученные данные свидетельствуют о значимой роли гормональных и метаболических нарушений в развитии гиперпластических процессов эндометрия и подтверждают необходимость раннего выявления женщин группы риска.

Выводы. Гиперпластические процессы эндометрия наиболее часто встречаются у женщин позднего репродуктивного возраста. Ведущими факторами риска развития заболевания являются гормональные нарушения, ожирение, миома матки и хронические воспалительные заболевания органов малого таза. Основным клиническим проявлением гиперпластических процессов эндометрия являются нарушения менструального цикла по типу аномальных маточных кровотечений. Раннее выявление факторов риска и своевременное проведение профилактических мероприятий способствуют улучшению репродуктивного здоровья женщин и снижению риска прогрессирования гиперпластических процессов эндометрия. Установлено частое сочетание гиперпластических процессов эндометрия с миомой матки и патологией шейки матки. Хронизация воспалительных заболеваний органов малого таза способствует нарушению гормональной и рецепторной регуляции эндометрия, что повышает риск развития гиперпластических процессов эндометрия, полипов и сопутствующей миомы матки. Оба состояния провоцируются

повышенным уровнем эстрогенов оба заболевания часто сопутствуют друг другу, развиваясь на фоне гиперэстрогении — повышенного уровня гормона эстрогена.

Мирзобеков Ф.М., Касирова М.Н.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ В РАННЕМ ПООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Оценить динамику восстановления носового дыхания и показатели качества жизни пациентов после септопластики с использованием различных методов фиксации перегородки носа.

Материал и методы. На базе ЛОР-отделения НМЦ РТ «Шифобахш» обследовано 70 пациентов, перенесших хирургическую коррекцию перегородки носа. Пациенты были разделены на две группы: в 1-й группе (n=35) для фиксации использовали стандартную переднюю тампонаду марлевыми турундами, во 2-й группе (n=35) — современные силиконовые сплинты с воздухопроводными трубками. Оценка проводилась по международному опроснику NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation) и визуально-аналоговой шкале (ВАШ) для оценки боли и дискомфорта на 1, 3 и 7-е сутки после операции.

Результаты исследования. В 1-е сутки после операции уровень дискомфорта и головной боли по ВАШ во 2-й группе (со сплинтами) был достоверно ниже и составил $2,4 \pm 0,5$ балла по сравнению с $6,1 \pm 0,8$ балла в 1-й группе ($p < 0,05$), что связано с сохранением частичного носового дыхания через воздухопроводы. При удалении тампонов/сплинтов на 2-3 сутки в группе сплинтов не было зарегистрировано ни одного случая значимого кровотечения или повреждения слизистой, в то время как в 1-й группе у 11,4% пациентов потребовался повторный гемостаз. К 7-м суткам показатели шкалы NOSE во второй группе были значительно лучше, отражая более быстрое купирование реактивного отека.

Выводы. Применение современных методов внутриносевой фиксации при септопластике существенно повышает качество жизни пациентов в первые дни после операции, снижает риск геморрагических осложнений и ускоряет медико-социальную реабилитацию больных.

Муллоев И.Дж. Исмоилзода С.С. Косимов И.О. Исмаилов Ш.Х

ОПТИМИЗАЦИЯ СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СОСУДОВ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить эффективность оптимизированных методов сосудистой реконструкции при родственной трансплантации почки у пациентов с анатомической вариабельностью сосудов и определить их влияние на частоту сосудистых и урологических осложнений, а также функцию трансплантата.

Материал и методы. Проведен анализ результатов родственной трансплантации почки у 110 пациентов с анатомическим вариабелизмом сосудов (множественные почечные артерии, вариативные вены, короткая правая почечная вена). Основную группу составили 60 пациентов, у которых применялись оптимизированные методики сосудистой реконструкции (bench-реконструкция артерий, использование лоскута Карреля, аутовенозные графты), контрольную группу — 50 пациентов со стандартными методами реконструкции. Оценивались частота сосудистых (тромбоз, стеноз) и урологических осложнений, длительность ишемии, показатели функции трансплантата (креатинин, диурез), а также данные ультразвуковой и ангиографической оценки кровотока. Статистический анализ

включал χ^2 -критерий, t-тест Стьюдента, расчет отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что частота сосудистых осложнений в основной группе составила 8,3%, тогда как в контрольной группе — 22,0% (OR = 0,32; 95% ДИ: 0,12–0,86; $p < 0,05$). Частота урологических осложнений (ишемия мочеточника, мочевые свищи) была ниже в основной группе (10,0% против 24,0%; OR = 0,35; 95% ДИ: 0,14–0,88; $p < 0,05$).

Применение оптимизированных методов реконструкции позволило сократить продолжительность сосудистого этапа операции (42 ± 8 мин против 56 ± 11 мин; $p < 0,01$) и снизить время тепловой ишемии. Показатели функции трансплантата были достоверно лучше у пациентов основной группы: уровень креатинина на 7-е сутки составил 148 ± 26 мкмоль/л против 182 ± 33 мкмоль/л в контрольной группе ($p < 0,01$).

Наличие множественных артерий достоверно повышало риск сосудистых осложнений (OR = 2,74; 95% ДИ: 1,18–6,34; $p < 0,05$), особенно при отсутствии адекватной реконструкции. Использование комбинированных техник (артериальная конвергенция, венозное удлинение) позволило обеспечить адекватную перфузию трансплантата и снизить риск ишемических осложнений.

Выводы. Применение оптимизированных методов сосудистой реконструкции при родственной трансплантации почки позволяет достоверно снизить частоту сосудистых и урологических осложнений, сократить длительность ишемии и улучшить функцию трансплантата. Индивидуализированный подход к выбору техники реконструкции с учетом анатомической вариабельности сосудов является ключевым фактором повышения эффективности трансплантации почки.

**Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ
ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ
РИНОКОНЬЮНКТИВИТЕ**

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,
Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения деформации перегородки носа у пациентов с аллергическим риноконъюнктивитом и обосновать оптимальную лечебную тактику при данной сочетанной патологии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 37 пациентов в возрасте от 18 до 47 лет с клинически подтвержденной девиацией перегородки носа в сочетании с аллергическим риноконъюнктивитом. Мужчин было 28 (75,6%), женщин — 9 (24,4%). Диагностический алгоритм включал: оториноларингологический осмотр (передняя и задняя риноскопия); эндоскопическое исследование полости носа; оценку мукоцилиарного транспорта; определение обонятельной функции; аллергологическое обследование; офтальмологическое исследование; рентгенологическую оценку состояния околоносовых пазух.

Результаты исследования. Все пациенты предъявляли жалобы на: стойкое затруднение носового дыхания; обильные слизисто-серозные выделения; приступы чихания; выраженный зуд в носу; гиперемию конъюнктивы; слезотечение.

При риноскопии на фоне выраженной девиации перегородки носа отмечались: бледно-синюшный оттенок слизистой оболочки; отечность нижних носовых раковин; наличие водянистого секрета в носовых ходах.

Среднее время мукоцилиарного транспорта составило от 57 минут до 1 часа 18 минут, что значительно превышает физиологическую норму и свидетельствует о нарушении дренажной функции слизистой оболочки носовой полости. Нарушение обоняния выявлено у всех пациентов: гипосмия — у 29 больных; выраженная гипосмия — у 8 пациентов.

Со стороны органа зрения наблюдались: гиперемия конъюнктивы; зуд и жжение; слезотечение.

При исследовании глазного дна патологических изменений не выявлено, что подтверждает функциональный, аллергический характер конъюнктивальных проявлений.

Оперативное лечение проводилось на фоне системной антигистаминной и местной противовоспалительной терапии. Хирургическая коррекция — различные варианты септопластики. Основной целью операции являлось восстановление нормальной анатомической конфигурации перегородки и улучшение аэродинамики носа.

В послеоперационном периоде проводилась: антигистаминная терапия; интраназальные противовоспалительные средства; применение офтальмологических капель, обладающих выраженным противовоспалительным и противоотёчным эффектом.

Течение послеоперационного периода у всех пациентов было благоприятным. На 5–7 сутки отмечались значительное уменьшение отёка слизистой оболочки; снижение гипертрофии носовых раковин; восстановление носового дыхания.

Параллельно уменьшались офтальмологические симптомы, такие как гиперемия конъюнктивы; зуд в глаза; уменьшалось слезотечение.

Повторная оценка функционального состояния носа показала нормализацию мукоцилиарного транспорта; улучшение обонятельной функции; устойчивое восстановление носовой проходимости.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что механическая обструкция полости носа при девиации перегородки создаёт дополнительные условия для персистенции аллергического воспаления. Нарушение аэродинамики приводит к турбулентному потоку воздуха, усиленному контакту аллергенов со слизистой оболочкой и поддержанию хронического отёка.

Изолированная медикаментозная терапия при наличии выраженной девиации перегородки не всегда обеспечивает стойкий клинический эффект. Хирургическая коррекция устраняет анатомический фактор, способствующий хронизации процесса, тем самым повышая эффективность противоаллергической терапии.

Комплексный подход с участием ЛОР-врача, аллерголога и офтальмолога позволяет добиться синергического терапевтического эффекта и существенно повысить качество жизни пациентов.

Выводы. Сочетание деформации перегородки носа и аллергического риноконъюнктивита характеризуется более выраженной клинической симптоматикой и нарушением функционального состояния полости носа.

Девиация перегородки носа усугубляет течение аллергического процесса за счёт нарушения аэродинамики и мукоцилиарного клиренса.

Комплексная терапия, включающая септопластику в сочетании с антигистаминными и противовоспалительными средствами, является патогенетически обоснованной и клинически эффективной.

Хирургическая коррекция перегородки носа способствует значительному улучшению функциональных показателей и повышению качества жизни пациентов

Муродова Ш.М. Доутова Х.Р.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние родов на развитие недостаточности мышц тазового дна у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Изучено 20 случаев, женщин во время родов и в послеродовом периоде, поступивших в Институт акушерства, гинекологии и перинатальной неонатологии

РТ за 2025-2026 годы с беременностью. Возраст больных колебался от 18 до 36 лет. Больные были обследованы клинически и инструментально. На основании чего было принято решение о ведении физиологических родов.

Результаты исследования. Клинические исследования включали в себя проведения анкетирования (боль, дискомфорт и неприятные звуки из влагалища во время полового акта, до беременности и вовремя), проведения лабораторных исследований крови, мочи и кала. Инструментальные методы обследования включали в себя проведение аноскопии, кольпоскопии, влагалищное исследование, где были обнаружены органические и функциональные нарушения мягких структур тазового дна. Органические изменения мягких структур были в виде опущения стенок влагалища, шейки матки, тела матки, ректоцеле, цистоцеле, расхождение мышечных волокон тазового дна. Все больные были прообследованы по поводу недостаточности мышц тазового дна с последующей оценкой результатов анкетирования.

Выводы. Таким образом, наши исследования показывают, что функциональное и органическое нарушение мышц тазового дна влияют на развитие и разрешение физиологических родов.

Муродова Ш.М., Мустафаев У.К.

КЛИНИКО - МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТОВ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им.
Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности морфологических и функциональных изменений анального сфинктера у больных со свищами ректовагинальной зоны и их влияние на анальную континенцию.

Материал и методы. В отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 имени академика К. Тоджиева г. Душанбе за период 2023 по 2026 гг. обследованы 46 больных с ректо-вагинальным свищем.

По локализации свищевых ходов выявлены следующие формы: низкие ректо-вагинальные свищи - 28 (60,86%), Средние ректо-вагинальные свищи -16 (34,78%), высокие ректо-вагинальные свищи -2 (4,35%). Рецидивирующие формы заболевания отмечены у- 5 (10,9%) больных. Возраст больных составлял от 18 до 45 лет, большинство – лица трудоспособного возраста 42 (91,3%).

Результаты исследования. Анализ жалоб больных со сложными ректо-вагинальными свищами показал, что у всех пациентов отмечалось наличие свищевого отверстия с гнойным отделяемым, тогда как выраженность других симптомов зависела от характера структурных изменений анального сфинктера (АС), включая наличие его дефекта. У пациентов с дефектом анального сфинктера (ДАС) болевой синдром наблюдался у 29 (%) больных и носил неврологический, периодический характер. По данным ультразвукового исследования, дефект или диастаз волокон наружного АС визуализировались в виде зон гипоехогенности длиной от 0,3 до более 0,5 см, преимущественно, одной из его частей. При задней локализации дефекта расстояние между концами сфинктера было меньше, чем при боковом расположении. Дефекты внутреннего сфинктера имели протяженность 0,2-0,5 см и чаще локализовались по задней стенке прямой кишки.

Ультразвуковое исследование показало наибольшую диагностическую информативность при выявлении дефектов формы анального сфинктера; совпадение с данными интраоперационной ревизии составило 100%, что подтверждает высокую точность метода в оценке состояния сфинктерного аппарата.

Выводы. Полученные данные свидетельствует о высокой диагностической эффективности ультразвукового исследования при выявлении структурных нарушений

анального сфинктера у пациентов со свищами ректовагинальной зоны (чувствительность – 97,0%, специфичность 92, 2%, точность – 94,0%), что подтверждает его значимую роль в клинической практике.

Муродова Ш.М., Салимова З.Д.
**РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН ВО
ВРЕМЯ РОДОВ**

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить факторы развития недостаточности мышц тазового дна у женщин во время родов.

Материал и методы. Изучено 20 случаев, женщин во время родов и в послеродовом периоде поступивших в Институт акушерства, гинекологии и перинатальной неонатологии РТ за 2025-2026 годы с беременностью. Возраст больных колебался от 18 до 36 лет. Больные были обследованы клинически и инструментально. На основании чего было принято решение о ведении физиологических родов.

Результаты исследования. Клинические исследования включали в себя, проведения лабораторных исследований крови, мочи и кала. Инструментальные методы обследования включали в себя проведение влагалищного исследования, где были обнаружены органические нарушения мягких структур тазового дна. Органические изменения мягких структур были в виде опущения стенок влагалища, шейки матки, тела матки, ректоцеле, цистоцеле, расхождения мышечных волокон тазового дна. Из функциональных нарушений чаще всего были отмечены кольпиты.

Выводы. Таким образом, наши исследования показывают, что органическое нарушение в виде кольпитов, являются наиболее распространённым видом в развитии недостаточности мышц тазового дна вовремя родоразрешения.

Муродова Ш.М., Хусейнова Л.Н.
**НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ СВИЩАХ
ПРОКТОГЕНИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Кафедра хирургии и эндохирургии ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности морфологических и функциональных изменений анального сфинктера у больных со ректо-вагинальными свищами и их влияние на анальную континенцию.

Материал и методы. В отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе, за период с 2023 по 2026 гг. обследованы 43 пациентов с ректо-вагинальными свищами по локализации свищевых ходов выявлены следующие формы: интрасфинктерные — 9 (20 93%), трансфинктерные — 32 (74 41%), экстрасфинктерные — 2 (4 65%). Рецидивирующие формы заболевания отмечены у 3 (6 97%) больных. Возраст пациентов составлял от 18 до 45 лет, большинство — лица трудоспособного возраста- 41 (95 34 %). Среди обследованных перворожавшие были - 8 (18 60%), повторно-рожавшие составляли – 35 (81 39%).

Результаты исследования. Анализ жалоб больных со сложными свищами ректо-вагинальной зоны показал, что у всех пациенток отмечалось наличие свищевого отверстия с каловым отделяемым, тогда как выраженность других симптомов зависела от характера структурных изменений анального сфинктера (АС), включая наличие его дефекта. У пациентов с дефектом анального сфинктера (ДАС) болевой синдром наблюдался у – 5 (11 62 %) больных и носил невралгический, периодический характер. По данным ультразвукового исследования, дефект или диастаз волокон наружного АС визуализировались в виде зон гипозхогенности длиной от 0,3 до более 0,5 см, преимущественно в одной из его частей. При боковой локализации дефекта расстояние между концами сфинктера было меньше, чем при

переднем расположении. Дефекты внутреннего сфинктера имели протяжённость 0,3–0,8 см и чаще локализовались по передней стенке прямой кишки.

Ультразвуковое исследование показало наибольшую диагностическую информативность при выявлении дефектов формы анального сфинктера; совпадение с данными интраоперационной ревизии составило 100%, что подтверждает высокую точность метода в оценке состояния сфинктерного аппарата.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой диагностической эффективности ультразвукового исследования при выявлении структурных нарушений анального сфинктера у пациенток с ректо-вагинальными свищами (чувствительность — 97,0%, специфичность — 92,2%, точность — 94,0%), что подтверждает его значимую роль в клинической практике.

**Мусоев Д.А., Муминзода Дж.Дж., Салихов А.С. Исоев И.Ч.
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИГАНТСКИМИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова и ЛДЦ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения гигантских послеоперационных вентральных грыж.

Материал и методы. Нами было выполнено хирургическое лечение восьмерых пациентов с гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. Всем пациентам была выполнена безнатяжная герниопластика сетчатым имплантом. Для уменьшения внутрибрюшного давления, для оптимальной пластики дефекта грыжевых ворот при меньшем мышечном напряжении мы использовали бандаж в течение 21 дня. Данные пациенты составили первую группу исследования. А также с помощью слепого метода были отобраны еще 5 пациентов, которые были включены во вторую группу исследования. Данным пациентам была выполнена безнатяжная герниопластика сетчатым имплантом без применения бандажа

Результаты исследования. Из пациентов первой группы у 5 была гигантская грыжа средней линии живота и у 3 - грыжа боковой стенки живота. До операции всем пациентам мы проводили бандаж. После достижения максимального расслабления мышц (21±8 дней) всем пациентам была выполнена герниопластика. Послеоперационный период протекал гладко. Послеоперационный безрецидивный период в среднем составил 2 года. Из пациентов второй группы у 4 наблюдалась гигантская грыжа средней линии живота и у 1 - грыжа боковой стенки живота. В данной группе пациентов бандаж не использовали. Безнатяжная герниопластика сетчатым имплантом была выполнена на 28±10 день после консультации. Послеоперационный период у 3 пациентов протекал без рецидивов 2 года. Однако, у одного наблюдалось осложнение и рецидив через 1,5 года ещё у 1 пациента развилась дыхательная недостаточность на фоне развития компартмент-синдрома, которая купирована консервативным путем.

Выводы. Использование предоперационного бандажа в лечении гигантских послеоперационных вентральных грыж улучшает эффективность результатов операции за счёт снижения внутрибрюшного давления.

**Мустафакулов С.С. Мирзокаримова Н.С.
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С
ЛЕЙКЕМИЕЙ**

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить состояние эректильной функции и гормонального статуса у пациентов с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), а также определить факторы риска развития эректильной дисфункции на фоне заболевания и полихимиотерапии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе гематологического и урологического отделений. В исследование были включены 54 мужчины с ОМЛ, проходившие лечение в условиях стационара. Возраст пациентов составил от 21 до 55 лет, средний возраст — $38,6 \pm 4,2$ года. У всех обследованных оценивали жалобы, анамнез заболевания, степень эректильной дисфункции по шкале ПЕФ-5, показатели общего и биохимического анализов крови, уровни общего и свободного тестостерона, ЛГ, ФСГ и пролактина, данные ультразвукового исследования органов мошонки, а также длительность и особенности полихимиотерапии.

Основную группу составили 27 пациентов с ОМЛ и наличием эректильной дисфункции по результатам шкалы ПЕФ-5. В группу сравнения вошли 27 пациентов с ОМЛ без выраженных нарушений эректильной функции. Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту, без онкогематологических и урологических заболеваний.

В работе применялись клинические методы обследования, анкетирование по шкале ПЕФ-5, гормональные исследования, ультразвуковое исследование органов мошонки и статистические методы обработки данных. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента и χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов основной группы выявлено достоверное снижение уровня общего тестостерона — $9,8 \pm 1,6$ нмоль/л по сравнению с группой сравнения — $14,7 \pm 2,1$ нмоль/л и контрольной группой — $18,9 \pm 2,4$ нмоль/л ($p < 0,05$). Уровень свободного тестостерона также был снижен и составил $7,1 \pm 1,3$ пг/мл в основной группе против $11,4 \pm 1,7$ пг/мл в группе сравнения и $15,2 \pm 2,0$ пг/мл в контрольной группе ($p < 0,05$).

Одновременно отмечалось повышение уровней ФСГ и ЛГ. Уровень ФСГ у пациентов основной группы составил $14,2 \pm 2,3$ МЕ/л, тогда как в группе сравнения — $8,1 \pm 1,5$ МЕ/л, а в контрольной группе — $5,6 \pm 1,2$ МЕ/л ($p < 0,05$). Уровень ЛГ составил соответственно $11,8 \pm 1,9$ МЕ/л, $6,9 \pm 1,4$ МЕ/л и $4,8 \pm 1,1$ МЕ/л ($p < 0,05$), что свидетельствовало о развитии гипогонадизма.

Эректильная дисфункция различной степени выраженности диагностирована у 27 (50,0%) обследованных пациентов с ОМЛ. Лёгкая степень нарушения эрекции выявлена у 11 (20,4%) пациентов, средняя — у 10 (18,5%), тяжёлая — у 6 (11,1%) пациентов. Наиболее часто нарушения эрекции наблюдались у пациентов после длительных курсов полихимиотерапии — у 19 (70,4%) больных основной группы. Снижение либидо отмечалось у 21 (77,8%) пациента, ухудшение качества эрекции — у 27 (100%), психоэмоциональные нарушения — у 18 (66,7%) пациентов.

При ультразвуковом исследовании органов мошонки у 9 (33,3%) пациентов основной группы выявлены признаки гипотрофии яичек и диффузные структурные изменения паренхимы яичек.

Наиболее значимыми факторами, ассоциированными с развитием эректильной дисфункции, являлись длительное течение ОМЛ — у 20 (74,1%) пациентов, проведение интенсивной полихимиотерапии — у 19 (70,4%), гормональные нарушения — у 22 (81,5%) и возраст старше 40 лет — у 15 (55,6%) пациентов.

Выводы. У пациентов с ОМЛ часто выявляются нарушения эректильной функции, сопровождающиеся изменениями гормонального статуса. Наиболее значимыми изменениями являются снижение уровня тестостерона и повышение уровней гонадотропных гормонов, что свидетельствует о развитии гипогонадизма. Длительная полихимиотерапия, возраст старше 40 лет и гормональные нарушения ассоциированы с более высокой частотой эректильной дисфункции. Ранняя диагностика сексуальных и гормональных нарушений у

пациентов с ОМЛ позволяет своевременно проводить коррекцию выявленных изменений и улучшать качество жизни пациентов.

Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.
ГИДРОНЕФРОЗ КАК УРОЛОГИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО
ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения, диагностики и лечения гидронефроза, развившегося на фоне острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ), на примере клинического наблюдения.

Результаты исследования. Жалобы. Пациент К., 37 лет, предъявлял жалобы на интенсивные боли в поясничной области справа, общую слабость, периодическое повышение температуры тела до 38,5 °С, снижение аппетита, тошноту, уменьшение объема мочи, учащенное мочеиспускание и выраженную утомляемость. Пациент проходил обследование и лечение в гематологическом отделении с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) в РФ. После курса полихимиотерапии отмечалось ухудшение общего состояния с развитием болевого синдрома в поясничной области и признаков нарушения уродинамики. В связи с прогрессированием клинической симптоматики пациент был консультирован урологом.

Из анамнеза заболевания установлено, что пациент считает себя больным около 6 месяцев, когда впервые появились общая слабость, бледность кожных покровов и эпизоды субфебрильной температуры тела. После обследования в гематологическом стационаре был верифицирован диагноз острого лимфобластного лейкоза. Пациент получал курсы полихимиотерапии. Через 2 недели после очередного курса лечения появились боли в поясничной области, дизурические расстройства и повышение температуры тела до фебрильных значений.

Объективный статус. Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела — 38,2 °С. Пульс — 103 уд/мин, артериальное давление — 100/60 мм рт.ст. Положительный симптом поколачивания справа. Пальпация в поясничной области болезненна. Диурез снижен.

Лабораторные исследования. В общем анализе крови выявлены анемия, лейкопения и нейтропения: гемоглобин — 82 г/л, лейкоциты — $1,4 \times 10^9$ /л, нейтрофилы — $0,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 68×10^9 /л. СОЭ — 42 мм/ч. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение уровня мочевины до 14,8 ммоль/л и креатинина до 186 мкмоль/л, снижение общего белка до 58 г/л. Уровень С-реактивного белка составил 84 мг/л. В общем анализе мочи: относительная плотность — 1015, белок — 0,66 г/л, лейкоциты — 25–30 в поле зрения, эритроциты — 8–10 в поле зрения, бактерии ++.

Функциональные пробы почек выявили снижение скорости клубочковой фильтрации до 48 мл/мин/1,73 м², что свидетельствовало об умеренном нарушении функции почек на фоне обструкции верхних мочевых путей.

При ультразвуковом исследовании почек выявлено расширение чашечно-лоханочной системы правой почки. Лоханка была расширена до 32 мм, чашечки — до 15 мм. Толщина паренхимы почки снижена до 11 мм.

По данным компьютерной томографии определялись признаки правостороннего уретерогидронефроза II–III степени. Выявлено сдавление верхней трети мочеточника увеличенными забрюшинными лимфатическими узлами на фоне лимфопролиферативного процесса. Конкременты не определялись.

Проведенное обследование показало, что развитие гидронефроза у пациента с ОЛЛ было связано с компрессией мочеточника увеличенными лимфатическими узлами на фоне основного заболевания. Нарушение пассажа мочи сопровождалось ухудшением функции

почек, воспалительными изменениями мочи и нарастанием азотемии. Своевременное применение ультразвукового исследования и компьютерной томографии позволило установить причину обструкции мочевых путей и определить дальнейшую тактику лечения.

Пациенту проводилась комбинированная терапия с участием гематолога и уролога. Назначена антибактериальная, инфузионная и дезинтоксикационная терапия. С целью восстановления уродинамики выполнено стентирование правого мочеточника. На фоне лечения отмечались уменьшение болевого синдрома, нормализация диуреза и снижение уровня креатинина до 110 мкмоль/л. После стабилизации состояния пациент продолжил специализированное лечение в гематологическом отделении.

Выводы. Гидронефроз у пациентов с ОЛЛ может развиваться вследствие компрессии мочеточника увеличенными лимфатическими узлами на фоне лимфопролиферативного процесса. Развитие обструктивной уropатии сопровождается нарушением функции почек и повышает риск инфекционно-воспалительных осложнений. Своевременная диагностика и восстановление уродинамики способствуют улучшению функции почек и повышению эффективности дальнейшего лечения.

Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.
УРОСЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ
ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
И ФАКТОРЫ РИСКА

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить частоту, клинико-лабораторные особенности и факторы риска развития уросептических осложнений у пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), а также оценить эффективность диагностических и лечебных мероприятий.

Материал и методы. Исследование проведено на базе специализированного гематологического отделения. Обследованы 33 пациента с верифицированным диагнозом ОЛЛ в возрасте от 18 до 65 лет. Основную группу составили 17 пациентов с уросептическими осложнениями, группу сравнения — 16 пациентов без признаков уросепсиса и тяжёлых инфекционных осложнений. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. Всем пациентам проводили общеклинические, биохимические, бактериологические и инструментальные методы исследования, включая общий анализ крови и мочи, определение уровней С-реактивного белка и прокальцитонина, гемокультуру, посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам, функциональные пробы почек и ультразвуковое исследование мочевыводящей системы. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюдента и χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов основной группы достоверно чаще отмечались лихорадка (88,2% против 25,0%), выраженная интоксикация (82,4% против 18,7%), дизурические расстройства (70,6% против 12,5%), боли в поясничной области (58,8% против 12,5%) и признаки системной воспалительной реакции (76,5% против 18,7%) ($p < 0,05$). Развитие уросептических осложнений преимущественно наблюдалось в период глубокой нейтропении после полихимиотерапии. Средний уровень лейкоцитов в основной группе составил $(1,2 \pm 0,4) \times 10^9/\text{л}$ против $(3,8 \pm 0,7) \times 10^9/\text{л}$ в группе сравнения, нейтрофилов — $(0,4 \pm 0,2) \times 10^9/\text{л}$ против $(1,9 \pm 0,5) \times 10^9/\text{л}$ соответственно ($p < 0,01$).

При бактериологическом исследовании мочи преобладала грамотрицательная микрофлора. Наиболее часто выявлялись *Escherichia coli* — у 58,8% пациентов, *Klebsiella pneumoniae* — у 35,3% и *Pseudomonas aeruginosa* — у 23,5% обследованных основной группы. Полирезистентность микроорганизмов отмечена у 41,2% пациентов основной группы против 12,5% в группе сравнения. Уровень С-реактивного белка у пациентов с

уросепсисом составил $96,4 \pm 14,2$ мг/л против $18,7 \pm 5,3$ мг/л, а прокальцитонина — $8,2 \pm 1,6$ нг/мл против $0,9 \pm 0,3$ нг/мл соответственно ($p < 0,001$).

Среди осложнений у пациентов основной группы наиболее часто отмечались острое повреждение почек (29,4%), септический шок (17,6%) и полиорганная недостаточность (11,8%). Проведение ранней комбинированной антибактериальной терапии в сочетании с интенсивной инфузионной поддержкой сопровождалось снижением частоты тяжёлых осложнений и улучшением клинических исходов.

Выводы. Уросептические осложнения у пациентов с ОЛЛ развиваются преимущественно на фоне глубокой нейтропении и иммуносупрессии после полихимиотерапии. В этиологической структуре преобладает грамотрицательная микрофлора с высокой антибиотикорезистентностью. Повышение уровней С-реактивного белка и прокальцитонина может служить важным диагностическим критерием тяжести инфекционного процесса. Ранняя диагностика и своевременная антибактериальная терапия способствуют улучшению клинических исходов у пациентов с ОЛЛ.

Мухаббатов Дж.К^{1,3}., Давлатов Дж. Дж^{1,2}., Хамроев Б.М¹., Аннаев М.Б^{1,3}.
ПЕКТЕНОЗ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА В МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ
СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино». Таджикистан¹

Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж²

Кафедра колопроктологии ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан³

Цель исследования. Оценка структурно-функционального состояния анального сфинктера при пектенозе у больных со сложными свищами прямой кишки.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 в период 2021–2025 гг. В исследование были включены 87 пациентов со сложными свищами прямой кишки (ССПК), у которых изучались структурно-функциональные изменения анального сфинктера, в том числе признаки пектеноза анального сфинктера (ПАС). Всем больным выполнялся комплекс клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. Возраст пациентов составил от 18 до 76 лет. Среди обследованных преобладали мужчины — 68 (78,2%) случаев, женщины составили 19 (21,8%) пациентов. Основную часть обследованных — 92,4% — составили лица трудоспособного возраста. Для оценки морфофункционального состояния анального сфинктера применялись клинические методы исследования, лабораторные показатели воспалительной активности (СОЭ, С-реактивный белок), а также ТРУЗ. Выраженность пектеноза анального сфинктера оценивали с учетом степени деформации контуров сфинктера, распространенности патологических изменений и вовлечения различных сегментов анального канала.

Результаты исследования. У всех обследованных пациентов основной жалобой являлось наличие наружного свищевого отверстия с гнойным отделяемым. Выраженность и распространённость болевого синдрома напрямую зависели от характера и степени структурных изменений анального сфинктера. У пациентов со ССПК, осложнёнными ПАС, болевой синдром распространялся на соответствующую половину анального канала и стенку прямой кишки в зоне патологического процесса. Проведённое ультразвуковое исследование позволило не только диагностировать наличие ПАС, но и определить степень его распространённости. Тотальное поражение всех отделов анального сфинктера выявлено у 37,1% пациентов, тогда как сегментарные и локальные формы пектеноза отмечены у 62,9% больных. Лабораторные показатели у пациентов с ПАС характеризовались признаками эндотоксикоза и воспалительной активности, что проявлялось повышением скорости оседания эритроцитов и уровня С-реактивного белка. Полученные данные свидетельствовали о наличии воспалительно-гнойного процесса как в тканях анального сфинктера, так и в параректальной клетчатке с формированием гнойных затёков и полостей.

Информативность ультразвукового метода в диагностике структурных изменений анального сфинктера, включая пектеноз, при ССПК оказалась высокой: чувствительность метода составила 99,0%, специфичность — 89,1%, а общая диагностическая точность — 96,9%.

Выводы. Структурные изменения анального сфинктера при ССПК выявлены у 65,5% больных, при этом ПАС диагностирован в 27,6% случаев. Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики и оценки степени выраженности пектеноза.

**Мухаббатов Дж.К¹., Давлатов Дж. Дж^{1,2}., Хамроев Б.М¹., Мухаббатов А.Дж¹.
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ
СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ**

¹Кафедра общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Кафедра хирургии ГОУ Республиканский медицинский колледж

Цель исследования. Оценка структурных изменений анального сфинктера и их клинического значения при сложных свищах прямой кишки.

Материал и методы. Настоящее исследование выполнено в два этапа и основано на анализе результатов обследования и хирургического лечения больных со свищами прямой кишки. На I этапе среди 830 пациентов со свищами прямой кишки у 170 (20,48%) были выявлены сложные свищи прямой кишки (ССПК), которые были включены в дальнейшее исследование. На II этапе 170 пациентов со ССПК были разделены на две группы: 83 больных составили группу ретроспективного анализа, 87 пациентов вошли в группу проспективного исследования. В проспективное исследование включены 87 больных со сложными свищами прямой кишки, находившихся на лечении в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 (ГКБ №5) им. академика К.Т. Таджиева в период 2015–2025 гг. Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет. С целью объективной оценки особенностей свищевого хода, его взаимоотношения с волокнами анального сфинктера, а также степени выраженности воспалительных изменений в параректальной клетчатке всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. Недостаточность анального сфинктера (НАС) среди обследованных больных выявлена в 24,1% случаев. При этом НАС I степени диагностирована у 15,3% пациентов, а II степени — у 8,8% больных. В результате комплексного обследования пациентов со сложными свищами прямой кишки были установлены различные формы структурных (органических) изменений анального сфинктера. К I подгруппе отнесены 16 (18,4%) больных со сложными свищами прямой кишки и воспалительными изменениями анального сфинктера в виде реактивного сфинктерита (РС). II подгруппу составили 24 (27,6%) пациента с фиброзными изменениями анального сфинктера — пектенозом анального сфинктера (ПАС). В III подгруппу вошли 17 (19,5%) больных с дефектами мышечных волокон анального сфинктера (диастаз мышц анального сфинктера). IV подгруппу составили 30 (34,5%) пациентов со сложными свищами прямой кишки без признаков органических изменений анального сфинктера, которые были включены в группу сравнения. Как при транссфинктерных, так и при экстрасфинктерных формах свищей прямой кишки наиболее часто встречались пациенты II и III подгрупп с выраженными структурными изменениями анального сфинктера (27,6% и 19,5% соответственно). Учитывая важность правильного выбора объема хирургического вмешательства и рационального ведения послеоперационного периода, возникла необходимость объективной оценки степени тяжести структурных изменений анального сфинктера при свищах прямой кишки. В связи с этим была разработана шкала оценки степени тяжести структурных изменений анального сфинктера, основанная на анализе

клинических, инструментальных и функциональных критериев с последующим подсчётом суммарных баллов.

Выводы. Сложные свищи прямой кишки в 65,5% случаев сопровождаются развитием органических изменений анального сфинктера. Среди выявленных структурных нарушений реактивный сфинктерит диагностирован у 18,4% пациентов, пектенос анального сфинктера — у 27,6%, а дефекты и диастаз мышечных волокон наружного анального сфинктера — у 19,5% больных.

Набизода М.Х., Баротов Х.Х.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить связь применения модифицированной реваккуляризирующей остеотрепанации с ранними госпитальными исходами лечения у пациентов с дистальной нейроишемической формой синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Выполнено одноцентровое сравнительное исследование 44 пациентов с дистальной нейроишемической формой синдрома диабетической стопы, наблюдавшихся до выписки из стационара. В основную группу вошли 22 больных, которым в составе комплексного лечения выполняли модифицированную реваккуляризирующую остеотрепанацию при невозможности прямой реваккуляризации. Контрольную группу составили 22 пациента, у которых остеотрепанация не применялась. Все пациенты проходили клинико-лабораторическое обследование и местное хирургическое лечение в соответствии с клинической ситуацией. Способ стандартной и модифицированной реваккуляризирующей остеотрепанации. использовался при невозможности применения прямой реваккуляризации. При наличии критической ишемии процесс образования грануляционной ткани нарушается и с целью предотвращения нагноения культи и скорого заживления прибегают к остеотрепанации. После ампутации на стопе по Лисфранку стерильных остроконечных спиц формируют до 3-4 отверстий на поверхности каждой из выступающих костей, до выделения крови. При этом диаметр отверстий соответствует 1/6 диаметра кости.

Результаты исследования. Первоначальный анализ был направлен на оценку сопоставимости групп по исходным демографическим, клиническим и лабораторным характеристикам. Следующий этап анализа был посвящен динамике местного раневого процесса и длительности стационарного лечения. В послеоперационном периоде у данных больных наблюдалась положительная динамика. Анализ результатов цитологического исследования показал, что в 1-е сутки после хирургического вмешательства в цитограммах у всех больных обеих групп определялось большое количество дегенеративно-измененных, полиморфно-ядерных лейкоцитов. Количество сегментоядерных лейкоцитов достигало до 100%. У больных основной группы по мере появления грануляционной ткани и очищения от некротических масс, в цитограммах уменьшалось количество дегенеративно-измененных, полиморфно-ядерных лейкоцитов, увеличивалось количество молодых форм нейтрофильных лейкоцитов с нормальной структурой и четкими контурами. Увеличение количества макрофагов, наличие в ранах полибластов и созревание их в профибробласты и фибробласты в более ранние сроки, являются показателем благотворного влияния реваккуляризирующей остеотрепанации на течение раневого процесса при невозможности восстановления кровотока на фоне комплексного лечения. Иными словами, у пациентов, которым выполняли модифицированную остеотрепанацию, переход раневого процесса к репаративной фазе происходил примерно в два раза быстрее. С клинической точки зрения это отражает более раннее формирование жизнеспособных тканей и создает предпосылки для органосохраняющей тактики.

Анализ основной конечной точки также продемонстрировал выраженное преимущество основной группы. Высокая ампутация конечности до выписки была выполнена у 14 из 22 пациентов основной группы и у всех 22 больных контрольной группы, что соответствовало 63,6% и 100,0% соответственно, $p=0,004$. Относительный риск ампутации при применении остеотрепанации составил 0,64; 95% ДИ 0,46-0,87, что указывает на снижение риска ампутации примерно на одну треть в пределах госпитального этапа. Не менее показательно, что положительная динамика раневого процесса была зарегистрирована у 36,4% пациентов основной группы и лишь у 4,5% больных контрольной группы, $p=0,021$. Кроме того, ампутация не потребовалась 8 из 22 больным основной группы, тогда как в контрольной группе таких пациентов не было вовсе. Однако для более строгой клинической интерпретации принципиально важно отделять отсутствие ампутации как факта вмешательства от благоприятного исхода лечения. Внутригоспитальная летальность составила 13,6% в основной группе и 22,7% в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, совокупный анализ показывает, что применение модифицированной реваскуляризирующей остеотрепанации ассоциировалось с более благоприятным ранним течением госпитального периода: более быстрым развитием грануляций, сокращением сроков пребывания в стационаре, уменьшением общей потребности в ампутации и увеличением доли пациентов, выписанных живыми без потери сегмента конечности.

Набизода М.Х., Джойлобов М.Р., Султонов Х.К.

ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ И МОДИФИЦИРОВАННАЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированного применения рекомбинантного интерлейкина-2 и модифицированной вакуум-терапии у пациентов с длительно незаживающими ранами при нейропатической форме синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Выполнено сравнительное исследование результатов лечения 36 пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы. По итогам лечения сформированы две сопоставимые группы: основная - 18 больных и контрольная - 18 больных.

Основная группа после хирургической обработки раны получала локальную цитокинотерапию рекомбинантным интерлейкином-2 в сочетании с модифицированной вакуум-терапией. В контрольной группе после хирургической обработки использовали традиционное местное лечение. В соответствии с исходным клиническим протоколом рекомбинантный интерлейкин-2 вводили местно вокруг раны через день курсом 10 суток. Модифицированная система отрицательного давления включала размещение перфорированного дренажа в толще полиуретановый наполнитель по длине раневого ложа с последующей активной аспирацией и повторной обработкой раны. Продолжительность вакуумной терапии составляла 24 ч, после чего система удалялась, а раневая полость тщательно обрабатывалась растворами антисептиков и вновь устанавливалась вакуумная система. Во всех наблюдениях периодически каждые 3 часа в полость вводили раствор хлоргексидина в зависимости от объема раневой поверхности до 20 мл и отключали отсос в течение 30 минут.

Результаты исследования. Сравнительный анализ исходных характеристик показал статистическую сопоставимость основной и контрольной групп по возрасту, индексу массы тела, длительности сахарного диабета, уровню HbA1c, длительности язвенного дефекта, площади раны и исходному TcPO₂. Существенных различий по частоте рентгенологических признаков остеомиелита также не выявлено.

Применение комбинированного лечения в основной группе обеспечило более эффективную элиминацию инфекционного агента и раневого отделяемого. При анализе цитокинового профиля в обеих группах на 1-е сутки отмечалась тенденция к усилению воспалительной реакции, после чего к 5-м и особенно к 10-м суткам наблюдалось снижение уровней провоспалительных медиаторов. Наиболее выраженное межгрупповое расхождение к 10-м суткам зарегистрировано для IL-2, IL-8 и TNF- α .

К 10-м суткам в основной группе медианные уровни IL-2, IL-8 и TNF- α были ниже, чем в контрольной группе: соответственно 5,08 [4,74-5,71] против 7,12 [5,55-8,19] пг/мл, $p=0,004$; 40,69 [34,35-46,31] против 49,69 [45,57-58,74] пг/мл, $p=0,001$; и 6,94 [5,88-8,94] против 10,79 [9,04-12,23] пг/мл, $p<0,001$. Для IL-6 отмечалась аналогичная тенденция без достижения статистической значимости. В основной группе выявлены меньшая выраженность боли, более быстрое снижение микробной контаминации на 5-е и 10-е сутки, а также статистически значимо более короткие сроки очищения раны, появления грануляций и краевой эпителизации. Длительность госпитализации также оказалась меньше в основной группе. По частоте высокой ампутации и госпитальной летальности в основной группе отмечена более благоприятная тенденция, однако статистически значимых различий не получено. Высокая ампутация у больных основной группы у 1 (5,6%), а в контрольные группы 3 (16,7%). Летальность у больных основной группы составлял лишь у 1 пациента (5,6%), а в контрольные группы 2 (11,1%).

Выводы. Комбинированное применение рекомбинантного интерлейкина-2 и модифицированной вакуум-терапии у пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы ассоциировано с более быстрым очищением раны, более ранним формированием грануляций и краевой эпителизации, снижением микробной контаминации и более выраженным уменьшением ряда провоспалительных цитокинов к 10-м суткам лечения. По высокой ампутации и госпитальной летальности отмечена благоприятная численная тенденция, однако статистически убедительных различий не получено. Представленные данные позволяют рассматривать данный комбинированный подход как перспективный вариант комплексного локального лечения длительно незаживающих ран при нейропатической форме синдрома диабетической стопы.

Назаров Х.Ш., Нажмудинов Ф.Н., Додихудоев Р.А.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения больных с острым калькулёзным обтурационным холециститом (ОКОХ).

Материал и методы. Исследование охватило 78 (100%) пациентов с ОКОХ, проходивших стационарное лечение в хирургических отделениях Государственного учреждения городского центра скорой медицинской помощи города Душанбе с 2025 по апрель 2026 года. Среди них было 65 (83,3%) женщин и 13 (16,7%) мужчин, возраст которых варьировался от 26 до 72 лет. Длительность заболевания до госпитализации составляла от 6 часов до 3 суток. Сопутствующие патологии имелись в 23 (29,5%) случаях, среди которых превалировали заболевания сердечно-сосудистой системы. Сочетание двух и более заболеваний было установлено у 8 (10,2%) больных.

Для верификации основного диагноза и исключения сопутствующих состояний, всем пациентам был проведен комплекс диагностических мероприятий, включающий: общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, электрокардиографию (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства, обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости. Дополнительно, при отсутствии противопоказаний, выполнялась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), а по показаниям – функциональные исследования внешнего дыхания (ФВД).

Результаты исследования. При госпитализации во всех 78 (100%) случаях на УЗИ установлены признаки обтурации желчного пузыря, среди которых в 27 (34,6%) случаях установлены признаки эмпиемы желчного пузыря и в 9 (11,5%) случаях имела место перихолецистит. В 43 (55,1%) случаях наблюдалось повышение температуры тела свыше 37,5°C, а лейкоцитоз выявлен у 48 (61,5%) больных. Во время пальпации брюшной стенки во всех 78 (100%) случаях наблюдалась болезненность в эпигастральной области и правом подреберье, и в 69 (88,5%) пальпировалось дно желчного пузыря. В остальных 9 (11,5%) случаях наблюдалась умеренная болезненность в правом подреберье на фоне мягкого живота. Следует отметить, что болевые приступы, как основной клинический симптом обтурации желчного пузыря при остром холецистите, требующие проведения необходимых консервативных мер для их купирования, наблюдались только в 54 (69,2%) случаях. В 36 (46,2%) случаях операция была проведена в экстренном порядке (из-за наличия УЗИ-признаков эмпиемы желчного пузыря и перихолецистита), в 11 (14,1%) случаях осуществлена в срочном (при отсутствии необходимого эффекта от проведенной консервативной терапии и возобновлении болевых приступов) и в остальных 31 (39,7%) случаях в отсроченном порядке. Интраоперационные находки в 77 (98,7%) случаях соответствовали данным УЗИ, которые были получены перед операцией.

Течение послеоперационного периода у всех пациентов характеризовалось отсутствием осложнений, что позволило осуществить выписку в удовлетворительном состоянии. Средняя продолжительность госпитализации составила $4,2 \pm 1,3$ суток.

Выводы. УЗИ у больных с острым обтурационным калькулёзным холециститом, особенно у пожилого возраста, является простым и высокоинформативным методом диагностики, позволяющим уточнить диагноз и тем самым выбрать оптимальную тактику лечения, что способствует улучшению результатов хирургического лечения этой категории больных.

Назаров Х.Ш., Султонов Б.Дж., Алимов С.У.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРИТОНИТА

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.,
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН).

Материал и методы. Исследование охватило 117 (100%) пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН), проходивших стационарное лечение в хирургических отделениях Государственного учреждения городского центра скорой медицинской помощи города Душанбе с 2024 по апрель 2026 года. Среди них было 65 (55,6%) женщин и 52 (44,4%) мужчины, возраст которых варьировался от 23 до 68 лет.

После постановки диагноза и исключения перитонита всем пациентам назначалась консервативная терапия. Основные цели лечения включали улучшение кровообращения в стенке кишечника, коррекцию дефицита микроэлементов, снятие спазмов гладкой мускулатуры кишечника, восстановление объема циркулирующей крови (ОЦК) и применение антибиотиков. Важным элементом терапии была декомпрессия кишечника, достигаемая путем промывания желудка, а также купирования вздутия живота и рвоты. Хирургическое лечение было показано в случаях, когда консервативная терапия не давала результатов в течение 4–6 часов или когда симптомы заболевания усиливались в первые 2 часа после поступления в стационар. Из общего числа 117 пациентов (100%) оперативное вмешательство потребовалось лишь 45 (38,4%). Всем пациентам проводились стандартные диагностические процедуры, включающие обзорную рентгенографию брюшной полости (при необходимости с контрастированием), электрокардиографию (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) и комплекс лабораторных анализов.

Результаты исследования. Эффективность проведенного лечения оценивалась по клиническим проявлениям (уменьшение боли, исчезновение вздутия живота и появление кишечных шумов (перистальтики)), лабораторным показателям (снижение уровня лейкоцитов), а также инструментальным исследованиям (уменьшение отека стенки кишечника и нормализация его диаметра, восстановление моторной функции кишечника по данным УЗИ, исчезновение характерных рентгенологических признаков, таких как кишечные арки и чаша Клойбера).

Анализ результатов показал, что у пациентов, поступивших в стационар в течение 2-6 часов с момента появления первых симптомов заболевания, наблюдалось более быстрое купирование болевого синдрома и вздутия живота, а также более раннее восстановление перистальтики кишечника. Большинство пациентов, которым не потребовалось оперативное лечение, были выписаны на вторые сутки после госпитализации для дальнейшего наблюдения и амбулаторного лечения. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Раннее выявление и адекватное консервативное лечение пациентов с ОСКН при отсутствии перитонеальных симптомов позволяют избежать повторных лапаротомий. Показаниями к оперативному вмешательству при ОКН являются неэффективность консервативной терапии в течение 4-6 часов или прогрессирование клинической картины в первые 2 часа с момента госпитализации.

Назаров Ш.К., Ганиев А.Э., Шомуродов Ж.Р., Меликов М.А.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У
ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II - ТИПА

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургической коррекции рецидивных вентральных грыж и профилактики локальных послеоперационных осложнений у пациентов с сахарным диабетом II - типа.

Материал и методы. В рамках исследования были проанализированы результаты оперативного лечения 136 больных, госпитализированных в период с 2007 по 2023 годы в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», являющегося клинической базой кафедры хирургических заболеваний №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Наблюдаемые больные были распределены на две отдельные группы: основная группа (69 больных) и контрольная группа (67 больных). В таблице 2.1 приведена характеристика исследуемых групп в зависимости от возрастной категории больных (согласно возрастной классификации принятой ВОЗ от 28.04.2021 года). Больным первой группы (n=69) герниопластика проводилась с применением биологически инертных сетчатых аллопротезов. Исследуемым больным из второй группы (n=67) выполнялись традиционные операции с использованием аллопластического материала.

Результаты исследования. В ходе исследования у 69 пациентов основной группы с рецидивными вентральными грыжами было проведено прямое интраоперационное изучение состояния операционного поля. В анамнезе все 69 больных с рецидивными вентральными грыжами, страдающие сахарным диабетом II, были оперированы в различных медицинских учреждениях и выполнены натяжные и ненатяжные пластики. У пациентов с указанной патологией и сахарным диабетом наблюдалось, что передняя часть профиля ПБС становилась более выровненной и склонной к наклону вниз, в то время как изгиб вперед в районе спины уменьшался в связи с уменьшением задних размеров ($p < 0,01$). У лиц с рецидивными формами вентральной грыжи максимальная глубина изгиба спины была зафиксирована в районе крыльев подвздошных костей ($0,37 \pm 0,09$) ($p < 0,01$), в противоположность здоровым людям, у которых пиковое значение изгиба спины определялось на уровне пупка $0,85 \pm 0,09$ ($p > 0,01$) см. При этом площадь основания фаса

121,91 ± 3,57 (p>0,01) см² была немного снижена в сравнении с таковым у здоровых индивидуумов 123,62 ± 1,33(p>0,5) см² и индекс асимметрии составил 91,59 ± 1,32(p>0,5).

После ретроспективного анализа результатов хирургического лечения рецидивных послеоперационных грыж у исследуемых пациентов ненапряжными и напряжными методами, которые не удовлетворяли из-за своих осложнений, был усовершенствован метод вентропластики. В основную группу (n=69) вошли пациенты, поступившие на лечение с различными сроками гыженосительства. Среди них у 43 (31,6%) пациентов были вправимые грыжи, а у 26 (19,1%) - невправимые. Методика «Onlay» была применена у 19 (13,9%) пациентов. Критериями для выбора данной методики пластики являлись: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5,0 см, небольшой объем грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки менее 3,0 см, толщина прямой мышцы менее 0,927±0,181(p>0,001) см, а ширина прямой мышцы менее 6,648±0,474(p>0,001) см. Усовершенствованная методика была применена у 14 (10,2%) пациенток женского пола и 5 (3,67%) пациентов мужского пола. Способ усовершенствованной методики «Sublay» был применен у 29(21,3%) пациентам. Показанием к данной методике пластики служил толщина подкожно – жирового слоя не менее 5,0 см., средний объем грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки больше 4,0 см. Данная усовершенствованная методика была выполнена 22(16,1%) пациентам мужского пола и 7(5,1%) пациентам женского пола. Методика усовершенствованной техники «TAR» была применена у 21 (15,4%) пациента. К показаниям для применения данной методики пластики относились: толщина подкожно-жирового слоя не менее 5,0 см, средний объем грыжевых ворот, толщина мышечного слоя передней брюшной стенки более 4,0 см, толщина прямой мышцы менее 0,927±0,18(p>0,001) см, ширина прямой мышцы менее 7,848±0,39(p>0,001) см. Данная методика была реализована у 14 (10,2%) пациентов мужского пола и 5 (3,6%) пациентов женского пола.

Выводы. У пациентов с рецидивными вентральными грыжами на фоне сахарного диабета макроскопически происходит изменение поперечного сечения передней брюшной стенки (p<0,01) при индексе асимметрии =100, где преобладает левая половина площади над правой (индекс асимметрии<100), при этом увеличивается стрелка прогиба до абдоминальных плоскостей(p<0,05), глубины пупка (0,9±0,04 см) (p<0,05) и площади профиля передней брюшной стенки, с уменьшением фаса (119,3±3,57 см²) (p<0,05). Выбор метода интраоперационного размещения аллопластического материала должен исходить строго индивидуально и от степени изменения и развития мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки.

Назаров Ш.К., Шомуродов Ж.Р., Меликов М.А.

МОДЕРНИЗИРОВАННЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ (Способ лигатурной пластики вентральных грыж по Назарову Ш.К.)

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Усовершенствование методов хирургического лечения вентральных грыж.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 31 пациентов с вентральными грыжами за период 2023-2025 гг., находившихся в хирургических отделениях ГУ «Городской центр медицинской помощи» г. Душанбе, являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Гендерный состав состоял из мужчин 23 (74,1%), женщин – 8 (25,8%). Возраст пациентов обеих групп в среднем колебался от 27 до 81 года, что в контрольной группе составил 53,34±1,139 год, а в основной – 51,69±0,621 лет. Средняя продолжительность гыженосительства составила 5,61±0,603 года. В ходе обследования сопутствующие заболевания выявлены у 21 (18,4%) пациентов контрольной и у 23 (20,1%)

пациентов основной групп. Многие пациенты страдали более двух патологий и находились на диспансерном учёте у поликлинических специалистов по месту жительства. Наиболее часто диагностируемой сопутствующей патологии была сердечно-сосудистая, (19/61,2% соответственно), эндокринные заболевания как сахарный диабет (5/16,1% соответственно) и пищеварительной (7/22,5%) систем. Заболевания дыхательной системы выявили у 11 (35,4%) больных, мочеполовой – у 6 (19,3%) соответственно, патология вен – у 5 (16,1%). Все поступившие пациенты с ПВГ были обследованы по следующей схеме: жалобы, анамнез заболевания, данные физикальных, лабораторных и инструментальных методов. С помощью УЗИ оценивали состояние здоровых участков брюшной стенки, зоны грыжевого выпячивания, кровотоков передней брюшной стенки, органов брюшной полости, малого таза, венозных сосудов нижних конечностей. Сонография была проведена на ультразвуковых сканерах Sonoace X6, Accuson 128-XP, использовано датчики с частотой от 3,5 до 10 МГц. Сканирование проводили в В-режиме, в режимах доплерографии импульсным, цветового доплеровского картирования, дуплексном и трехмерной реконструкции (3D).

Результаты исследования. Сонография произведено с оценки тканей передней брюшной стенки, строение которой зависит от конституциональных особенностей пациента, определяя толщину кожи, подкожной клетчатки над и под поверхностной фасцией, толщину и ширину прямых и косых мышц живота, а также оценивали состояние тканей в области грыжевого выпячивания. В остальных отделах передней брюшной стенки отмечено тенденция к увеличению ширины и уменьшению толщины прямых мышц живота, увеличению толщины поперечных и уменьшению толщины наружных и внутренних косых мышц живота, что было принято во внимание при выборе способа операции. В окружающих грыжевой мешок тканях мышечные волокна были разрежены за счет разрастания между ними соединительной ткани. Эти изменения были выражены значительно больше на стороне большего смещения грыжевого мешка и зависели от размеров ПВГ. При хирургическом лечении 31 больных с вентральными грыжами по строгим показаниям выбран лигатурная пластика заменяющая способ Onlay, по разработанной методике на кафедре с целью предотвращения сером, абсцесса, лигатурных свищей, дислокации протеза, инфицированности и отторжения, и положительного восприятия, снятия эффекта раздражительности и привыкания с местными тканями. Средняя продолжительность операций протекала в диапазоне 93, 7±13,5 мин. Послеоперационный период протекал гладко, без местных осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде изучено и анализировано ультразвуковые данные передней стенки живота пациентов при выполнении ими наклона корпуса, ведущего к повышению ВБД, и показатель центрального угла в среднем составил 71,7±5,3(p>0,05) градуса, с медианой в 71,2 градуса, что является физиологическим.

Выводы. Таким образом, полученные данные указывают на то, что применение модифицированных хирургических подходов для лечения вентральных грыж у пациентов является безопасным и эффективным. Применённый и разработанный метод лигатурной вентропластики способствует сокращению количества интра- и послеоперационных осложнений, уменьшению риска возникновения новых слабых мест в передней брюшной стенке, обеспечивают лучшую защиту нейроваскулярных структур, что в свою очередь минимизирует вероятность рецидива заболевания.

**Насридинов Х.Н., Рахмонзода Х.Дж. Коситов Д.Д., Рахмонов У.Х.
УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКОЙ ГИГАНТСКОЙ
МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ.**

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,
Таджикистан.

Цель исследования. Удаление гигантской менингиомы передней черепной ямки без нарастания неврологического дефицита в условиях нейрохирургического отделения Республики Таджикистана.

Материал и методы. Пациент М., 45 лет поступила в нейрохирургическое отделение №1 ГУ НМИЦ Республики Таджикистана «Шифобахш» с жалобами на наличие выраженной диффузной головной боли, снижение зрения, снижение памяти, полная потеря обоняния, общая слабость. Проведен осмотр офтальмолога на которой была постановлена наличие синдрома Фостера Кеннеди (это сочетание односторонней атрофии зрительного нерва на стороне поражения и застойного диска зрительного нерва на противоположном глазу которое может и свидетельствовать о наличии опухоли на передней черепной ямки. Проведены дополнительные методы исследования в примере КТ и МРТ, на которых было выявлено огромное объемное образование размерами 72 × 64 × 61 мм с фактом сдавления на лобных долях с двух сторон. Был поставлен диагноз «Гигантская менингиома передней черепной ямки с фактом сдавления на лобных долях головного мозга в стадии декомпенсации».

Результаты исследования. Хирургия передней черепной ямки является сложной анатомической частью черепа в связи с нахождения на этой области крупных магистральных сосудов и черепными нервами. Исходя из клиники, неврологии и размера опухоли больному была проведена операция по удалении гигантской менингиомы передней черепной ямки. Поначалу больному был ставлен люмбальный катетер на уровне L3-L4 для санации ликвора и для снижения внутричерепного давления. Потом при положении лежа на спине престижной фиксации головы была проведена бифронтальная краниотомия последующим легированием сагиттального синуса и ее перерезыванием. Опухоль была удалена частями и тотально размером 72 × 64 × 61 мм. В описанном наблюдении гигантская менингиома передней черепной ямки было удалено тотально и без неврологического дефицита.

Выводы. На данной проведенной работе по удалении гигантской менингиомы передней черепной ямки используя бифронтальную краниотомию с субфронтальным доступом удалось достичь, то чего нам больше всего хотелось, а это не только не нарастании неврологического дефицита, но и прогресс в виде улучшения остроты зрения у больного.

Носири К.Н., Носиров Э.Ш., Ёров Ё.Б., Расулов А.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора А.Н. Каххорова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Таджикистан

Цель исследования. Сравнить эффективности применения персонифицированного подхода в выборе хирургической тактики у пациентов с острым панкреатитом с традиционными.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 126 пациентов с острым панкреатитом. Среди них женщины были 72 (57,1%), мужчины — 54 (42,9%). Пациенты были разделены на две группы: в первую группу (основную, проспективную) вошли 62 пациента (49,2%), для которых использовался персонифицированный подход с применением современных медицинских технологий. Вторая группа (контрольная, ретроспективная) состояла из 64 пациентов (50,8%), у которых диагностика и лечение осуществлялись в соответствии со стандартными протоколами и традиционными методами. В этиологической структуре преобладал билиарный панкреатит (70,6%), реже встречались алкогольный (22,2%) и посттравматический (7,2%) генезы. По классификации Атланта (2012) в основной группе отёчный панкреатит был диагностирован у 35 пациентов (56,5%), в то время как деструктивные формы наблюдались у 27 пациентов (43,5%). В контрольной группе отёчный панкреатит выявлен у 33 пациентов (51,6%), а деструктивные формы ОП были установлены у 31 пациента (48,4%). У пациентов с деструктивными формами острого панкреатита учитывалась фазы течения заболевания: ранняя (до 14 суток) — 53,4%, поздняя (более 14

суток) — 46,6% случаев. Диагностика включала клинико-лабораторные исследования, УЗИ, ФГДС, КТ (по показаниям) и лапароскопию.

Результаты исследования. Консервативное лечение оказалось эффективным у 22,2% пациентов, преимущественно при алкогольном и посттравматическом панкреатите, из которых 13,5% принадлежали к основной группе, а 8,7% — к контрольной. Различные миниинвазивные методы лечения широко применялись в основной группе (30,2%), тогда как в контрольной использовались преимущественно открытые операции (82,8% против 11,3%). Персонифицированный подход в основной группе включал этапное применение эндоскопических, пункционно-дренирующих и лапароскопических вмешательств с учетом этиологии, формы, фазы течения заболевания и наличия осложнений. В основной группе открытые хирургические вмешательства проводились лишь в 7 случаях по строгим показаниям. Частота осложнений в основной группе составила 32,2%, в контрольной — 68,7%. Летальность была ниже при персонифицированном подходе (6,4% против 14,1%).

Выводы. Выбор тактики и метода лечения при остром панкреатите зависит от этиологии, клинической формы заболевания и фазы его течения. Применения персонифицированного подхода в выборе хирургической тактики у пациентов с острым панкреатитом, в том числе использование лапароскопических и/или эндоскопических методов для устранения причины при билиарном генезе заболевания способствует уменьшению осложнений, летальных исходов и открытых операции, что улучшает результаты хирургического лечения острого панкреатита.

Нурхонов Д.Н., Курбонов С.Х., Абдулов М.С., Синои С.Г.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИНЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ
(LCP-LOCKING COMPRESSION PLATE) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ
ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С
СОПУТСТВУЮЩИМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ.

Кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов проксимального отдела плечевой кости у пациентов с сопутствующими черепно-мозговыми травмами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов с переломами проксимального отдела плечевой кости с сопутствующими черепно-мозговыми в период 2023-2025гг. Мужчины (с возрастом от 21-65 г.р.) составили 36 (75 %), женщины (с возрастом от 25 до 56г.р.) -12 (25-%). Причинами травм были: дорожно-транспортные происшествия- 14 (29,2%), случая; кататравмы- 16 (33,3 %) случай; бытовые и уличные травмы-18 (37,5%) случаев. Все больные были с закрытыми переломами проксимального отдела плечевой кости. С целью стабилизации костных отломков и профилактики осложнения при поступлении больных в течение 12-72 ч от момента полученной травмы, было применено торакобрахиальной повязки или гипсовая повязка до здоровой лопатки. Уровень нарушения сознание и тяжести травм оценивались по шкале комы Глазго и шкала ISS. Согласно классификации, С.S.Neer, все пациенты разделились следующим образом: С двухфрагментарными переломами 14 пациентов (29,7%), 22 пациентов (45,3%) с трехфрагментарными переломами и 12 пациентов (25 %) с четырехфрагментарными переломами.

Результаты исследования. При анализе ближайших и отдалённых результатов лечения по шкале Любошица-Маттиса-Швацберга получены следующие данные: Хорошие результаты-36 (75%); удовлетворительные- 9 (18,75%); неудовлетворительные- 3 (6,25%); случаев (у пациента с многооскольчатый переломом ПОПК). У 5 пациентов с двухфрагментарными переломами старше 60 лет имела место миграции металлоконструкции на фоне остеопоротических изменений проксимального отдела плечевой кости. У 4 больных с трехфрагментарными переломами в послеоперационном периоде развилось нарушение

консолидации. Оперативное лечение четырехфрагментарными переломами ПОПК в 3 случаях осложнилось асептический некроз головки плечевой кости, у которых в последующем были показания к эндопротезированию плечевого сустава.

Выводы. Оперативное лечение двухфрагментарными переломами ПОПК у лиц молодого возраста может быть выполнено с помощью L и T-образной пластины, при трехфрагментарными переломами и четырехфрагментарными переломами ПОПК у пожилых людей можно применять пластины с угловой стабильностью (LCP- Locking Compression Plate) и даёт хорошие Результаты исследования У больных осложнения асептическим некрозом головки плечевой кости, методом выбора явилось эндопротезирование плечевого сустава.

Одинаев Б.А., Мухсинзода Г.М., Бегаков У.М.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРОТРАВМ КИСТИ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность реконструктивно-пластических вмешательств при хирургической коррекции последствий электротравм кисти.

Материал и методы. Проведён анализ результатов хирургического лечения 18 пациентов с последствиями электротравм кисти, находившихся на лечении в клинике кафедры общей хирургии №2 в период 2023–2025 гг. Основными патологическими изменениями являлись рубцовые контрактуры пальцев, деформации межфаланговых и пястно-фаланговых суставов, дефицит мягких тканей, хронические трофические язвы и ограничение хватательной функции. В зависимости от клинической ситуации выполнялись иссечение рубцов, Z-пластика, встречные треугольные лоскуты, ротационные и транспозиционные кожно-фасциальные лоскуты, а также свободная кожная аутопластика. Эффективность лечения оценивали по восстановлению объёма движений пальцев, силе захвата и бытовой адаптации пациентов.

Результаты исследования. У 12 (66,7%) пациентов выявлены тяжёлые рубцовые контрактуры пальцев кисти с ограничением активного сгибания и разгибания, у 4 (22,2%) — комбинированные дефекты мягких тканей и суставные деформации, у 2 (11,1%) — трофические язвенные дефекты в области рубцово-изменённых тканей. После реконструктивно-пластических вмешательств у 16 (88,9%) пациентов отмечено значительное улучшение функции кисти, увеличение объёма движений и восстановление основных видов захвата. Наиболее выраженное улучшение наблюдалось после применения местно-пластических лоскутных методик, обеспечивающих адекватное удлинение рубцово-изменённых тканей. Рецидив деформации в позднем периоде отмечен у 1 (5,6%) пациента.

Выводы. Хирургическая коррекция последствий электротравм кисти требует индивидуального выбора реконструктивно-пластической методики с учётом характера рубцовых изменений и дефицита тканей. Использование местной пластики и лоскутных технологий позволяет добиться хороших функциональных результатов, улучшить захват кисти и снизить частоту рецидивов контрактур.

Пирматова Д.А., Мирзоева М.Б., Вафоева Н.В., Каримова Д.Г.

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ВЫБОР МЕТОДА АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить влияние гестационного сахарного диабета на течение беременности, родов и выбор метода абдоминального родоразрешения.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ течения беременности и исходов родов у 137 пациенток, обратившихся в Городской медицинский центр № №1 имени Карима Ахмедова города Душанбе. Исследуемые были разделены на две группы: основную группу составили 73 беременных женщин с гестационным сахарным диабетом, группу

сравнения – 64 беременных без наличия гестационного сахарного диабета. Оценивались клиничко-анамнестические данные, показатели углеводного обмена, результаты ультразвукового исследования, а также особенности течения родов и частота кесарево сечения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных пакетов программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc, США) и SPSS Statistics 23 (IBM, США).

Результаты исследования. Удельный вес самостоятельных родов 73,7%, ниже в группе ГСД, чем в группе сравнения – 95,3 % ($p < 0,05$). Наиболее чаще преждевременные роды произошли в группе ГСД в 9,6% ($p < 0,05$) случаев по сравнению в группе контроля – 1,7%. Частота кесарева сечения в группе ГСД составила 13,7% ($p < 0,05$), где у 6 пациенток основными показаниями являлись тяжелая преэклампсия, обструктивные роды и дистресс плода. В 4-х случаях абдоминальное родоразрешение было проведено в плановом порядке. В группе сравнения абдоминальное родоразрешение было проведено в одном случае 1,5%, показанием послужила слабость родовой деятельности, асфиксия плода. Наиболее высокий удельный вес макросомии – 12,3% ($p < 0,05$), дистоции плечиков – 2,7% и разрыва промежности – 9,6% отмечены в группе ГСД, чем в контрольной группе.

Выводы. Гестационный сахарный диабет достоверно влияет на течение беременности и родов, снижая частоту самопроизвольных родов увеличивая частоту преждевременных родов и кесарево сечения. ГСД чаще приводит к акушерским осложнениям, включая макросомию плода, дистоцию плечиков и разрывы промежности, что обуславливает необходимость более частого оперативного родоразрешения.

Пулотов К.Дж., Исоев А.О., Мирзоев А.Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХЭТАПНОЙ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА ПРЕПАРАТОМ «ФОРТРАНС» ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОЛОНОСКОПИИ

ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», г. Душанбе, Таджикистан

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость двухэтапной схемы подготовки кишечника препаратом «Фортранс» у пациентов перед проведением колоноскопии.

Материал и методы. Исследование проведено в эндоскопическом отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в 2020–2024 гг. В исследование включены 1864 пациента: 1152 мужчины (61,8%) и 712 женщин (38,2%) в возрасте от 18 до 74 лет, проходившие амбулаторное обследование в диагностическом центре. Колоноскопия выполнялась с использованием видеокколоноскопов FUJIFILM (Япония) – 600 с инновационными режимами визуализации. Показаниями к исследованию являлись клинические проявления патологии толстой кишки, необходимость выполнения эндоскопической полипэктомии и динамическое наблюдение пациентов. Подготовка кишечника осуществлялась препаратом Фортранс, представляющим собой изотонический раствор полиэтиленгликоля (макрогол 4000). Использовалась двухэтапная схема подготовки: пациенты принимали 2 л раствора накануне исследования с 18:00 до 20:00 и 1,5–2 л утром в день исследования с 07:00 до 09:00. При массе тела менее 65 кг общий объем препарата уменьшали до 3 л. Раствор принимался дробно — по 150–200 мл каждые 15–20 минут. За несколько дней до исследования пациентам назначалась бесшлаковая диета. Последний прием пищи допускался не позднее 15:00 накануне исследования. В день проведения колоноскопии прием пищи исключался.

Результаты исследования. Интубация купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки была достигнута у 96,0% пациентов. Полноценный осмотр всей толстой кишки оказался невозможен у 64 пациентов (3,4%). Из них у 45 пациентов причины были не связаны с качеством подготовки кишечника (спаечный процесс после хирургических вмешательств, долихоколон, выраженный болевой синдром и др.), а у 19 пациентов причиной являлось наличие остаточных каловых масс. Качество подготовки кишечника оценивали по Бостонской шкале подготовки кишечника (Boston Bowel Preparation Scale).

Отличная и хорошая подготовка отмечена у 1502 пациентов (80,5%), удовлетворительная — у 272 пациентов (14,6%). Неудовлетворительная подготовка зарегистрирована у 90 пациентов (4,8%), что препятствовало полноценному осмотру толстой кишки. Основными причинами неудовлетворительной подготовки являлись несоблюдение пациентами схемы приема препарата и недостаточный объем употребленного раствора. Препарат хорошо переносился большинством пациентов. Нежелательные явления зарегистрированы редко: у 9 пациентов (0,4%) отмечались легкая тошнота и абдоминальный дискомфорт, не потребовавшие отмены препарата. Один пациент прекратил подготовку после приема 2 л раствора вследствие выраженной тошноты.

Выводы. Применение препарата «Фортранс» по двухэтапной схеме подготовки кишечника обеспечивает высокий уровень качества очищения толстой кишки перед колоноскопией (80,5%). Отличная и хорошая подготовка была достигнута у большинства обследованных пациентов, что позволило выполнить полноценное эндоскопическое исследование в большинстве случаев. Дробный режим приема препарата способствует лучшей переносимости процедуры подготовки, снижению частоты побочных эффектов и повышению диагностической эффективности колоноскопии. Препарат «Фортранс» может быть рекомендован как эффективное и безопасное средство для подготовки пациентов к эндоскопическому исследованию толстой кишки.

Пулотов К.Дж., Исоев А.О., Пулотов Дж.О.

РОЛЬ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра общей хирургии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»,
ГУ Комплекс здоровья «Истиклол»

Цель исследования. Оценить роль и диагностическую значимость эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в диагностике перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. В период с 2020 по 2025 гг. в ГУ «Комплекс здоровья «Истиклол» обследованы и пролечены 161 пациент с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 147 (91,3%), женщин — 14 (8,7%), что свидетельствует о значительном преобладании лиц мужского пола. Возраст пациентов варьировал от 17 до 39 лет. Диагностика перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки включала клиническое обследование, лабораторные методы исследования, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ЭГДС и лапароскопию.

Результаты исследования. По данным ЭГДС у 149 (92,5%) пациентов перфоративная язва локализовалась на передней стенке двенадцатиперстной кишки, у 12 (7,4%) - в антральном и пилорическом отделах желудка. У 7 (4,3%) пациентов перфорация сочеталась с кровотечением. Подозрение на перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки возникло у 29 (18,0%) больных в случаях, когда при ЭГДС визуализировалась язва, однако ее дно не определялось вследствие выраженного отека, деформации стенки органа или значительной глубины язвенного дефекта, что затрудняло исключение прободения.

Размер перфоративного отверстия по данным ЭГДС у 102 (63,3%) пациентов составлял до 0,3 см. Это можно объяснить наличием воспалительного отека и деформации стенки органа, затрудняющих оценку истинных размеров дефекта. У 38 (23,6%) пациентов размер перфорации составлял 0,4–0,6 см, у 5 (3,1%) — 0,7–0,8 см, и у 4 (2,4%) — около 1,0 см. При диаметре перфоративного отверстия более 0,6 см иногда визуализировались петли кишечника. У 12 (7,4%) пациентов была заподозрена прикрытая перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. При первичной обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободный газ под куполом диафрагмы не выявлялся. После проведения ЭГДС и повторной рентгенографии свободный газ был обнаружен у большинства пациентов, а диагноз перфоративной язвы подтвержден интраоперационно.

Инсуффляция воздуха во время ЭГДС способствовала поступлению газа через перфоративное отверстие в свободную брюшную полость, что позволяло выявить пневмоперитонеум при повторной рентгенографии и служило достоверным диагностическим признаком перфорации. У 5 пациентов свободный газ после повторной рентгенографии выявлен не был. Для уточнения диагноза двум пациентам выполнена диагностическая лапароскопия, при которой обнаружен перитонит вследствие прикрытой большим сальником перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Больным произведены лапаротомия и ушивание язвы.

Следует отметить, что у 2 пациентов глубина язвенного дефекта не позволяла дифференцировать перфорацию от пенетрации. В одном случае перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки не была диагностирована во время ЭГДС из-за выраженной рубцовой деформации привратника и луковицы кишки. Еще у одного пациента при ЭГДС выявлена язва желудка с инфильтрованными краями и центральной перфорацией, что вызвало подозрение на злокачественное новообразование. Была выполнена биопсия. После ушивания перфоративного отверстия цитологическое и гистологическое исследования подтвердили наличие хронической язвы желудка.

У 110 (68,3%) пациентов при ЭГДС выявлена сопутствующая патология: эрозивный эзофагит, дивертикул пищевода, эрозивный гастрит, эрозивный дуоденит, деформация антрального отдела желудка, привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, язвенная болезнь в большинстве случаев сочеталась с сопутствующей патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Применение ЭГДС позволило уже при поступлении выявить сопутствующие заболевания и своевременно начать их лечение, а также предупредить возможные осложнения. Осложнений, связанных с выполнением ЭГДС, не наблюдалось. Исследование хорошо переносилось пациентами, не увеличивало сроки госпитализации и продолжительность диагностического процесса, не влияло на распространенность перитонита и частоту летальных исходов.

Выводы. ЭГДС является высокоинформативным методом диагностики перфоративных гастродуоденальных язв. Метод позволяет определить локализацию язвенного дефекта, дифференцировать перфорацию язвы желудка от рака желудка, выявить наличие второй язвы, кровотечения и сопутствующей патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Информативность обзорной рентгенографии органов брюшной полости после выполнения ЭГДС возрастает с 65,5% до 93,1%. В связи с этим при подозрении на перфоративную гастродуоденальную язву целесообразно первоначально выполнять ЭГДС, а затем, в сомнительных случаях, проводить повторную обзорную рентгенографию органов брюшной полости.

Пулотов К.Дж., Одинаев Р.С., Вахובהва П.Х.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА
НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

ГУ Городской центр скорой медицинской помощи, г. Душанбе. Таджикистан

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость современных эндоскопических методов исследования при неспецифическом язвенном колите (НЯК), определить их роль в установлении локализации патологического процесса, степени активности воспаления, а также в морфологической верификации диагноза.

Материал и методы. В исследование были включены 192 пациента с неспецифическим язвенным колитом, проходившие обследование и лечение в отделении эндоскопии ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» в период 2020–2025 гг. Среди обследованных мужчин было 125 (65,1%), женщин — 67 (34,9%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 74 лет. Всем больным проводилось комплексное клиничко-эндоскопическое обследование с использованием видеокколоноскопа FUJIFILM EC-600, оснащенного современными

технологиями визуализации Blue Light Imaging (BLI), Linked Color Imaging (LCI) и функцией оптического увеличения Multi Zoom. Применение данных режимов позволило более детально оценить микроструктуру слизистой оболочки, сосудистый рисунок, границы воспалительного процесса и выявить минимальные патологические изменения на ранних стадиях заболевания. Во всех случаях выполнялась прицельная множественная биопсия слизистой оболочки толстой кишки с последующим морфологическим исследованием биоптатов

Результаты исследования. При эндоскопическом исследовании оценивались следующие критерии: состояние слизистой оболочки, выраженность гиперемии и отека, наличие эрозивно-язвенных дефектов, контактной или спонтанной кровоточивости, сохранность сосудистого рисунка, а также протяженность воспалительного процесса.

По распространенности поражения: у 71 (36,9%) пациента воспалительный процесс локализовался в пределах ректосигмоидного отдела; у 95 (49,4%) пациентов выявлено полисегментарное поражение толстой кишки; у 26 (13,5%) больных диагностирован тотальный колит (панколит). По степени эндоскопической активности воспаления: минимальная активность — у 92 (47,9%) пациентов; умеренная активность — у 74 (38,5%); тяжелая степень воспаления — у 26 (13,5%) пациентов. У всех обследованных заболевание характеризовалось хроническим рецидивирующим течением с чередованием фаз обострения и ремиссии.

Наиболее частыми эндоскопическими признаками НЯК являлись диффузная гиперемия слизистой оболочки, выраженная зернистость поверхности, снижение или полное исчезновение сосудистого рисунка, повышенная ранимость слизистой и контактная кровоточивость. При минимальной активности воспаления отмечались умеренная гиперемия, незначительная отечность слизистой оболочки и локальная утрата сосудистого рисунка без выраженных деструктивных изменений.

При средней степени активности определялись множественные поверхностные эрозии, выраженный отек слизистой оболочки, контактная кровоточивость и очаговые язвенные изменения. При тяжелом течении заболевания визуализировались обширные глубокие язвенные дефекты, участки некротических изменений, спонтанная кровоточивость, выраженная воспалительная инфильтрация и признаки глубокой деструкции слизистой оболочки. Использование режимов BLI и LCI значительно повысило информативность исследования, позволив более четко визуализировать границы воспалительного процесса, микрососудистые изменения и ранние структурные нарушения слизистой оболочки, что особенно важно при диагностике начальных форм заболевания и мониторинге эффективности терапии.

Морфологическое исследование биопсийного материала подтвердило наличие хронического неспецифического воспаления, сопровождающегося крипт-абсцессами, деформацией крипт, выраженной клеточной инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки и признаками нарушения регенераторных процессов.

Выводы. Видеоколоноскопия с применением современных технологий визуализации является ведущим методом диагностики неспецифического язвенного колита. Метод позволяет объективно оценить характер морфологических изменений слизистой оболочки, определить распространенность патологического процесса и степень активности воспаления. Применение режимов BLI, LCI и оптического увеличения существенно расширяет диагностические возможности эндоскопии, повышает точность раннего выявления патологических изменений и способствует более эффективному динамическому наблюдению пациентов. Эндоскопическая диагностика в сочетании с морфологической верификацией играет ключевую роль в выборе лечебной тактики, оценке эффективности проводимой терапии и профилактике тяжелых осложнений заболевания.

Пулотов Ъ.О., Латифов Ш.Э., Умаров М.М., Одинаев Р.С.
ХУСУСИЯТҲОИ АМАЛИЁТИ КАМИНВАЗИВӢ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ
АППЕНДИТСИТИ ШАДИД БО ҲАМРАВӢИ БЕМОРИИ ЛИҲОМИИ БАТН
Маркази клиникӣ, илмӣ-таълимии МТҒ “Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон”
МД Маҷмааи тандурустии “Истиклол”, МД Маркази шахрии ёрии таъҷилии тиббӣ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои бармаҳали амалиёти лапараскопӣ дар беморони мубталои аппендитсители шадид бо ҳамравии бемории лиҳомии батн.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Солҳои 2022-2025 дар шӯбаи ҷарроҳии Маркази клиникӣ, илмӣ-таълимӣ ба 120 нафар беморони мубталои аппендитсители шадид амалиёти аппендэктомиаи лапараскопӣ гузаронида шуд. Аз миқдори умумӣ 18(15%) - нафари онҳо гирифтори бемории ҳамравӣ бемории лиҳомии батн буданд. Шакли аппендисти шадиди катарали дар 43 нафар ва флегманози 77 нафар беморон ба қайд гирифта шуд. Мардҳо – 35 (29,2%) , занҳо - 65(54,3%) ва кудакон 20 (16 %) нафар. Сину соли беморон аз 5 то 45 солро ташкил намуд. Услубҳои таҳқиқот: ултрасадои узвҳои ковокии шикам, ТК, МРТ (аз рӯи нишондод), таҳлили умумии хун ва дигар таҳлилҳои лозима тибқи протоколҳои клиникӣ.

Натиҷаи таҳқиқот. Аз 18 нафар бемороне, ки гирифтори бемории лиҳомии батн буданд ба 15 (83,4%) нафарошон амалиёти лапараскопия, бурриши часпишҳои лиҳоми бо усули лапараскопи ва аппендэктомиаи лапараскопи гузаронида шуд. Танҳо дар вақти ҷарроҳӣ ба 3 (16.6%) нафар беморе, ки бо мавҷуд будани часпишҳои лиҳомии саҳту зич ва хавфи осебёбии ятрогении ҳалқаҳои рудаи ғафсу борик ва дигар узвҳо ҷой дошт, амалиёти лапаротомия, бурриши лиҳомҳо ва аппендэктомиа гузаронида шуд.

Сабабҳои асосии пайдоиши часпишҳои лиҳомии батн дар – 14 (77.7%) ҳолат баъди ҷарроҳҳои гузаронидашудаи услуби анъанавӣ (систэктомиа аз тухмдонҳо, систолитотомия, миомэктомиа, бурриши қайсари, ҳомиладорӣ ғайрибаҷадонӣ найчаи, захмдоршавӣ батн ва ғ.) дар узвҳои ковокии шикам, 3(16,7%) ҳолати илтиҳоби музмини узвҳои ковокии шикам ва 1(5,6%) ҳолат сили гузаронидашудаи шикам. Ба беморон вобаста ба ҷойгиршавӣ пайи кӯҳнаи баъдичарроҳӣ дар девораи шикам, ҳулосаи ултрасадо (нишонаҳои эхогении зичии часпишҳо) троакари 1-ум барои карбоксиперитонеум бо усулҳои зерин гузошта шуд: бо усули Хассон ба 5 нафар; дар нуктаи атипикӣ девораи пеши шикам дуртар аз мавзеи изи кӯҳнаи баъдичарроҳӣ ба 3 нафар бемор(вобаста ба нисонаҳои эхогении зичии часпишҳо) ва дар мавзеи нуктаи асоси боло аз ноф ба - 10 нафар. Мукамалсозии амалиёти лапараскопӣ дар он ифода меёбад, ки ҳангоми аппендэктмиаи лапараскопӣ дар беморони бемории лиҳомии батн дошта троакари яқум бе хавф гузошта шуда, часпишҳо вобаста аз ҷойгиршавӣ, ғафсӣ, васкуляризация (шумора ва андозаи рағҳои хунгарди часпиш) ва саҳтишон бо роҳҳои тез, кунд ва коагулятор ҷудо карда мешаванд. Ба миқдори 3-4 мм.сут. сим. зиёд кардани фишори карбоксиперитонеум, ба самти зарура тағйир додани ҳолати мизи ҷарроҳӣ бо бемор ва гузоштани троакари иловагӣ барои ҷудо кардани часпишҳо шароити хубтарро ба вуҷуд меорад.

Давраи баъдичарроҳӣ дар беморон бе ориза гузашт. Мӯҳлати миёнаи бистаришавӣ беморон аз 2 то 4 рӯз буданд. Дар давраи баъдичарроҳӣ барои пешгирии такроран пайдо нашудани часпишҳо ҷорабиниҳои зерин гузаронида шуд: фаълкунии бармаҳали беморон, таъиноти маводҳои доруворӣ пайдоиши часпишҳоро пешгирикунанда: седаза 1 ҳаб 2 маротиба, лонгидаза 3000ҳаз\воҳид шамъчадорӯ ба рострӯда дар 1 рӯз як маротиба ва наклофен 3.0 дм дар 1 рӯз як маротиба таъин карда шуд.

Ҳулоса. Ҳамин тариқ, дар мавриди гузаронидани аппендэктомиаи лапараскопӣ дар беморони мубталои аппендитсители шадид бо ҳамравии бемории лиҳомии батн нишон дод, ки истифодаи усули каминвазивӣ дар 83% беморон натиҷаи хубро анҷом бахшид.

Разиков З.Д., Сироджов К.Х., Хукуматов М.И., Хасанзода М.С.
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения ложных суставов голени.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 39 пациентов с инфицированными ложными суставами костей голени посттравматического характера. Мужчины было 27 (69,2%) пациента, женщин - 12 (30,8%). Среди обследуемых больных 78,4% составляют пациенты трудоспособного возраста.

Больных разделили на 2 группы: основную - 24 (61,5% набл.) и контрольную - 15 (38,5% набл.).

Результаты исследования показывают, что в анамнезе изолированный перелом костей голени составляет 18 (46,2%) случаев, множественная травма – 11 (28,2%), сочетанная травма – 10 (25,6%).

Согласно существующей классификации, гипертрофированный вариант ложного сустава выявлен у 23 (59,0%) пострадавших, которые первоначально лечились с помощью аппаратов внешней фиксации; гипотрофированный вариант отмечен у 13 (33,3%) больных, которым был выполнен накостный остеосинтез; атрофированный вариант наблюдался у 3 (7,7%) пациентов, которым неоднократно произведена ревизия свищевого хода и секвестрнекрэктомия.

Всем больным, кроме лабораторных тестов, проводилась лучевая диагностика в виде обычной рентгенографии конечности в 2 стандартных проекциях, компьютерной томографии и МРТ, а также фистулография с помощью радиоизотопных веществ, УЗИ сосудов конечности, рентгеновская денситометрия и электронеумиография.

Результаты исследования. На стадии предоперационной подготовки всем больным проведена антибиотикотерапия с учетом роста микрофлоры, общеукрепляющая терапия, санация свищевых ходов, антиоксидантная терапия, физиотерапевтические процедуры.

Больным основной группы с целью предоперационной подготовки было проведено этиопатогенетическое инфузионное и медикаментозное терапии, в состав которого входят: пентоксифиллин внутривенно из расчета 100 мг в сутки на 250 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида; миакальцик по 100 МЕ внутримышечно в течение 5 дней до операции и продлевали, обработки свищевых ходов 0,9% раствором гипохлорита натрия.

С целью фиксации отломков у больных основной группы были использованы интрамедуллярные штифты. Из 24 наблюдений больных основной группы, которым выполнен интрамедуллярный блокирующий остеосинтез, после санации остеомиелитического процесса и секвестрнекрэктомии, в 9 (37,5%) случаях формировались дефект. Для замещения дефекта нами был использован аутотрансплантат из гребни подвздошной кости, также с целью санации инфекционного очага в костномозговом канале использовали коллапан №5 (Г), где буква Г означает антибиотик гентамицин.

Всем больным контрольной группы (15 наблюдений) после санации свищевых ходов, секвестрнекрэктомии и резекционной остеотомии малоберцовой кости накладывали аппарат Илизарова. Компрессию или дистракцию на аппарате Илизарова начали после купирования болевого синдрома, приблизительно спустя неделю или на 10 операционный день из расчета 1,5-2 см в месяц.

Анатомические и функциональные анализы результатов лечения инфицированного ложного сустава голени проводили спустя 1,5 и 2 года с момента операции.

Функциональные результаты лечения базировались на 5 критериях: выраженная хромота; контрактура коленного сустава (ограничение сгибания в коленном суставе более 70° или ограничение разгибания в коленном суставе более 15°); гипотрофия мягких тканей в

области сегмента; наличие болевого синдрома при ходьбе и покое; ограничение повседневной физической активности.

Получены следующие функциональные результаты лечения: отличный - в группах, соответственно, у 54,1% и 46,7% пациентов; хороший – у 25% и 26,7%; удовлетворительный – у 16,7% и 13,7% пациентов и неудовлетворительный – у 4,5% и 13,3% пациентов.

Выводы. Улучшение функциональных результатов хирургического лечения инфицированного ложного сустава костей голени зависит от качества санации воспалительного очага в костной ткани, замещение дефекта и функционально-стабильного остеосинтеза, который проводится с помощью аппарата Илизарова и интрамедуллярного штифта с блокированием.

**Расулов А.Ғ., Носирӣ Қ.Н., Носиров Э.Ш., Мирзоева Г.Б.
МУҚОИСАИ НАТИҶАҶОИ ТАБОБАТИ ГУНОГУНИ БАВОСИРИ МУЗМИН**

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи профессор Қаҳҳоров А.Н.

МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Муқоисаи натиҷаҳои усулҳои гуногуни табобати бемории бавосири музмин.

Мавод ва усулҳо. Дар давоми 3 соли охир дар Муассисаи «Маркази худмаблағгузори колопроктологӣ 1986 ҷарроҳии бавосирҳои музмин ва оризаҳои он анҷом дода шудааст. Дар 980 бемор натиҷаҳои дарозмуддати амалиёти ҷарроҳии аз ҷиҳати табиат ва ҳаҷм гуногун омӯхта шуданд. Такрорёбии беморӣ дар 80 (100%) нафар ба қайд гирифта шуд - 42 мард (52,5%) ва 38 зан (47,5%). Синну соли беморон аз 22 то 68 сола буд. Барои ташҳиси бавосирҳои такрорӣ беморон аз таҳқиқоти пурраи умумии проктологӣ, клиникӣ, инчунин лабораторӣ-василавӣ, эндоскопӣ ва махсуси проктологӣ гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои дури намудҳои гуногуни бавосирбуррӣ дар тӯли 3–5 сол дар муассисаҳои гуногуни тиббии Ҷумҳурӣ дар 80 (8,1%) бемор такрорёбии бавосирро маълум намуд. Шарҳи дурусти маълумот ва омӯзиши дақиқи сабабҳои такроршавии беморӣ ба мо имкон дод, ки гурӯҳҳои асосии онро муайян созем. Дарачаи такрорёбии беморӣ пас аз усулҳои миниинвазивӣ дар 60 (75%) нафар қайд гардид, ки аз ин миён, дар 28 (35%) нафар пас аз склеротерапия, дар 18 (22,5%) нафар баъди геморроидопексия ва дар 14 (17,5%) нафар бошад пас аз вариантҳои гуногуни бастании гирехҳои бавосирӣ ба назар расидааст. Пас аз бавосирбурӣ бо усули Миллиган-Морган дар тағиротҳои гуногун дар 20 нафар (25%) такрорёбии беморӣ ба қайд гирифта шуд. Омӯзиши сабабҳои такрорёбии беморӣ ба мо имкон дод, ки омилҳои асосии бавосирҳои такрорёбандаро муайян созем: бавосирбурӣ дар шароити амбулаторӣ; бавосирбурӣ ҳамчун амалиёти нисбатан осон дар шароити амбулаторӣ аз ҷониби ҷарроҳони умумӣ ва ҷарроҳони навкор, ки малакаи махсуси муоина ва табобати бемориҳои проктологиро надоранд; идомаи таъсири омилҳои манфӣ; бавосирбуррии нопурра ё «сарфакорона»; интиҳоби номатлуби усули асосноки патогенезии табобати бавосир (бидуни назардошти марҳила ва хусусияти мушкilot); ҳатоҳои тиббии тактикӣ ва техникӣ; сабабҳои номаълум.

Дар 35,6% ҳолатҳо сабаби пайдоиши мушкilotу такрорёбии беморӣ аз ҷониби ҷарроҳони умумӣ, ҷарроҳони навкор, ки дар ташҳису табобати амрози проктологӣ малакаи зарурӣ надоранд, ҳамчунин амалӣ гардонидани ҷарроҳии бавосирбурӣ дар шароити амбулаторӣ мебошад. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки дар 41,1%-и ҳолатҳо дар беморони гирифтори бавосири такрорӣ таъсири омилҳои манфӣ, аз қабиле истифодаи машруботи спиртдор ва хӯрокҳои тунду шӯр, зарари касбӣ ва қабзият зиёд буда, ба гирехҳои боқимонда таъсири манфӣ мерасонанд ва ба такроршавии он мусоидат мекунанд. Ҷарроҳии қаблӣ дар беморон бе дарназардошти бемориҳои ҳамроҳ (қабзият, колит, простатит) гузаронида шуда, муолиҷаи онҳо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ба роҳ монда нашудааст.

Дар 18,6%-и ҳолатҳо сабаби такрор шудани бавосир пурра нагирифтани гирехҳои он мебошад. Сабабҳои бавосирбурии нопурра гуногунанд. Масалан, ҷарроҳӣ дар авҷи хунравии шадид аз гирехҳои бавосир дар беморони заиф ва лоғар. Дар ин сурат ҷарроҳ маҷбур

мешавад, ки танҳо гирехҳои хунрави бавосирро бандад. Табиист, ки дар ин ҳолат, даҳолат танҳо ба хогири наҷот додани ҳаёти бемор (қатъ кардани хунравӣ) анҷом меёбад. Баъдан чунин беморон ё аз марҳилаи дуоми ҷарроҳӣ даст мекашанд ё бо таъхири марҳилаи дуоми аз беморхона ҷавоб мешаванд.

Дар аксари ҳолатҳо беморон барои ҷарроҳии радикалӣ розигӣ намедиханд. Интиҳои нодурусти усули мусоиди табобати бавосири музмин бидуни ба назар гирифтани марҳилаи беморӣ, хусусияти инфиродии бемор, мушкилот ва дараҷаи зоҳиршавии аломатҳои муайян сабаби муолиҷаи бесамар мегардад.

Хулосаҳо. Бавосири музмин бемории маъмули проктологӣ буда, табобатро дар марказҳо ва клиникаҳои махсуси проктологӣ талаб мекунад. Усулҳои гуногуни табобати он нишондод ва ғайринишондоди худро дошта, ҳангоми интиҳои дурусти усули табобат натиҷаи дилхоҳ медиҳанд. Ҷарроҳии бавосир танҳо як марҳилаи табобати комплекси бемор аст. Дар давраи баъдиҷарроҳӣ беморон ба назорат ва барқарорсозӣ ниёз доранд.

Расулов Н.И., Баҳромов М.Б., Солихов Р.Ҷ., Шоев М.А.

АСОСНОККУНИИ КЛИНИКӢИ ИСКАНҶАИ ХУНМАНЪКУНАНДА ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯ АЗ ДАСТРАСТКУНИИ МИНИЛАПАРОТОМӢ

Кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ ба номи профессор Каримов М.К. Маркази ташхисию табобатии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани табобати ҷарроҳӣ холесистити сангдор дар ҳолатҳои ғайримуқарари бо истифодаи исканҷаи хунманъкунанда

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар давоми солҳои 2025 -2026 натиҷаҳои табобати ҷарроҳии 46 беморе, ки бо оризаҳои холеситити шадидаи сангдор мурочиат карданда таҳлил карда шуданд. Аз онҳо 7 нафар мард (15,2%) ва 39 нафар зан (84,8%) буданд.

Мардон 7 (15,2%) нафар ва 39 нафар зан (84,8%) буданд. Синни беморон аз 18 то 80 солро ташкил медед. Собикаи анамнези бемории аз 73–120 соат аз оғози беморӣ ба беморхона бистарӣ карда шудандро дар бар мегирад. Бемориҳои ҳамрадиф, ба монанди бемории ишемикии дил, бемории фишорбаланди ва диабет қанд, гирифтгор буданд.

Дар миёни оризаҳои холеситити шадидаи сангдор зарпармаи механикӣ 17 бемор инфилтратаи атрофи талҳадон дар 23 нафар ва фасодгирии талҳадон дар 6 бемор қайд карда шуд.

Рафти амалиёти ҷарроҳӣ. Тавассути беҳисгардонии умуми дохилихирноии амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Барои гузаронидани холесистэктомия аз дастрасии минилапаротомӣ асбобҳои асосӣ истифода шуданд, ки ин асбоб қапандаи махсус, ки аз як корпус иборат буда, дар ҳамвории сагитталӣ бо кунҷи 155° ҳам шудааст. Дастаки он дорои қулфи винтӣ мебошад, ки аз ду се остинча иборат аст. Втулкаи 2 бо имконияти ҳаракат нисбат ба гилзай 3 сохта шудааст. Дар дастаки дастгоҳ барои пешгирии лағжидани ангуштони даст пӯшиши рифлёрдор гузошта шудааст. Стержени 4-и қулфи винтӣ аз ду қисм иборат буда, онҳо тавассути тросики 5 пайваст шудаанд. Ҳамзамон, як қисми стержени 4 ба втулкаи 2-и қулфи винтӣ тоб дода шудааст, қисми дигари стержени 4 бошад бо браншаи поёнӣ 6 пайваст мебошад. Мавҷудияти тросики 5 дар қисми миёнаи стержени 4 имкон медиҳад, ки браншаи поёнӣ 6 нисбат ба браншаи болоии 7, ки ба корпуси 1 ба таври беҳаракат мустақкам шудааст, дар шароити ҳамии корпуси 1-и дастгоҳ ҳаракат кунад.

Втулкаи 2 бо имконияти ҳаракат нисбат ба гилзай 3 сохта шудааст. Дар дастаки дастгоҳ барои пешгирии лағжидани ангуштони даст пӯшиши рифлёрдор гузошта шудааст. Стержени 4-и қулфи винтӣ аз ду қисм иборат буда, онҳо тавассути тросики 5 пайваст шудаанд. Ҳамзамон, як қисми стержени 4 ба втулкаи 2-и қулфи винтӣ тоб дода шудааст, қисми дигари стержени 4 бошад бо браншаи поёнӣ 6 пайваст мебошад. Мавҷудияти тросики 5 дар қисми миёнаи стержени 4 имкон медиҳад, ки браншаи поёнӣ 6 нисбат ба браншаи болоии 7, ки ба корпуси 1 ба таври беҳаракат мустақкам шудааст,

дар шароити хамии корпуси 1-и дастгоҳ ҳаракат кунад. Масофа байни браншаҳо ва хамии асбоб аз 110 мм зиёд нест. Дар ҳолати кушода, масофаи максималӣ байни браншаҳои 6 ва 7 на камтар аз 25 мм-ро ташкил медиҳад. (ғафсии максималии миёнаи ГММ). Қисми кории браншаҳои шакли Г-монанди 6 ва 7 дар шакли параллелепипеди росткунҷаи дарозшуда бо дарозии 42 мм (ки ба паҳноии максималии миёнаи ГММ мувофиқат мекунад) сохта шуда, канорҳои берунии он гирд карда шудаанд. Браншаи болоии 7 ва браншаи поёнии 6 нисбат ба ҳамвории захми ҷарроҳӣ дар ҳамвории фронталӣ бо кунҷи 90° ҳам карда шудаанд. Корпуси 1-и дастгоҳ дорои шикофи 8 барои асоси браншаи поёнии ҳаракаткунандаи шакли Г-монанд 6 мебошад. Дар сатҳи дохилии браншаҳо, ки ба ҳам рӯ ба рӯ шудаанд, бурриши беосеб гузошта шудааст, то ки бофтаҳо беҳтар нигоҳ дошта шуда, лағжидани онҳо аз браншаҳо пешгирӣ карда шавад. Буриши ҷарроҳӣ бо дарозии то 4 см ба таври трансекталӣ ё қач (облиқӣ) гузаронида шуда, аз камони қабурғаҳо 1–2 см фосила нигоҳ дошта мешуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Асбоб дар 8 нафар (17,4%) беморон ҳангоми иҷрои холесистэктомия аз дастрасии минилапаротомӣ дар шакли холеситити шадиди деструктивӣ истифода бурда шуд. Нишондоди асосӣ барои истифодаи асбоб хунравии дохилиҷарроҳӣ буд, ки фишор додани пайвандаки чигару дуоденалиро талаб мекард.

Дар 6 ҳолат (13,0%) дар беморони гирифтори холеситити шадид инфилтрати зичи атрофи талхадон мавҷуд буд ва манбаи хунравӣ шараёни талхадон ё шохаҳои он ба ҳисоб мерафт, ки осебёбии онҳо хусусияти тасодуфӣ дошта, ҳангоми ҷудо намудан бо истифодаи асбоб ба амал омадааст. Гузоштани исқанҷаи хунманъкунандаи шакли Г дар қисми супрадуоденалии пайвандаки чигару дувоздаҳангушта имкон медиҳад, ки хунравӣ мувофиқу осон манъ карда шавад. Кушода ва маҳкам намудани қулфи исқанҷа, ки кутохмудату сӯст идора мешавад барои муайян намудани манбаи хунравӣ мусоидат мекард. Имкониятҳои сохтори исқанҷа дорад ба таври яклухт имкон меод, ки пайвандаки чигару дувоздаҳангушта кашида, гардонида шавад ва раги хунраванда ба ҳолати қулай барои анҷом додани амалиёт бароварда шавад. Дар панҷ ҳолат раги хунраванда бо истифода аз риштаи атравматикӣ дӯхта шуд, дар ду ҳолат бошад — клип гузошта шуд. Дар ягон ҳолат ба васеъ намудани андозаи минилапаротомия зарурат пеш намомад.

Дар се ҳолат ин асбоб дар бемороне, ки ҳамрадиф сиррози чигар доштан истифода шуд. Дар чунин вазъият манбаи хунравии паҳни лаҳмӣ буд, ки манбаи хунравӣ номуайян ва аз гирди талхадон буд. Истифодаи дастқапи исқанҷа имкон медиҳад, ки кор дар майдони ҷарроҳии хушк анҷом дода шавад; дар ин ҳолат гемостаз тавассути коагулятсия ба даст оварда шуд, ва сусткунии даврӣ ва танзимшавандаи қулфи винтӣ дар шароити муоинаи манбаи хунравиро таъмин мекард. Дар як ҳолат, дар беморе бо синдроми гипокоагулятсионӣ, ки бо қабули варфарин алоқаманд буд ва бо нишондодҳои фаврӣ ҷарроҳӣ карда мешуд, ба таври пешгирикунанда браншаҳои исқанҷа ба пайвандаки чигару дувоздаҳангушта бе фишор додани он гузошта шуд. Ҳангоми ин амал ягон душвории ҷиддӣ дар иҷрои марҳилаҳои асосии ҷарроҳӣ ба қайд гирифта нашуд.

Хулоса. Дар хулоса бояд қайд кард, ки истифодаи дурусти исқанҷаи махсуси хунманъкунанда ҳангоми хунравии дохилиҷарроҳӣ дар ҳамаи ҳолатҳо имкон медиҳад, ки хунрави беориза манъ карда шуда, аз васеъ кардани бурриши минилапаротомия ва гузариш ба лапаротомияи пешгирӣ карда шавад.

Раҳмонзода К.Р., Маҳмадзода Ф.И., Додихудоев Р.А., Раджабов С.А.
ОДНОЭТАПНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ
ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность одноэтапных лапароскопических вмешательств у пациентов с холецистохоледохолитиазом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 32 пациентов с желчнокаменной болезнью и холедохолитиазом, находившихся на лечении в ГУ «Городской центр экстренной медицинской помощи» г. Душанбе в период с 2021 по 2025 гг. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет. Женщины составили 21 (65,6%) наблюдение, мужчины — 11 (34,4%).

Размер конкрементов холедоха колебался от 0,5 до 2,0 см. Множественный холедохолитиаз диагностирован у 19 (59,4%) пациентов, одиночные конкременты — у 13 (40,6%). Наиболее часто камни локализовались в дистальном отделе холедоха — в 18 (56,3%) случаях, в среднем и верхнем отделах — у 10 (31,2%) пациентов, проксимальная локализация отмечена в 4 (12,5%) наблюдениях.

Всем пациентам выполнен комплекс стандартных диагностических исследований, включавший клинический и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ФГДС. По показаниям дополнительно применялись компьютерная томография, МР-холангиопанкреатография и МСКТ органов брюшной полости.

Результаты исследования Использование лапароскопических технологий позволило достичь полноценной санации желчных путей у большинства пациентов. Конверсия потребовалась лишь в одном случае (3,1%) вследствие невозможности удаления фиксированного конкремента дистального отдела холедоха. У 4 (12,5%) пациентов экстракция конкрементов выполнена через пузырный проток с применением корзины Дормиа. В остальных наблюдениях произведена лапароскопическая холедохотомия с последующим удалением конкрементов корзиной Дормиа либо катетером Фогарти. Контроль полноты санации холедоха осуществлялся посредством интраоперационной холедохоскопии и холангиоскопии.

Послеоперационный период у большинства больных протекал без осложнений. В одном наблюдении (3,1%) отмечено желчеистечение, купированное консервативной терапией без необходимости повторного оперативного вмешательства.

Заключение. Лапароскопическая холедохолитотомия является высокоэффективным и малотравматичным методом хирургического лечения холецистохоледохолитиаза как при одиночных, так и при множественных конкрементах холедоха. Низкая частота конверсий и послеоперационных осложнений свидетельствует о безопасности методики и позволяет рекомендовать её в качестве приоритетного подхода в лечении данной категории пациентов.

Рахмонзода К.Р., Махмадзода Ф.И., Султонов Р.Б., Додихудоев Р.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить результаты и эффективность применения лапароскопических технологий при хирургическом лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 331 пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в Городской центр экстренной медицинской помощи в период с 2017 по 2025 гг. Возраст больных варьировал от 18 до 70 лет. Среди пациентов мужчин было 283 (85,5%), женщин — 48 (14,5%). Размер перфоративного отверстия составлял от 0,5 до 2,0 см. В большинстве наблюдений — 228 (68,9%) — перфорация локализовалась по передней стенке двенадцатиперстной кишки, в 83 (25,1%) случаях — в пилорическом отделе желудка, а у 20 (6,0%) пациентов — в антральном отделе желудка.

Лапароскопические вмешательства выполнены 278 (84,0%) пациентам. На диагностическом этапе всем больным проводились общеклинические и инструментальные методы исследования, при необходимости дополненные компьютерной томографией и диагностической лапароскопией.

Результаты исследования. Лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия Z-образным швом выполнено у 266 (95,7%) пациентов. В 12 (4,3%) случаях произведено лапароскопическое ушивание с оментопластикой по Graham в связи с выраженным периульцерозным инфильтратом. При этом в 8 (2,9%) наблюдениях потребовалась конверсия. Причинами конверсии в 4 случаях явилось распространённое течение перитонита, ещё в 4 — локализация перфорации по задней стенке двенадцатиперстной кишки. Открытые оперативные вмешательства выполнены у 53 (16,0%) пациентов. Послеоперационная несостоятельность швов отмечена у 3 (0,9%) пациентов: в одном случае осложнение было устранено консервативным методом, в двух других потребовались повторные открытые оперативные вмешательства.

Летальный исход зарегистрирован в 2 или 0,6% случаях. В одном наблюдении причиной смерти явилась печёночная недостаточность на фоне цирроза печени вирусной этиологии, во втором — полиорганная недостаточность на фоне тяжёлого основного заболевания. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 60–75 минут. Остальные пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв на современном этапе является методом выбора у большинства пациентов при наличии соответствующего опыта у хирурга. Применение лапароскопических технологий способствует уменьшению выраженности послеоперационного болевого синдрома и потребности в анальгетиках, снижению частоты послеоперационных осложнений, сокращению сроков госпитализации и достижению хорошего косметического результата.

Рахмонзода Х.Дж.^{1,3}, Рахимзода Н.О.^{1,3}, Коситов Д.Д.^{2,3}

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В НЕЙРОХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАНА

1. Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
2. Кафедра нейрохирургии и вертебрыологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан.
3. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Показать основных современных возможности методов оперативного вмешательства в практики нейрохирургии в Республики Таджикистана на основы базах кафедры и проводимых в нейрохирургических отделениях ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» последние 5 лет.

Материал и методы. В основе изучение и анализа проводимых ведущих центров по хирургическому лечению в нейрохирургических отделениях различных патологий последние 5 лет нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», которое является клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Последние 5 лет было внедрено около 28 новых методик операции. Наиболее активно применяется трансанзальное удаление гипофиза, каротидная эндакртомия, микрохирургическое удаление грыж межпозвонковых дисков, эндоскопические операции по поводу гидроцефалии, хирургия по эпилепсии и Болезнь Паркинсона. Всем пациентам для проведения этих операции использовались современная микроскоп Zess, С-дуга ЭОП, эндоскопическая стойка Karl Storz, рама стреотаксис Lexcel и тд.

Результаты исследования. Были проанализированы 4657 пациентов которым последние 5 лет было оказано хирургическая помощь в условиях нейрохирургии. Более 1750 пациентом было проведено современная оперативная помощь который составляет 37,5%. Наиболее часто проводится микрохирургическое удаление грыж межпозвонковых дисков

более 700 операции, который показывает тенденцию к мини-инвазивной тактики. Последние годы активно внедряются сосудистые методики оперативного вмешательств как открытых, так и эндоваскулярных методик. Особенную долю занимает интравентрикулярная методика используемых при гидроцефалии наиболее часто у детей и взрослых. Хирургия эпилепсии и Болезнь Паркинсона последние годы начинает активно внедрять и находится на стадия различных реализации.

Выводы. Полагаясь на данные международных исследований и собственных результатах можно утверждать, что внедрение современных хирургических методов оперативного вмешательство у нейрохирургических пациентов в Республики Таджикистана повышает оказание высокотехнологических методов операции и оказание услуг нашим гражданам и снижает миграции наших пациентов в зарубеж.

Рашидзода Ф.Р., Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К.
ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ:
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА

Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Определить распространённость диабетической ретинопатии и изучить её связь с длительностью сахарного диабета 1 и 2 типов у взрослых пациентов.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 371 медицинской карты пациентов с сахарным диабетом, наблюдавшихся в Республиканском эндокринологическом диспансере г. Душанбе в период 2014–2016 гг. Среди обследованных 78 пациентов (21,0%) страдали сахарным диабетом 1 типа, 293 пациента (79,0%) — сахарным диабетом 2 типа.

Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию и офтальмоскопию после медикаментозного расширения зрачка. Диагноз диабетической ретинопатии устанавливался на основании характерных офтальмоскопических признаков поражения сетчатки. Анализировалась связь между наличием ретинопатии, длительностью сахарного диабета и сопутствующими микрососудистыми осложнениями.

Результаты исследования. Признаки диабетической ретинопатии выявлены у 46,15% пациентов с сахарным диабетом 1 типа и у 74,73% пациентов с сахарным диабетом 2 типа. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа распространённость ретинопатии зависела от длительности заболевания. При стаже заболевания менее 10 лет частота диабетической ретинопатии составляла 30,71%, тогда как при длительности сахарного диабета 10 лет и более данный показатель увеличивался до 44,02%.

Пролиферативные формы ретинопатии чаще выявлялись при длительном течении сахарного диабета 2 типа - 4,43% случаев против 0,68% при меньшей продолжительности заболевания. У пациентов с диабетической ретинопатией также чаще регистрировались диабетическая нефропатия, диабетическая нейропатия и артериальная гипертензия.

Полученные данные свидетельствуют о прогрессирующем характере поражения микроциркуляторного русла при хронической гипергликемии и подтверждают зависимость частоты и тяжести диабетической ретинопатии от длительности сахарного диабета.

Выводы. Диабетическая ретинопатия характеризуется высокой распространённостью среди пациентов с сахарным диабетом, особенно при сахарном диабете 2 типа. Частота и тяжесть поражения сетчатки увеличиваются по мере прогрессирования заболевания. Полученные результаты подчёркивают необходимость регулярного офтальмологического скрининга пациентов с сахарным диабетом, раннего выявления изменений сетчатки и своевременного проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Рашидов Ф.Ш.

ФИБРОБРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ ХИТИНЭКТОМИЯ АЛТЕРНАТИВА ТОРАКОТОМИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ С ПРОРЫВОМ В БРОНХ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
ГОУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Таджикистан.

Цель исследования. Показать возможности и эффективность малоинвазивного фибробронхоскопического способа хитинэктомии в лечении больных с прорывом эхинококковой кисты (ЭК) легкого в бронх.

Материал и методы. В период с 1989 по 2025 гг. под наблюдением находились 59 больных с прорывом эхинококковой кисты (диаметром до 5-6 см) в бронх. Давность прорыва была от 4 дней до 6 месяцев и более. Диагноз обосновался клиническими, рентгенологическими методами и фибробронхоскопией. На основании данных последней выделили три возможные варианты эндоскопической находки: 1) прорыв ЭК через большой дренирующий бронх, когда устье последнего свободно пропускает бронхоскоп; 2) прорыв ЭК с плотным вклиниванием хитиновой оболочки в устье дренирующего бронха; 3) дренирующий бронх трудно доступен осмотру или не доступен. Удаление хитиновой оболочки проводили с помощью щипцов, аспирацией мощным отсосом, иногда извлекая бронхоскоп вместе с присосавшимися обрывками. В последующем после достижения цели в соответствии с выраженностью эндобронхита повторно проводили санационную бронхоскопию. Каждый сеанс сопровождался лаважом бронхиального дерева общепринятым объемом для гнойно-воспалительного эндобронхита.

Результаты исследования. Из 59 больных удалось убедительную хитинэктомию выполнить у 28 и отказаться от торакотомии. Всем больным в комплекс общей терапии включались антибактериальные препараты, мебендазол (20мг/кг в сутки) или альбендазол (10 мг/кг в сутки) в течении 4 недель. Ближайшие результаты протекали без осложнений. В сроки от 6 месяцев до 20 лет наблюдались 28 больных. В сроки более 3 месяцев у преобладающего большинства больных обычным рентгенологическим методом остаточная полость не определялась. У 3 пациентов сохранялись остаточные полости диаметром до 1,5 см. В одном случае через 3 года после хитинэктомии на фоне перенесенной тяжелой ОРВИ, осложненной пневмонией, отмечено легочное кровотечение которого удалось купировать консервативными мероприятиями. Рецидива заболевания не отмечали. Первый вариант считали убедительно подходящим для проведения хитинэктомии. Наряду с эти отчасти удается визуализировать остаточную полость кисты. Для полной хитинэктомии часто достаточен один сеанс процедуры, кроме того возможна убедительная визуальная оценка. У больных со вторым вариантом полную хитинэктомию, как правило, не удалось выполнить при первом сеансе, потребовались до 3-4 сеансов. Попытку хитинэктомии не предпринимали больным с третьим вариантом.

Выводы. Рациональный подход в определении показаний к фибробронхоскопической хитинэктомии в определенных случаях может стать альтернативой торакотомии у больных с прорывом малых эхинококковых кист легкого в бронх. Использование данного способа не увеличивает риск диссеминации паразита, поскольку прорыв наступил до обращения больного, а повторные санации в период лечения уменьшают вероятности диссеминации.

Саидова А.Н., Мамадёкубова Д.Д., Мамадалиева Т.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Улучшить ультразвуковые методы диагностики аномалий развития матки у девочек препубертатного и пубертатного периода.

Материал и методы. За 6 месяцев нами обследованы 70 девочек, из них: ясельного возраста (1-3 лет) – 8 (11,4%), дошкольного возраста (3 – 7 лет) – 12 (17,2 %) и младшего школьного возраста (8-12 лет) - 24 (34,3%) и старшего школьного возраста (13 -18 лет) – 26 (37,1%). Все исследованные девочки по возрасту разделены на 4 группы: I группа – 1-3 лет, II группа – 4-7 лет, III группа 8-12 лет и IV группа- 13-18 лет. Исследование проводилось на базе Республиканского научно- клинического центра педиатрии и детской хирургии. Трансабдоминальный метод является основным для сканирования органов малого таза у девочек. С целью вытеснения петель кишечника из малого таза желатально исследование следует проводить с полным мочевым пузырем. Исследование проводится линейным и конвексным датчиками частотой 5,0-7,0 МГц. Для измерения размеров матки при трансабдоминальном сканировании используют продольные и поперечные срезы. Большое значение имеет состояние надпочечников и щитовидной железы и поджелудочной железы, поэтому параллельно проводилось УЗ-исследование вышеперечисленных органов.

Результаты исследования. В первой группе у одной (12,5%) девочки матка не визуализировалась, у остальных 7 (87,5%) девочек матка соответствовала возрастной норме. В этот период матка располагается высоко, на границе брюшной полости и малого таза, длина матки колеблется между 20-50 мм, толщина - 8-15 мм, а ширина - 10-20 мм, имеет цилиндрическую или каплевидную форму с преобладанием размеров шейки. Во второй группе у 9 (75,0%) девочек матка соответствовала возрасту, что характеризуется незначительным ростом матки, длина которой в среднем составляет от 26-28 мм до 30-31 мм. Форма матки остается цилиндрической, миометрий – гипоехогенный, эндометрий чаще не определяется. У 3 (25,0%) девочек матка была уменьшена в размерах. В третьей группе обследованных у 1 (4,2%) девочки диагностировали аплазию матки. При ультразвуковом исследовании матка представляет собой мышечный тяж без дифференцировки на тело и шейку, эндометрий не виден. У 4 (16,7%) матка уменьшена в размерах, а у 19 (79,2%) девочек матка соответствовала возрастной норме.

В четвертой группе у 1 (3,8%) девочки диагностировали рудиментарную матку, что является максимальной степенью проявления задержки развития матки. Длина рудимента матки в среднем составила $3,08 \pm 0,08$ см, ширина – $1,4 \pm 0,11$ см, переднезадний размер - $0,94 \pm 0,14$ см. У 1 (3,8%) определялась инфантильная матка, что является более выраженной задержкой развития и характеризуется значительным уменьшением размеров по сравнению с нормативными. Длина тела равна длине плохо дифференцированной шейки матки, т.е. 1:1, отмечается выраженное снижение переднезаднего размера и М-эха, эхогенность эндометрия высокая. Размеры матки в среднем составили: длина $-3,61 \pm 0,22$ см, переднезадний размер – $1,65 \pm 0,21$ см, ширина – $2,03 \pm 0,30$ см. У 2 (7,7%) девочки диагностировали гипоплазию матки, что является минимальной степенью задержки развития, размеры матки несколько меньше нормативных, соотношение между длиной тела и шейки не изменено и составляет 2:1 или увеличена длина шейки, а шейечно-маточный угол сглажен. Размеры матки: длина - $4,00 \pm 0,53$ см, переднезадний размер – $3,08 \pm 0,80$ см, ширина – $2,20 \pm 0,80$ см. У остальных 22 (84,6%) девочек определялась матка в пределах возрастной нормы.

У 3 (6,0%) пациенток III-IV группы выявлено увеличение щитовидной железы.

Из 70 обследованных :17 (24,3%) патология,53 (75,7%) здоровые. Среди девочек с задержкой развития у 11 (64,7%), отмечалось рост выше среднего у 7 (41,1%) и с избыточным весом.

У девочек с полной аплазией матки, у 1 (50,0 %) были выявлены отсутствие вторичных половых признаков, а 1 (50,0 %) были вторичные половые признаки, соответствующие возрастной норме. При обращении к врачу всех беспокоило отсутствие менструаций к 16-летнему возрасту.

При УЗ-исследовании почек у 9 (12,8%) больных обнаружена патология: аплазия одной почки – 1 (1,4 %), расширение чашечно-лоханочной комплекса-у 5 (7,1 %), дистопия одной почки-у 1 (1,4 %), уменьшение размеров почки у 2 (2,8%).

Выводы. Проведение ультразвуковых исследований в структуре профилактических осмотров девочек и девушек позволяет своевременно диагностировать клинически не выявляемые структурные изменения внутренних половых органов. Метод ультразвуковой диагностики позволяет дифференцировать физиологические особенности становления репродуктивной системы девочек и патологические изменения. Своевременное выявление патологии репродуктивной системы и основанное на этом адекватное лечение является залогом благополучия молодой женщины в будущем.

Сайдалиев Ш.Ш¹, Кадыров Д.М²,

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГАСТРОСТАЗА ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

¹Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Цель исследования. Разработать и внедрить способ прогнозирования риска послеоперационной гастроплегии на основе фармакорентгенологического тестирования резервов моторики желудка.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 22 пациентов с декомпенсированным язвенным пилородуоденальным стенозом. Для оценки компенсаторных возможностей желудка применялась авторская методика гастропланиметрии с использованием фармакологического стимулятора - метоклопрамида (10мг внутривенно). Протокол включал трехэтапную рентгенографию (исходно, через 30 и 60 минут после приема 200мл взвеси сульфата бария).

Результаты исследования. На основании динамики эвакуации контраста были выделены 4 степени функциональной декомпенсации МЭФ:

1. I степень (отлично): полная эвакуация через 30 мин.
2. II степень (хорошо): полная эвакуация через 60 мин.
3. III степень (удовлетворительно): частичная задержка контраста более 60 мин.
4. IV степень (неудовлетворительно): отсутствие моторного ответа на стимуляцию.

У пациентов с I и II степенью декомпенсации риск развития послеоперационного гастростаза был минимальным, что позволило успешно выполнить радикальные органосохраняющие операции. У больных с III и IV степенью прогнозировалась высокая вероятность гастроплегии, что требовало коррекции хирургической тактики. Точность прогностической модели в общей выборке составила 92%.

Выводы. Фармакорентгенологическая проба с метоклопрамидом является высокоинформативным методом объективизации резервных возможностей желудка. Выявление III и IV степени декомпенсации МЭФ является относительным противопоказанием к выполнению изолированной СПВ и требует индивидуального подхода к выбору дренирующего компонента или перехода к резекционным методикам. Данный подход позволяет избежать инвалидизирующих моторно-эвакуаторных расстройств в послеоперационном периоде.

Сайдалиев Ш.Ш¹, Кадыров Д.М².

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: ПЕРЕХОД К ЦИФРОВОЙ ВЕРИФИКАЦИИ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ

¹Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

²ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценка клинической эффективности перехода от агрессивной резекционной тактики к прецизионным органосохраняющим операциям, обусловленный протоколом интраоперационной цифровой верификации и прогностического моделирования.

Материал и методы. Проведен сравнительный многофакторный анализ результатов лечения 658 пациентов с сочетанными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (СО ЯБ ДПК), включая пенетрацию, стеноз, перфорацию и кровотечение. В основной группе (n=379) выполнены органосохраняющие вмешательства (селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями либо дуоденопластикой) с обязательной интраоперационной видеоверификацией (ИВВ). Протокол ИВВ базировался на адаптивных принципах Стамбульского протокола ООН. В контрольной группе (n=279) выполнены традиционные методики радикальной резекции желудка.

Хирургическая документация основной группы включала цифровую фиксацию пяти критических «точек истины»: морфологию язвенного кратера, вариантную сосудисто-билиарную анатомию, прецизионность дуоденального шва, оценку микроциркуляции и герметичности зоны анастомоза.

Результаты исследования Внедрение органосохраняющей стратегии в синергии с цифровым аудитом позволило достичь статистически значимого снижения госпитальной летальности - с 36,4% до 8,2% ($p \leq 0,05$). В основной группе полностью исключены случаи несостоятельности культи ДПК (в контрольной-19,4%) и ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков. Цифровая навигация в условиях выраженного воспалительного инфильтрата обеспечила высокую безопасность диссекции тканей. Функциональная реабилитация по шкале Visik в группе органосохранения протекала на 40% эффективнее.

Выводы. Доказательная цифровая хирургия является необходимым стандартом при лечении осложненных форм язвенной болезни. Интраоперационная фото - и видеофиксация трансформирует индивидуальный опыт хирурга в объективизированный клинический стандарт, создавая юридически «безопасную гавань» для врача и обеспечивая открытость лечебного процесса. Данная методология нивелирует технологический разрыв между первичным звеном здравоохранения и академическими центрами, формируя массив данных для обучения интеллектуальных хирургических систем и предиктивной аналитики в рамках цифровизации медицины региона.

Салимов Дж.С., Курбонов И.К., Нуров Х.Х.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххорова
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования в прогнозировании ишемии кишечника у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы. Проведен анализ 367 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, находившихся на лечении в 2014–2024 гг. В зависимости от клинического течения пациенты были разделены на две группы: с признаками ишемии кишечника, подтвержденными интраоперационно (n=142), и без признаков ишемии (n=225). Оценивались клинические симптомы, лабораторные показатели (лейкоцитоз, уровень С-реактивного белка), а также данные инструментальных методов диагностики

(ультразвуковое исследование и компьютерная томография). Статистический анализ включал расчет чувствительности, специфичности, отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что клинические признаки, такие как нарастающий болевой синдром и отсутствие перистальтики, наблюдались у 69,7% пациентов с ишемией кишечника и у 32,4% без нее (OR = 4,77; 95% ДИ: 2,96–7,68; $p < 0,001$). Лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$ выявлен у 62,0% пациентов с ишемией против 27,1% без ишемии (OR = 4,34; 95% ДИ: 2,69–6,99; $p < 0,001$). Повышение уровня С-реактивного белка более 50 мг/л отмечено у 59,1% и 25,8% пациентов соответственно (OR = 4,12; 95% ДИ: 2,54–6,67; $p < 0,001$).

По данным ультразвукового исследования наличие свободной жидкости в брюшной полости выявлено у 54,2% пациентов с ишемией и у 30,7% без ишемии (OR = 2,68; 95% ДИ: 1,69–4,24; $p < 0,01$). Компьютерная томография продемонстрировала более высокую диагностическую значимость: утолщение стенки кишки и снижение ее контрастирования отмечались у 63,4% пациентов с ишемией против 21,8% без ишемии (OR = 6,21; 95% ДИ: 3,74–10,32; $p < 0,001$). Наличие свободной жидкости по данным КТ выявлено у 66,9% и 34,2% пациентов соответственно (OR = 3,87; 95% ДИ: 2,41–6,22; $p < 0,001$).

Чувствительность компьютерной томографии в выявлении признаков ишемии составила 82,4%, специфичность - 74,1%, тогда как для ультразвукового исследования данные показатели составили 68,3% и 61,8% соответственно. Комплексная оценка клинико-лабораторных и КТ-признаков позволила повысить точность диагностики ишемии кишечника и обоснованность выбора хирургической тактики.

Выводы. Наиболее информативными предикторами ишемии кишечника при острой спаечной тонкокишечной непроходимости являются выраженный болевой синдром, лейкоцитоз, повышение уровня С-реактивного белка и характерные КТ-признаки. Компьютерная томография обладает более высокой диагностической точностью по сравнению с ультразвуковым исследованием и должна рассматриваться как ключевой метод визуализации при подозрении на ишемию кишечника. Комплексный подход к диагностике позволяет своевременно определить показания к хирургическому вмешательству и снизить риск неблагоприятных исходов.

Салимова З.Дж., Додхоева М.Ф

ТАКТИКА РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить тактику родоразрешения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и оценить её влияние на исходы для матери и плода.

Материал и методы. Проспективному и ретроспективному анализу подверглись 183 беременные и роженицы с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), поступившие в городской родильный дом № 1 г. Душанбе в период с 2019 по 2024 гг. Группу сравнения составили 37 (43,0%) беременных и рожениц без кровотечения. Исследование включались пациентки с клинически подтвержденной ПОНРП на различных сроках гестации. Проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования, включая ультразвуковое исследование, кардиотокографию и оценку состояния плода. Анализировались особенности течения беременности, тактика родоразрешения, материнские и перинатальные исходы.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у пациенток с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) срочные роды наблюдались у 108 (59,0%) женщин, что достоверно ниже по сравнению с группой сравнения — 35 (94,6%) случаев ($p < 0,001$). У пациенток с ПОНРП частота преждевременных родов

была значительно выше и составила 74 (40,4%) против 2 (5,4%) в группе сравнения ($p < 0,001$). Запоздалые роды отмечены только в 1 (0,6%) случае. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения было основным методом у пациенток с ПОНРП и выполнено в 150 (82,0%) случаях, что значительно превышало показатель в группе сравнения — 2 (5,4%) ($p < 0,001$). Роды через естественные родовые пути наблюдались лишь у 33 (18,0%) женщин с ПОНРП против 35 (94,6%) в группе сравнения ($p < 0,001$). Вакуум-экстракция плода применялась редко и существенных различий между группами не имела — 2,2% и 2,7% соответственно ($p > 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте оперативного родоразрешения и преждевременных родов при ПОНРП. Радикальные операции выполнялись преимущественно при полной ПОНРП: ампутация матки произведена у 6 (3,3%) пациенток, из них 5 (26,3%) — при полной форме и 1 (0,6%) — при частичной; экстирпация матки — в 2 (1,1%) случаях, исключительно при полной форме (10,5%). Органосохраняющие вмешательства, в частности наложение гемостатических швов по В-Lynch, выполнены у 16 (8,7%) пациенток, чаще при полной форме — 5 (26,3%) против 11 (6,7%) при частичной. Дренирование брюшной полости проводилось в 110 (60,1%) случаях, включая все наблюдения полной ПОНРП — 19 (100%) и 91 (55,5%) — при частичной форме. Стерилизация выполнена у 20 (10,9%) пациенток исключительно при частичной форме (12,2%). Релапаротомия потребовалась в 2 (1,1%) случаях, также только при частичной форме (1,2%).

Выводы. ПОНРП является одной из ведущих причин акушерских кровотечений и занимает значимое место в структуре материнской смертности. В настоящем исследовании преждевременные роды при ПОНРП отмечены в 40,4% случаев против 5,4% в группе сравнения ($p < 0,001$), при этом оперативное родоразрешение выполнено в 82,0% наблюдений. Своевременная диагностика и рациональный выбор метода родоразрешения, преимущественно в пользу экстренного кесарева сечения, а также адекватная неотложная акушерская помощь являются ключевыми факторами снижения частоты кровотечений, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Сафаров Б.С.^{1,2}, Рахмонов Б.А.^{1,2}, Хамроев К.Б.^{1,2}, Акрамов С.С.²

МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПОЗВОНКА L5 С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНЫХ ФИКСАТОРОВ

1. Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
2. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Анализ собственных результатов оперативного лечения больных с истмическим спондилолистезом позвонка L5, которым применялся метод транспедикулярной фиксации (ТПФ).

Материал и методы. Были проанализированы результаты оперативного вмешательства у 30 взрослого возраста, госпитализированных в период с 2021 по 2025 годы в отделение нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», являющейся клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, которым проведена транспедикулярная фиксация с истмическим спондилолистезом позвонка L5. Послеоперационный период наблюдения составил от 3 месяцев до 1,5 года. Наблюдаемым пациентам выполнялись 3 тесловая МРТ-исследования, и КТ позвоночника и функциональная рентген. Смещения I–II степени имелись у 10 пациентов, III–IV степени – у 17 и спондилоптоз – у 3. Всем больным производилась транспедикулярная фиксация (ТПФ) пояснично-крестцового отдела позвоночника различными конструкциями. В зависимости от уровня фиксации было выделено 4 группы: больным I группы произведена фиксация двух сегментов, винты вводились в L4, L5 и S1 позвонки; в остальных группах производилась фиксация трех сегментов, при этом во II группе винты вводились в L3, L4, L5 и S1 позвонки,

в III – в L3, L5 и S1 позвонки и в IV группе – в L3, L4 и S1 позвонки. Задняя фиксация сочеталась с межтеловым спондилодезом L5–S1, выполняемым по различным методикам: в большинстве случаев – из переднего внебрюшинного доступа кортикальным аллотрансплантатом по Burns, а также из заднего доступа кейджами и трансакрально аллотрансплантатами.

Результаты исследования. Клинически результаты лечения были расценены в 93,3 % случаев как хорошие. Удовлетворительные результаты в 6,7 % случаев имели место в связи с развитием у двух пациентов после операции легкого пареза мышц разгибателей стопы и пальцев. Отдаленные результаты прослежены у 16 пациентов, средний срок наблюдения составил 29 месяцев. Рентгенологически, за исключением пациентов с переломами конструкций, фиксация пояснично-крестцового отдела была стабильной. Перелом металлоконструкций произошел у 7 пациентов (23,3 %), у 6 из которых не выполнялся передний спондилодез. При этом имела место частичная потеря редукации. Клинически переломы металлоконструкции не привели к ухудшению. После выполнения межтелового спондилодеза L5–S1 кортикальными трансплантатами также произошла стабилизация пояснично-крестцового отдела. Проводился расчет рентгенологических параметров, характеризующих изменение анатомо-биомеханических взаимоотношений пояснично-крестцового отдела до и после оперативного лечения.

Выводы. Анализ результатов лечения указывает на эффективность применения ТПФ в сочетании с межтеловым спондилодезом в лечении спондилолистеза. Обосновано применение при тяжелых степенях спондилолистеза первично-стабильного спондилодеза L5–S1 кортикальным трансплантатом.

Сидиков А. Ш., Мустафакулов С.С., Шамсиев Д.А.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»
ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить эффективность различных схем терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Материал и методы. В исследование были включены 90 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте от 50 до 80 лет. Средний возраст обследованных составил $64,3 \pm 6,8$ года. Пациенты были распределены на 3 группы лечения с учётом возраста, объёма предстательной железы, выраженности симптомов нижних мочевых путей, наличия остаточной мочи и особенностей клинического течения заболевания.

В 1 группу (n=30) вошли пациенты, получавшие монотерапию $\alpha 1$ -адреноблокаторами: тамсулозин 0,4 мг/сут или альфузозин 10 мг/сут.

Во 2 группу (n=30) вошли пациенты, получавшие комбинированную терапию: $\alpha 1$ -адреноблокатор в сочетании с ингибитором 5α -редуктазы (тамсулозин + финастерид 5 мг/сут или дутастерид 0,5 мг/сут).

В 3 группу (n=30) вошли пациенты, получавшие расширенную комбинированную терапию с дополнительным назначением препаратов в зависимости от клинических проявлений заболевания: фитотерапии, НПВС при наличии воспалительного компонента, антихолинергических препаратов при выраженных ирритативных симптомах и $\beta 3$ -агонистов при симптомах гиперактивного мочевого пузыря.

Всем пациентам проводили клиническое обследование, пальцевое ректальное исследование, ультразвуковое исследование предстательной железы с определением объёма простаты и количества остаточной мочи, а также определение уровня ПСА. Оценивали выраженность симптомов по шкале IPSS, качество жизни (QoL), объём предстательной

железы, количество остаточной мочи и динамику клинических показателей на фоне проводимой терапии.

Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До начала лечения выраженность симптомов по шкале IPSS существенно не различалась между группами и составляла в среднем $21,4 \pm 2,8$ балла в 1 группе, $22,1 \pm 3,1$ балла во 2 группе и $22,6 \pm 2,9$ балла в 3 группе ($p > 0,05$). Средний объем предстательной железы составил $48,3 \pm 6,4$ см³, $56,7 \pm 7,2$ см³ и $59,1 \pm 8,1$ см³ соответственно. Количество остаточной мочи варьировало от $68,4 \pm 12,5$ мл до $81,3 \pm 14,7$ мл.

Через 6 месяцев терапии положительная динамика отмечалась во всех исследуемых группах, однако наиболее выраженное клиническое улучшение наблюдалось у пациентов 3 группы.

В 1 группе показатель IPSS снизился с $21,4 \pm 2,8$ до $14,2 \pm 2,1$ балла (на 33,6%), во 2 группе — с $22,1 \pm 3,1$ до $10,3 \pm 1,9$ балла (на 53,4%), а в 3 группе — с $22,6 \pm 2,9$ до $7,1 \pm 1,6$ балла (на 68,6%; $p < 0,05$ по сравнению с 1 и 2 группами).

Показатель качества жизни (QoL) улучшился с $4,8 \pm 0,7$ до $3,1 \pm 0,5$ балла в 1 группе, с $5,0 \pm 0,6$ до $2,4 \pm 0,4$ балла во 2 группе и с $5,1 \pm 0,5$ до $1,6 \pm 0,3$ балла в 3 группе ($p < 0,05$). Количество остаточной мочи снизилось в 1 группе с $68,4 \pm 12,5$ до $42,7 \pm 9,3$ мл, во 2 группе — с $74,2 \pm 13,6$ до $28,5 \pm 7,4$ мл, а в 3 группе — с $81,3 \pm 14,7$ до $18,9 \pm 5,6$ мл ($p < 0,05$).

Объем предстательной железы достоверно уменьшился преимущественно у пациентов, получавших комбинированную и расширенную терапию. Во 2 группе объем простаты снизился с $56,7 \pm 7,2$ до $46,1 \pm 6,3$ см³, а в 3 группе — с $59,1 \pm 8,1$ до $44,3 \pm 5,8$ см³. В 1 группе значимого уменьшения объема предстательной железы не отмечалось ($48,3 \pm 6,4$ до $45,9 \pm 5,7$ см³; $p > 0,05$).

Наиболее выраженное улучшение клинических показателей наблюдалось у пациентов, получавших расширенную комбинированную терапию, что свидетельствует о преимуществах комплексного подхода в лечении ДГПЖ.

Выводы. Все схемы терапии ДГПЖ сопровождались улучшением клинических показателей. Наиболее выраженное снижение симптомов нижних мочевых путей и улучшение качества жизни отмечалось у пациентов, получавших расширенную комбинированную терапию. Применение ингибиторов 5 α -редуктазы способствовало более выраженному уменьшению объема предстательной железы и количества остаточной мочи.

Сирочов Г.Н., Набизода М.Х., Баротов Х.Х.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ
РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения при гнойно-некротической форме рожистого воспаления.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 29 больных с гнойно-некротической формой рожистого воспаления в возрасте от 25 до 80 лет (средний возраст составил $31,0 \pm 6,7$ лет). Среди больных преобладали лица от 45 до 70 лет, большинство из которых были пенсионеры, нетрудоспособные. Распределение пациентов по полу было следующим: женщины составили 41,37% (12 человек), мужчины – 58,62% (17 человек). По обращаемости все больные были распределены по следующим критериям: возраст от 25 до 80 лет; наличие осложнения рожистого воспаления в виде абсцесса, флегмоны или некроза мягких тканей 8 (27,58); первичная форма рожистого воспаления 4 (13,79%); острый период заболевания 17 (58,62%). У части пациентов наблюдались сопутствующие патологии, способствующие отягощению течения хирургической инфекции, и были разделены: ИБС у 1 (3,44) больного, ГБ 18 (62%), железодефицитная анемия у 10 (34,48%), а также выявили сахарный диабет в стадии суб- и декомпенсации, с длительностью заболевания более трех лет, атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей в стадии суб- и

декомпенсации. При госпитализации в стационаре состояние всех больных оценивалось как средней и тяжелой степени. Наибольшее количество больных было с локализацией процесса на нижних конечностях – 21 человек (72,41%), реже рожистое воспаление регистрировалось на верхних конечностях – 8 человек (27,58%).

Результаты исследования. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие некрэктомии. В комплексное лечение больных включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная и общеукрепляющая, антиоксидантная терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. Почти всем больным потребовались этапные некрэктомии, в связи с развитием вторичных некрозов. Характерными симптомами являлись интенсивная боль (жгущего, распирающего характера), отек на фоне незначительной гиперемии кожи. Местные проявления сопровождалась выраженными признаками системной воспалительной реакции, при этом обращало на себя внимание несоответствие тяжести общего состояния больного местному статусу заболевания. Отсутствие гноя в очаге воспаления при пункции и по результатам УЗИ у 21 больного трактовалось как серьезная фаза воспаления, и показания к оперативному лечению не выставлялись. В последующем, прогрессирование патологического процесса приводило к вторичным изменениям - некрозу кожи, диагноз становился очевидным, однако хирургическое лечение на этой стадии нельзя считать своевременным. При исследовании посевов из гнойных очагов у 90% больных микробные ассоциации включали от 2 до 4 видов микроорганизмов, в 10% рост микроорганизмов не обнаружен, несмотря на продолжающийся гнилостно-некротический процесс в мягких тканях. Наряду с хирургическими вмешательствами, одним из важных звеньев комплексного консервативного лечения являлась своевременная, адекватная антибактериальная терапия. В качестве препаратов выбора использовали фторхинолоны III-IV поколения - у 22,1% больных, цефалоспорины III-IV поколения – у 33,7%, гликопептиды – у 16,5%, ингибиторозащитные пенициллины – у 12,5%. Следствием хирургического лечения некротизирующей инфекции неизбежно становились обширные послеоперационные раны, требующие пластического закрытия. При этом хирургическое лечение изначально выполнялось на фоне формирования вторичных некрозов кожи, что сопровождалось значительными потерями кожи, раневой дефект становился обширным, что зачастую позволяло закрыть его лишь с помощью свободной кожной пластики расщепленным трансплантатом, из-за обширности дефекта в нескольких этапов принципиально не позволяющим восстановить полноценный кожный покров. Высокие ампутации у больных с некротизирующей рожой на нижних конечностях произведены 4 больным на уровне бедра, что составило – 13,6%. Общая летальность составила - 6,8%. (2больных). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Выводы. Таким образом, современная терапия у больных с осложненной некротической рожой базируется на необходимости комплексного подхода к этой проблеме, а именно: адекватное хирургическое лечение гнойного очага, этапные некрэктомии, рациональное назначение антибактериальных препаратов с учетом чувствительности их к микрофлоре, высеваемой из гнойного очага и в последующем свободная кожная пластика.

Сирочов Г.Н., Набизода М.Х., Баротов Х.Х.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФЛЕГМОНАХ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить микробиологические аспекты микрофлоры и улучшить результаты хирургического лечения при обширных гнойно-некротических флегмонах.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось на лечении в отделении ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе в период 2019 г. 50 больных с обширными гнойно-некротическими

флегмонами. Распределение больных по полу - мужчины составили 29 (58%), женщины 21 (42). Возраст больных составил от 16-89 лет. Среди этих больных у 2 (4%) был анаэробная флегмона, у 26 (52%) - больных имелись обширные гнойно-некротические флегмоны, а у 22 (44%) больных посинъекционные флегмоны. У 39 (78%) больных патологический процесс локализовался в области нижних конечностях. У 11 (22%) – верхних конечностях. Частота сопутствующих заболеваний, такими как, более 90% СД II – типа, ГБ 41 (82%), ИБС: стенокардия напряжения и атеросклероз у 9 (18%). Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое, микробиологическое, цитологическое исследование биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по данным доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии пораженных областей. Определение чувствительности микрофлоры антибактериальным препаратом и их количественное содержание на 1г ткани осуществлялось по общепринятым методам.

Результаты исследования. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие вскрытия и некрэктомии. При исследовании посевов из гнойных очагов у всех больных микробные ассоциации колебались от 2 до 5 видов микроорганизмов. Общая летальность составила 9 (18%) больных. Частота первичных высоких ампутаций составила 4% (2 больных). Объем операции при этом включал в себя нанесение протяженных разрезов и мобилизации кожно-жировых лоскутов в пределах очага инфекции, некрэктомию, дренирование раны. Этапные хирургические обработки выполнялись в интервале 12-24 ч, хирургическое лечение дополнялось комплексным консервативным. Оценка антибактериальных препаратов дала возможность получить доказательства высокой эффективности (85-100%) левофлоксацина, моксифлоксацина, клиндамицина, ванкомицина при доминировании в очаге *Staphylococcus aureus*, ванкомицина и линезолида – в случае метициллинрезистентного золотистого стафилококка (MRSA). У 15 (18,2%) больных Линезолид (100% чувствительность) явился последним рубежом защиты от MRSA в сравнении с ванкомицином. В случае инфекции, вызванной *Escherichia coli*, высокую эффективность (80-100%) проявили цефотаксимцефтазидим, цефепим, имипенеммеронем. Отмечена эффективность цефепима при выявлении *Pseudomonas aeruginosa*; амоксициллина/клавуланат, левофлоксацина, имипенема (80-100%) при обнаружении *Enterococcus faecalis*. При превалировании в очаге поражения *Peptostreptococcus* spp. и *Bacteroides fragilis* высокоактивными оказались с целью воздействия на анаэробную флору с высокой степенью эффективности (до 100%) применялся метронидазол.

Выводы. Таким образом, современная антибактериальная терапия у больных с обширными гнойно-некротическими флегмонами базируется на необходимости комплексного подхода к этой проблеме, а именно: адекватного хирургического лечения гнойного очага, рационального назначения антибактериальных препаратов с учетом чувствительности их к микрофлоре, высеваемой из гнойного очага с цитологическим контролем раневого содержимого.

Солиев О.Ф., Курбанов Н.Р., Исуфов С.А., Салимов Ф.М.

РОЛЬ ТЕРМИЧЕСКИХ ЭНДОВЕНОЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усманова.

ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Цель исследования. Оценить эффективность применения РЧА при лечении больных с ВБ и определить оптимальное количество циклов воздействия на различные участки патологически измененной вены.

Материал и методы. В исследование было включено 75 пациентов (45 женщины и 30

мужчин) в возрасте от 22 до 83 лет. Всем пациентам перед операцией проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Стадия ВБ определялась по международной классификации CEAP (1994) с акцентом на клинический компонент (С-компонент). Пациенты со стадией С1 не включались в исследование, так как на этом этапе показано консервативное лечение (флеботоники, местные препараты, компрессионный трикотаж, ЛФК).

Методика РЧА. Через вену по методу Сельдингера вводился проводник, после чего под ультразвуковым контролем продвигался радиочастотный катетер Closure Fast (VNUS Medical Technologies, Сан-Хосе, Калифорния) до уровня сафено-фemorального соустья с отступом 10 - 20 мм. Для защиты окружающих тканей использовалась паравазальная тумесцентная анестезия и компрессия вены вокруг электрода. Рабочая температура аппарата составляла 120 °С.

После завершения 20 - секундного цикла аппарат подавал звуковой сигнал. Согласно протоколу, участок вены около сафено-фemorального соустья подвергался двукратному воздействию, остальные 7 - сантиметровые сегменты - одноразовому. Радиоволна обеспечивала деструкцию эндотелия, денатурацию коллагена и истончение стенки вены.

Пациенты наблюдались в раннем и позднем послеоперационном периоде. Контрольное УЗДГ проводилось на 1-й, 7-й день, через 6 месяцев и год после операции.

Результаты исследования. Основные осложнения РЧА включали аллергические реакции, ожоги кожи, парестезии, поверхностный тромбофлебит (ПФ) и гематомы. При ФЭ наиболее часто встречались парестезии, ПФ и гематомы.

РЧА показала преимущество перед ФЭ по частоте возникновения парестезий и гематом, а также умеренное превосходство по ПФ. Рецидив заболевания после РЧА составил 5 %, после ФЭ - 15 %. У 20 % пациентов с диаметром большой подкожной вены (БПВ) более 10 мм (n=15) было проведено три цикла лечения. Технически проведение РЧА затруднено при высокой извитости вены или диаметре стенки свыше 12 мм.

Вывод. РЧА обеспечивает лучшие результаты лечения по сравнению с ФЭ. Локальная анестезия является предпочтительным методом для больных с ВБ, обеспечивая раннюю послеоперационную активизацию. Интраоперационный УЗДГ-контроль повышает точность вмешательства и снижает риск осложнений. При наличии противопоказаний к РЧА или невозможности её выполнения показана ФЭ.

Сохибов Ш.М.¹, Кобилзода К.К.², Каримов М.А.¹, Зокиров Р.А.¹

МИНИИНВАЗИВНЫЕ И ОТКРЫТЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

¹Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора М.К. Каримова
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить периоперационную безопасность, частоту осложнений и клиническую эффективность лапароскопических и открытых бариатрических вмешательств у пациентов с морбидным ожирением.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, перенесших бариатрические операции в 2018–2024 гг. Пациенты были разделены на две группы: лапароскопические вмешательства (n=80) и открытые операции (n=40). Оценивались продолжительность операции, объём интраоперационной кровопотери, частота послеоперационных осложнений, длительность госпитализации и динамика снижения массы тела в течение 12 месяцев. Для статистической обработки использовались t-критерий Стьюдента и χ^2 -критерий, рассчитывались отношения шансов (OR) и 95% доверительные интервалы (95% ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования Лапароскопические вмешательства характеризовались большей продолжительностью операции (120 ± 15 мин против 95 ± 10 мин; $p < 0,05$), однако сопровождались достоверно меньшей кровопотерей (150 ± 20 мл против 400 ± 30 мл; $p < 0,001$).

Частота инфекционных осложнений была значительно ниже в группе лапароскопии (5% против 18%; OR = 0,24; 95% ДИ: 0,08–0,76; $p < 0,01$), аналогичная тенденция отмечена для послеоперационных грыж (3% против 12%; OR = 0,22; 95% ДИ: 0,05–0,91; $p < 0,05$). Совокупный риск послеоперационных осложнений был ниже при лапароскопическом доступе (OR = 0,28; 95% ДИ: 0,12–0,65; $p < 0,01$).

Длительность госпитализации у пациентов после лапароскопических вмешательств была меньше и составила $6,4 \pm 1,2$ суток против $9,2 \pm 1,5$ суток ($p < 0,05$). При этом эффективность снижения массы тела через 12 месяцев была сопоставимой в обеих группах ($-12,5 \pm 2,1$ кг/м² против $-13,0 \pm 2,3$ кг/м²; $p = 0,12$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что снижение хирургической травмы при лапароскопическом доступе приводит к уменьшению системного воспалительного ответа, снижению риска инфекционных осложнений и более быстрому восстановлению пациентов. Это имеет особое значение у пациентов с морбидным ожирением, характеризующихся высоким риском периоперационных осложнений и метаболических нарушений.

Выводы. Лапароскопические бариатрические вмешательства обеспечивают достоверное снижение риска послеоперационных осложнений (OR = 0,28; $p < 0,01$), уменьшение кровопотери и сокращение сроков госпитализации при сопоставимой эффективности снижения массы тела. Несмотря на большую продолжительность операции, лапароскопический доступ является предпочтительным методом и должен рассматриваться как стандарт современной бариатрической хирургии при отсутствии противопоказаний.

Султанов Д.Д., Сиддиков И.И., Ньматзода О.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты реваскуляризации нижних конечностей у пациентов сахарным диабетом.

Материал и методы. Изучены результаты открытых шунтирующих операций у 84 пациентов (53 мужчин и 31 женщин) с хронической ишемией нижних конечностей. Средний их возраст составил $69,2 \pm 7,3$ лет. Состояние кровообращения конечностей исследовали методами ультразвукового дуплексного сканирования, рентгеноконтрастной ангиографией. Критериями оценки результатов лечения пациентов явились нивелирование симптомов хронической ишемии, частота ампутаций, специфических и неспецифических осложнений, летальных исходов, а также оценке изменения лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и чрескожного напряжения кислорода (ЧНК) в ткани конечности.

Результаты исследования. Основными критериями для выполнения шунтирующих операций явились наличие протяженного стеноза в области подвздошно-бедренного или бедренно-подколенно-берцового сегментов более 15 см или их окклюзии, а также многоэтажные короткие окклюзии и благоприятным дистальным руслом. Высокие (спураингинальные) реконструкции были выполнены у 29, инфраингинальные - в 55 случаях. В 11 случаях пациентам также была выполнена поясничная симпатэктомия.

В раннем послеоперационном периоде раневые инфекционные осложнения отмечены у 5 пациентов, летальные исходы не наблюдались. Тромбоз трансплантатов были отмечены у 8,2% пациентов, и из-за неэффективности повторных операций ампутаций конечности выполнены в 4,9% наблюдений. Сохранность конечности в среднеотдаленном периоде после открытых, эндоваскулярных и «гибридных» операций составляли 72,8%, 91,7% и 92,3% соответственно.

Выводы. Хирургическое лечение пациентов с диабетическими макроангиопатиями нижних конечностей должно базироваться на данных лучевых методов исследования. Ранний послеоперационный период у пациентов сахарным диабетом характеризуется частыми инфекционными и тромботическими осложнениями. Применение эндоваскулярной и гибридной технологии лечения, позволяют добиться более хороших непосредственных и средне-отдаленных по эффективности результатов по сравнению с открытыми методами операций.

Султанов Д.Д., Шахсаворбеков А.Ш.,
РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ И СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ
ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности реперфузионного синдрома, системной воспалительной реакции, окислительного стресса и антиоксидантной защиты у пациентов с острой ишемией нижних конечностей.

Материал и методы. Исследование носило проспективный характер и включало изучение некоторых показателей системной воспалительной реакции, окислительного стресса и антиоксидантной защиты при реперфузионном синдроме. Показатели системной воспалительной реакции, ПОЛ и АОС были исследованы среди 30 пациентов из 100 в связи с ограниченностью данных методов исследования в условиях РНЦССХ. Возраст пациентов колебался от 46 до 71 лет, в среднем составив 62 года. Все пациенты поступали в клинику с картиной острыми тромбозами артерий нижних конечностей. Срок от момента развития симптомов до поступления в отделение колебался от 8 часов до 12 дней. Диагноз ставился на

Результаты исследования. Результаты лабораторных анализов пациентов ОИНК при поступлении: СОЭ - значение ($42,3 \pm 7,1$ мм/ч), норма (2-15мм/ч). Лейкоциты- значение ($12,7 \pm 1,5 \times 10^9$), норма ($4,5-9 \times 10^9$). СРБ- значение ($16,1 \pm 4,2$ мг/л), норма (до 5мг/л). Фибриноген- значение ($8,5 \pm 0,9$ г/л), норма (до 4 г/л). МДА- значение ($3,9 \pm 0,1$ ммол/л), норма (До 1,2 мкмол/л). ДК- значение ($0,77 \pm 0,04$ ед.а/ч), норма (до 0,25 ед. а /мл).

Результаты лабораторных анализов пациентов при реперфузионном синдроме: МДА- значение ($3,9 \pm 0,1$ ммол/л), норма (До 1,2 мкмол/л). ДК- значение ($0,77 \pm 0,04$ ед.а/ч), норма (до 0,25 ед. а /мл). СОД- значение ($20,8 \pm 1,0$ у.е/л), норма (до 12 у.е/л). Каталаза- значение ($128,9 \pm 11,2$ мкмол/л), норма (до 80 мкм/л).

Выводы. Острая ишемия нижних конечностей сопровождается ишемически-реперфузионным повреждением проявляющимся синдромом эндогенной интоксикации, нарушением обмена глюкозы и активацией процессов липопероксидации и антиоксидантной системы. После устранения острой ишемии не всегда отмечается значимое снижение показателей перекисного окисления липидов и некоторых показателей воспаления. В связи с этим рекомендуется продленное применение антиоксидантов в реперфузионном периоде.

Султонов Х.К., Набизода М.Х., Баротов Х.Х.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики и оптимизация хирургического лечения некротизирующего фасциита (НФ) мягких тканей.

Материал и методы. В исследовательскую группу вошли 68 пациентов, получавших лечение по поводу различных форм некротизирующей инфекции в хирургическом отделении ГУ «Городской медицинский центр №3» города Душанбе в период с 2010 по 2017 годы. Среди включённых лиц было 32 мужчины и 36 женщин в возрастном диапазоне от 30 до 84 лет. Наибольшее число заболевших приходилось на возрастную категорию 40–53 года, что подчёркивает преимущественное поражение лиц трудоспособного возраста и указывает на

значимое социально-экономическое значение заболевания. При анализе анамнеза у большинства пациентов выявлялся выраженный соматический фон: сахарный диабет отмечен у 78,2% больных, артериальная гипертензия — у 83,3%, признаки атеросклеротического поражения сосудов и ишемической болезни сердца — у 75,6%, анемия различной степени тяжести — у 74,3%.

Было произведено ультразвуковое исследование мягких тканей нижних конечностей и ягодиц в-режиме пяти пациентам с НФ для определения размера, структуры и глубины расположения изменений. Были выявлены скопления жидкости размером 1,0-5,0 мм на 150,0-250,0 мм; по структуре - ан- и гипэхогенные. Данные результаты свидетельствуют о наличии инфильтративного воспаления и отека мягких тканей (выражены жидкостные "ходы" между мышечными пучками и жировыми дольками). А также было определено увеличение регионарных лимфатических узлов. Во всех этих случаях прибегали к диагностической операции для визуальной оценки процесса и при необходимости возводили ее в разряд лечебной. Таким образом УЗИ помогает выявить инфильтративно-воспалительные изменения, что позволяет хирургам скорректировать тактику лечения и обойти различные осложнения.

Также при лечении пациентов с НФ были использованы вакуумные системы, которые накладывались на нижние конечности в условиях отделения гнойной хирургии. В модифицированной системе дренажную функцию выполняла трубка из мочеприёмника, располагавшаяся в толще полиуретановый наполнитель. Рану на всем протяжении перфорировали (от 1 до 3 отверстий на см²). Имея в виду все особенности раны, такое расположение дренажа явилось самым оптимальным для эвакуации раневого содержимого и создания условий разряжения в полости. Система менялась каждые сутки и перед установкой новой системы производился тщательный туалет раны. Также в течении дня (каждые 2-3 часа) применялась перекись водорода (до 50 мл) и отключалась вакуум-система на полчаса. Данный процесс продолжался до полного очищения раны и снижения до оптимума контаминации (10³ КОЕ). Применение этой методики, обеспечило более эффективную элиминацию инфекционного агента и раневого отделяемого.

Результаты исследования. Процент летальных исходов при данных формах некротизирующей инфекции составил 39%. При этом первичные высокие ампутации выполнены 9 больным. В то время как поэтапные высокие ампутации после вскрытия и паллиативных вмешательств проведены 4 больным, а у 12 больных образовались обширные постнекрэктомические дефекты, требующих пластики. При невозможности полностью исключить наличие НИ (n=6) были выполнены диагностические операции для визуальной оценки. Хирургическая тактика носила этапный характер: повторные вмешательства осуществлялись в течение последующих 12–24 часов, с обязательным продолжением интенсивной комплексной консервативной терапии. У 16 пациентов, у которых вследствие обширных некротических поражений кожно-фасциальных лоскутов после радикальной некрэктомии сформировались значительные дефекты, закрытие ран выполняли после достижения оптимальных локальных условий: появления активной краевой эпителизации и формирования зрелой грануляционной ткани.

Выводы. Таким образом, ранняя ультразвуковая диагностика способствует значительно снизить процент осложнений и летальности, а также преимуществом методики является отсутствие необходимости дополнительной подготовки – пациенту вообще не нужно заранее готовиться, он не нуждается в лечении или наркозе перед данным исследованием. Преимущества модифицированного метода вакуум терапии при некротизирующем фациите: во первых - позволяет адекватно санировать гнойно-некротический очаг при некротизирующем фасциите, а также избежать дальнейшего прогрессированного процесса; во вторых - способствует значительно снизить процент осложнений и летальности; в третьих - позволяет обеспечить более эффективную эвакуацию экссудата и создать равномерное разрежение во всех участках раневой полости.

Султонов Х.К., Набизода М.Х., Баротов Х.Х.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при некротизирующей инфекции мягких тканей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 82 больных с различными формами НИМТ, госпитализированных в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе, мужчин было 42 (51,2%), женщин 40 (48,8%). Возраст больных варьировал от 28 до 84 лет. Наибольшее число составили больные в возрасте от 40 до 53 лет. Среди них у 32 (39,1%) больных имела место некротическая форма рожи, у 50 (60,9%) - некротизирующий фасциит и мионекроз. У 56 (68,2%) пациентов патологический процесс локализовался в области нижних конечностей. В анамнезе более чем у 90% больных выявлены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали сахарный диабет – 85,3%, гипертоническая болезнь - 91,4%, атеросклероз и ИБС - 75,6% и анемия разной степени тяжести у 74,3% пациентов. Диагноз НИ устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пиллопероксидации малонового диальдегида (МДА), диенового конъюгата (ДК) и супероксиддисмутазы (СОД) в сыворотке крови.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у больных с НФ выявлены: критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови - МДА – $6,9 \pm 1,45$, ДК – $0,99 \pm 0,17$ и при распространении гнойно-септических процессов МДА достигает – $9,56 \pm 0,79$, ДК – $1,86 \pm 0,08$, что свидетельствует об одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-септического процесса под действиями продуктов ПОЛ. Анализы проведенных исследований показали, что у больных с НФ наблюдается повышение интенсивности процессов ПОЛ, влияющих на тяжесть течения эндотоксикоза, что приводит к дефициту антиоксидантной системы. Все больные поступали в тяжелом, запущенном состоянии и были оперированы в экстренном порядке, производились широкие некрэктомии. В комплексное лечение больных включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная, общеукрепляющая и антиоксидантная терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводилась плазмогемотрансфузия, выполнялись ежедневные двухразовые перевязки современными перевязочными материалами в зависимости от стадии раневого процесса. При исследовании посевов из гнойных очагов у 42 (51,2%) больных микробные ассоциации включали от 2 до 4 видов микроорганизмов, причем смешанная (анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 31 больного (45,5%), только аэробная у 27 (39,7%), в 10 (14,8%) рост микроорганизмов не обнаружен, несмотря на продолжающийся гнилостно-некротический процесс в мягких тканях. Показатели летальности при этих формах НИМТ составляли 26 (31,7%) больных. Частота первичных высоких ампутаций при этом составила 14 (17,1%). Этапные, высокие ампутации конечности после вскрытия и малых хирургических вмешательств выполнены лишь у 6 (7,3) больных, а у 36 больных формировались обширные постнекрэктомические дефекты, требующие пластического закрытия. В этой связи сложно переоценить актуальность ранней диагностики заболевания. Во всех сомнительных ситуациях, не позволяющих исключить диагноз некротизирующей инфекции (n=11) прибегали к диагностической операции, позволяющей визуально оценить состояние мягких тканей и при необходимости перевести эту манипуляцию в разряд лечебных. Интраоперационно обнаруживались следующие данные, свидетельствующие о некротизирующей инфекции: подкожная жировая клетчатка, фасция в ране тусклые или некротизированы, пропитаны мутным экссудатом.

Высокие ампутаций у больных с некротизирующей инфекцией на нижних конечностях произведены 14 больным на уровне бедра, что составило 17,1%. У 6 (7,3%) больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, после малых операций, произведены высокие ампутации на уровне в/3 голени. Летальность после высоких ампутаций произошла у 8 (40%) из 20 больных. Общая летальность составила - 21,9%. (18больных). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Выводы. Таким образом, интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при НИМТ находится в прямой зависимости от активности системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Высвобождение в системный кровоток продуктов распада тканей и продуктов ПОЛ при снижении активности ферментов АОЗ создает оптимальные условия для формирования порочного круга с развитием синдрома эндогенной интоксикации и высокой летальности.

Тагоймуродов Ю.Ф., Абдуллозода Дж.А.

ВЛИЯНИЕ АДАПТИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ERAS НА КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ И СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Сравнить непосредственные клинические результаты применения адаптированного ERAS-протокола и традиционного ведения после резекционных вмешательств на поджелудочной железе.

Материал и методы. В основу работы легло сравнительное ретроспективно-проспективное исследование 63 пациентов после резекционных вмешательств на поджелудочной железе (2020-2025 гг.). В основную группу включено 25 больных (протокол ERAS), в контрольную - 38 (традиционное ведение). Оценивали частоту осложнений (по Clavien-Dindo), моторику ЖКТ, сроки госпитализации, выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и показатели нутритивного статуса.

Результаты исследования. В группе ERAS общая частота осложнений была значимо ниже: 24,0% против 60,5% в контрольной группе ($p=0,005$). Использование протокола обеспечило раннее восстановление функции ЖКТ (сут.): перистальтика - 2,0 [4-2,3] против 3,5 [2,7-4,0] ($p<0,001$), первый стул - 2,6 [2,0-3,3] против 4,2 [3,2-4,9] ($p<0,001$), начало питания - 1,3 [0,8-1,6] против 3,2 [2,8-3,8] ($p<0,001$). Зафиксировано сокращение сроков пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) (16 [11-22] против 24 [14-34] ч; $p=0,002$) и общего койко-дня (13 [11-15] против 16 [13-20] сут.; $p=0,001$). Также в основной группе отмечены меньшая интенсивность боли, снижение опиоидной нагрузки и лучшая сохранность нутритивного статуса.

Выводы. Адаптированный протокол ERAS после резекционных вмешательств на поджелудочной железе статистически значимо снижает частоту осложнений, ускоряет функциональное восстановление и сокращает сроки госпитализации. Улучшение контроля боли и сохранение нутритивного статуса подтверждают целесообразность интеграции ERAS в стандарты ведения данной категории больных.

Умари А.Р., Саидова М.С., Гулов Ф.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххорова,
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Определить оптимальные сроки консервативного лечения и разработать клинико-диагностические критерии своевременного перехода к хирургической тактике у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы. В исследование включены 367 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, находившихся на лечении в 2014–2024 гг. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=198), в которой применялась регламентированная тактика динамического наблюдения с оценкой состояния каждые 6–12 часов, и контрольная группа (n=169), где использовались традиционные подходы лечения. Оценка включала клинические признаки (болевой синдром, перистальтика, признаки интоксикации), лабораторные показатели (лейкоцитоз, С-реактивный белок), а также данные инструментальных методов диагностики (ультразвуковое исследование, компьютерная томография). Статистический анализ проводился с использованием χ^2 -критерия, рассчитывались отношения шансов (OR) и 95% доверительные интервалы (95% ДИ). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Консервативное лечение оказалось эффективным у 214 (58,3%) пациентов. Установлено, что длительность заболевания более 24 часов достоверно повышает вероятность необходимости хирургического вмешательства (65,1% против 31,4%; OR = 4,07; 95% ДИ: 2,61–6,34; $p < 0,001$).

Выраженный лейкоцитоз ($>12 \times 10^9/\text{л}$) чаще наблюдался в группе хирургического лечения (64,1% против 28,5%; OR = 4,46; 95% ДИ: 2,83–7,02; $p < 0,001$). Повышение уровня С-реактивного белка более 50 мг/л также ассоциировалось с неблагоприятным течением (58,7% против 26,2%; OR = 3,99; 95% ДИ: 2,50–6,36; $p < 0,001$).

По данным компьютерной томографии наличие свободной жидкости в брюшной полости выявлено у 61,3% пациентов, потребовавших оперативного лечения, и у 29,4% пациентов с успешным консервативным ведением (OR = 3,76; 95% ДИ: 2,39–5,91; $p < 0,001$).

Применение регламентированной тактики позволило сократить время до принятия решения о хирургическом вмешательстве ($18,6 \pm 4,2$ часа против $28,3 \pm 6,1$ часа; $p < 0,01$). При этом в основной группе отмечено снижение частоты резекций кишечника (21,2% против 34,9%; $p < 0,05$) и послеоперационных осложнений (16,7% против 27,8%; $p < 0,05$).

Полученные результаты демонстрируют, что ключевым фактором, определяющим исход заболевания, является своевременность принятия решения о хирургическом вмешательстве. Длительность заболевания более 24 часов является критическим порогом, после которого вероятность ишемических изменений кишечной стенки существенно возрастает.

Комбинация клинических, лабораторных и инструментальных признаков обладает высокой прогностической значимостью. Наиболее информативными являются показатели системной воспалительной реакции и данные компьютерной томографии, позволяющие выявить ранние признаки ишемии кишечника.

Регламентированное динамическое наблюдение с оценкой состояния пациента в короткие временные интервалы обеспечивает более раннюю диагностику прогрессирования патологического процесса и способствует снижению частоты осложнений и объема хирургических вмешательств.

Выводы. Оптимальная продолжительность консервативного лечения при острой спаечной тонкокишечной непроходимости не должна превышать 24 часов при отсутствии положительной динамики. Достоверными критериями перехода к хирургической тактике являются длительность заболевания более 24 часов, выраженный лейкоцитоз, повышение уровня С-реактивного белка и наличие свободной жидкости по данным компьютерной томографии. Применение регламентированной тактики динамического наблюдения позволяет сократить сроки принятия решения о хирургическом вмешательстве, снизить частоту резекций кишечника и послеоперационных осложнений, что улучшает результаты лечения данной категории пациентов.

Усманов Дж.Н., Нёматзода О., Солиев О.Ф., Нурмухаммадов А.Э.
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ РАДОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ
ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Усманова Н.У.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Таджикистан

Цель исследования. Исследование применения радиочастотной абляции (облитерации, РЧА, РЧО) в сравнении с другими амбулаторными методами при лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

Материал и методы. Изучены результаты оперативного лечения 92 пациентов в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии, в период с 2018 по 2026 г. Возраст пациентов от 38 до 68 лет; мужчин 20 человек 21,7%, а женщин 72 человека - 78,3%). Первой (контрольной) группе пациентов (30 пациентов - 32,6%) выполняли склеротерапию. Использовались препараты Тромбовар 1% и Фибро-Вейн 1% и 0,5% внутривенно. Вводили до 2 мл Тромбовара и до 1 мл Фибро-Вейна на инъекцию. Расстояние между точками уколов до 5 см., количество точек 2-6. Процедура проводилась 3-5 раз, с интервалом до 7 суток. Второй группе пациентов (30 пациентов - 32,6%) проводили ЭВЛК (эндовенозная лазерная коагуляция). Использовался лазерный диодный аппарат ЛАХТА-МИЛОН 1470-10. На стенку вен воздействовали лазерным излучением среднего инфракрасного диапазона 1,47 мкм, мощностью 10 Вт и длительностью 20-30 мин. Третьей группе пациентов (32 пациентов - 34,8%) проводили эндовенозную РЧА. Использовался «Аппарат микроволновой абляции ЕСО-200G». Продолжительность процедуры в среднем 30–60 минут. Всем пациентам в послеоперационном периоде производили эластичное, компрессионное бинтование конечностей и проводилась стандартная консервативная терапия.

Результаты исследования. Сроки лечения пациентов при применении склеротерапии, ЭВЛК и РЧА соответственно составляли $36 \pm 0,6$; $20,7 \pm 0,1$ и $18,2 \pm 0,5$ сутки; болевой синдром спадал на $9,7 \pm 0,2$; $6,8 \pm 0,4$ и $5,9 \pm 0,3$ сутки; отёчность спадала на $30,1 \pm 0,1$; $23,7 \pm 0,6$ и $14,0 \pm 0,3$ сутки. Количество послеоперационных осложнений и рецидивов в первой группе 3, во второй группе 2. в третьей группе отсутствуют.

Вывод. Метод РЧА при лечении варикозного расширения вен позволяет избежать: госпитализации в медицинское учреждение, общего наркоза, повреждения нервных структур и лимфатических сосудов при разрезах. Если при применении ЭВЛК диаметр оперируемых вен составлял до 10 мм, то при применении РЧА удавалось оказать качественную помощь при варикозном расширении до 15 мм в диаметре. Ещё одно преимущество - после РЧА носить компрессионный трикотаж необходимо 1-2 недели, а после ЭВЛК – 4-6 недель, а при склеротерапии 6-8 недель.

Усмонов И.М. Ашуралиев Н.К. Каримов М.А. Зокиров Р.А
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГУМОРАЛЬНОГО
ОТТОРЖЕНИЯ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН ПЕРЕД
ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность алгоритма стратификации иммунологического риска и оптимизированного подбора донора у высокосенсибилизированных женщин с ХБП 5 стадии для профилактики гуморального отторжения после трансплантации почки.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациенток с хронической болезнью почек 5 стадии с высоким уровнем сенсибилизации. Пациентки были распределены на две группы: проспективная группа (n=60), в которой применялся

разработанный алгоритм стратификации риска гуморального отторжения с использованием HLA Matchmaker, PIRCHE-II и оценки эплетной нагрузки, и ретроспективная группа (n=60), где использовались стандартные подходы подбора донора. Дополнительно сформирована референсная группа (n=30) без признаков сенсibilизации. Оценивались уровень донор-специфических антител (DSA), частота гуморального отторжения (ABMR), функция трансплантата и выживаемость. Статистический анализ включал χ^2 -критерий, расчет отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что применение алгоритма стратификации риска позволило снизить частоту гуморального отторжения с 12,0% в ретроспективной группе до 5,0% в проспективной группе (OR = 0,39; 95% ДИ: 0,15–0,98; $p < 0,05$). Высокая эплетная нагрузка достоверно ассоциировалась с развитием донор-специфических антител (OR = 3,12; 95% ДИ: 1,44–6,75; $p < 0,01$).

Наличие более 3 сенсibilизирующих факторов (беременности, гемотрансфузии, предыдущие трансплантации) увеличивало риск гуморального отторжения (OR = 2,87; 95% ДИ: 1,31–6,29; $p < 0,05$). Использование комбинированной оценки (HLA Matchmaker + PIRCHE-II) позволило повысить точность прогнозирования иммунологического риска и снизить частоту формирования de novo DSA.

Функциональные показатели трансплантата были достоверно лучше в проспективной группе: уровень креатинина на 30-е сутки составил 134 ± 22 мкмоль/л против 168 ± 29 мкмоль/л в ретроспективной группе ($p < 0,01$). Выживаемость трансплантата через 1 год составила 91,7% против 81,6% соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Применение алгоритма стратификации иммунологического риска с использованием HLA Matchmaker, PIRCHE-II и оценки эплетной нагрузки позволяет достоверно снизить частоту гуморального отторжения и улучшить результаты трансплантации почки у высокосенсibilизированных женщин. Индивидуализированный подход к подбору донора является ключевым фактором повышения эффективности трансплантации у данной категории пациентов.

Файзов Ф.Э. Розиков М.С. Муллоев И.Дж. Исмаев Ш.Х
АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить роль внутрибрюшного давления (ВБД) как ключевого патогенетического механизма развития дыхательной недостаточности (ДН) после родственной трансплантации печени и определить факторы риска, влияющие на её формирование.

Материал и методы. В исследование включены 150 пациентов после родственной трансплантации печени (2019–2024 гг.). Дизайн — ретроспективно-проспективное когортное исследование. Оценивались анатомо-демографические параметры (GRWR, возраст, пол), интраоперационные показатели (длительность операции, объём инфузии), а также послеоперационные параметры (уровень ВБД, индекс оксигенации PaO_2/FiO_2 , длительность ИВЛ). ВБД измерялось по стандарту WSACS. Статистический анализ выполнен с использованием χ^2 -критерия, t-критерия Стьюдента и ANOVA; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота дыхательной недостаточности составила 36% в ретроспективной группе и 20% в проспективной. Повышение ВБД более 20 мм рт. ст. достоверно увеличивало риск развития ДН в 3–4 раза ($p < 0,001$).

Ключевыми факторами риска являлись низкий показатель GRWR ($< 0,8$), ассоциированный с повышением ВБД до $22,5 \pm 2,9$ мм рт. ст. ($p < 0,001$), инфузионная

нагрузка более 100 мл/кг (ВБД $22,1 \pm 2,9$ мм рт. ст.; $p < 0,001$), длительность операции более 8 часов (ВБД $21,7 \pm 2,8$ мм рт. ст.; $p < 0,001$) и продолжительность ИВЛ более 72 часов (ВБД $22,3 \pm 2,7$ мм рт. ст.; $p < 0,001$).

Установлена чёткая зависимость между уровнем ВБД и степенью гипоксемии: при тяжёлой ДН ($PaO_2/FiO_2 < 100$ мм рт. ст.) ВБД достигало $23,0 \pm 2,9$ мм рт. ст., что достоверно выше по сравнению с лёгкой формой ($17,2 \pm 2,3$ мм рт. ст.; $p < 0,001$).

Применение эпидуральной аналгезии сопровождалось снижением ВБД до $17,1 \pm 2,2$ мм рт. ст. и уменьшением частоты ДН до 12% ($p < 0,01$), что подтверждает её значимую роль в профилактике абдоминальной гипертензии.

С позиций трансплантологии установлено, что повышение ВБД является интегративным патофизиологическим механизмом, связывающим инфузионную перегрузку, отёк трансплантата и нарушение венозного оттока с развитием микроциркуляторных расстройств. Абдоминальная гипертензия приводит к ограничению экскурсии диафрагмы, снижению комплаенса лёгких и ухудшению перфузии трансплантата, что усиливает ишемико-реперфузионное повреждение и способствует формированию полиорганной дисфункции.

Выводы. Повышение внутрибрюшного давления является ключевым патогенетическим фактором развития дыхательной недостаточности после трансплантации печени. Контроль инфузионной терапии, ограничение длительности операции и ИВЛ, а также применение эпидуральной аналгезии позволяют эффективно снижать уровень ВБД и частоту респираторных осложнений. Мониторинг ВБД должен рассматриваться как обязательный элемент протокольного ведения пациентов после трансплантации печени.

Файзуллоева М.Ф., Курбанов У.А., Одинаева М.С.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЕЛЛОИДНЫХ РУБЦОВ МОЧКИ УХА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ.

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии Таджикистан.

Цель исследования. Разработать комплексный подход к хирургическому лечению келоидных рубцов мочки уха в сочетании с различными терапевтическими методами.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2015 по 2026 гг. обратились в плановом порядке 7 больных с келоидными рубцами мочки уха. Возраст больных варьировал от 13 до 31 года. Все пациенты составили лица женского пола. Во всех случаях первопричинами возникновения келоидных рубцов мочки уха были проколы ушных раковин. При обращении выяснилось, что у 3 пациентов после прокола мочки уха возникал спонтанный рост рубца, больные неоднократно обращались в общехирургические центры где им проводили иссечение рубца. В течении первого месяца после иссечения рубца, начинались признаки келоидного рубцевания, связи с чем, больные повторно обращались для устранения рубца, но после каждого хирургического вмешательства рубцы становились более объёмнее. При осмотре, прежде всего, обращали внимание на размер, цвет, консистенцию и уровень возвышения рубца и, как правило, рубцы были плотные, гиперемированные, возвышались над уровнем кожи и имели плотное опухолевидное строение. Кроме эстетических неудобств больные страдали от субъективных ощущений, таких как болезненность и зуд.

После проведения лабораторных исследований всем больным в плановом порядке с прецизионной техникой проводили иссечение рубца с применением непрерывных подкожных швов и для сопоставления краев раны использовали полоски пластыря (Steri-strip).

Результаты исследования. По нашим наблюдениям послеоперационный ближайший период после применения модифицированного хирургического метода с

формированием минимально травматичного кожного края и в последующем наложении компрессионной повязки, всегда протекал гладко у всех 7 пациентов. После снятия швов, до 1 месяца характер рубца не изменялся. Через 1 месяц, когда начинались ранние признаки в виде уплотнения, покраснения и зуда рубцов, начинали курс стероидной терапии. Рецидив отмечался после 1 года у одной пациентки молодого возраста, с выраженным келоидным рубцом мочки уха, у которой был отягощённый анамнез. Также причиной рецидива послужило нерегулярное посещение врача и не соблюдение всех назначений. Следует отметить, что по сравнению с исходным состоянием, рубец в этом случае был небольшого размера и не сопровождался болью и зудом.

Выводы. Таким образом, применение комплексного подхода в сочетании консервативного и хирургического способа лечения, с соблюдением всех правил иссечения рубца, предотвращает образование рецидива.

**Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Хуршеди Х., Алланазаров Ф.Ф.
ГИБРИДНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

¹Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²Кафедра хирургии ГОУ «ИПО в СЗ РТ», Республика Таджикистан

³ Кафедра хирургии Республиканского медицинского колледжа

Цель исследования. Оптимизировать результаты хирургического лечения пациентов с ПГДЯ путем внедрения сочетанных лапароскопических и эндоскопических миниинвазивных технологий.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 85 больных с ПГДЯ в возрасте от 16 до 75 лет (преимущественно трудоспособного возраста- 30-50 лет). В контрольной группе (n=32) выполнялись традиционные открытые вмешательства (лапаротомия, ушивание перфорации). В основной группе (n=53): применялась миниинвазивная тактика лечения. В 29 случаях выполнено лапароскопическое ушивание дефекта. У 19 (35,8%) пациентов вмешательство дополнено эндоскопической трансгастральной химической ваготомией 33% этиловым спиртом (Патент РТ) в интра- или послеоперационном периоде. В 5 (9,4%) наблюдениях использован мини-лапаротомный доступ в сочетании с химической денервацией.

Результаты исследования Применение миниинвазивного протокола позволило полностью избежать летальных исходов в основной группе. Частота послеоперационных осложнений (нагноение раны, бронхопневмония) составила лишь 1,9% (1 случай). Лапароскопическое ушивание в сочетании с антисекреторным компонентом (химической ваготомией) обеспечило адекватный контроль язвенного процесса при минимальной операционной травме. Отмечено сокращение сроков госпитальной реабилитации и быстрое восстановление показателей качества жизни по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Внедрение гибридных лапароскопическо-эндоскопических технологий является приоритетным вектором в лечении перфоративных язв. Сочетание видеохирургического ушивания с патогенетически обоснованной химической ваготомией позволяет достичь радикальности лечения при сохранении преимуществ малого доступа, что минимизирует риски осложнений и ускоряет медико-социальную реабилитацию больных.

**Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Корчаев Т.М., Амидов И.Б.
ДВУХЭТАПНАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ: РОЛЬ
ЭНДСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА И АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ**

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) путем оптимизации диагностического алгоритма и внедрения этапной лечебной тактики.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 162 пациентов с ЖКК. Большинство больных (58%) находились в трудоспособном возрасте (30-50 лет), доля гериатрических пациентов составила 7,4%. Тяжелая и крайне тяжелая степень кровопотери диагностирована у 38,3% (n=62) поступивших. Сопутствующая патология (полиморбидность) выявлена у большинства пациентов, при этом у 32,1% ЖКК сочеталось с другими осложнениями язвенной болезни. Диагностический протокол включал экстренную видеогастродуоденоскопию с верификацией источника по классификации Forrest.

Результаты исследования Применялся двухэтапный лечебно-диагностический алгоритм: I этап (Ургентный) путем стабилизации гемодинамики в условиях ОРИТ, экстренный эндоскопический гемостаз (ЭГ) и суточный эндоскопический мониторинг (при Forrest Ia, Ib, Ic и IIa, IIb). Параллельно проводилась массивная парентеральная антисекреторная терапия под рН-контролем. Во II этапе (Реабилитационно-плановый) проводилось всестороннее обследование после стабилизации состояния для оценки риска рецидива и определения окончательной хирургической или консервативной тактики.

Внедрение алгоритма позволило снизить частоту рецидивов кровотечения до 6,2%, а хирургическую активность до 3,4%. При неэффективности ЭГ выполнялись неотложные операции (иссечение язвы или резекция желудка по Б-П в модификации Гофмейстера-Финстерера). Установлено, что паллиативное прошивание язвы неэффективно ввиду высокого риска рецидива (более 90%). Общая летальность составила 10,4%.

Выводы. Двухэтапный подход, основанный на ранней госпитализации в ОРИТ, прецизионном эндогемостазе и динамическом мониторинге на фоне адекватной антисекреторной терапии позволяет существенно минимизировать количество рецидивов кровотечения и оптимизировать показатели летальности при язвенных ЖКК.

Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М., Мамадаминов Б.К.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЗГА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Ахмедова Дж.А. ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Цель исследования. Анализ современных подходов к профилактике и лечению вторичных повреждений мозга у пациентов с тяжёлой ЧМТ в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы. Проведено исследование 40 больных, которые были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш» (ГУ НМЦ) РТ, за период с 2024-2026 гг. Критерием включения являлась тяжёлая ЧМТ с уровнем сознания ≤ 8 баллов по шкале комы Глазго при поступлении. Возраст пациентов варьировал от 28 до 66 лет (средний возраст 47 ± 19 лет). Среди обследованных мужчины составили 36 (90%), женщины 4 (10%). Исследование было направлено на оценку эффективности профилактики и лечения вторичных повреждений мозга у пациентов с тяжёлой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), с акцентом на коррекцию гипоксии, гипотензии и гипергликемии.

Всем пациентам проводился стандартный комплекс диагностических мероприятий, включающий: клиническое неврологическое обследование, оценку уровня сознания по шкале Глазго, мониторинг жизненно важных функций (ЧСС, АД, SpO₂), лабораторные исследования (глюкоза крови, газовый состав артериальной крови, уровень гемоглобина), инструментальные методы (КТ головного мозга, при необходимости МРТ).

Для предотвращения гипоксического повреждения мозга обеспечивалась адекватная оксигенация: перевод на искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ) при нарушении сознания,

ранняя интубация трахеи и поддержание уровня сатурации кислорода не ниже 94–96%, контроль парциального давления кислорода (P_{aO_2}) и углекислого газа (P_{aCO_2}).

Гемодинамическая стабильность и коррекция гипотензии поддерживались с целью сохранения церебральной перфузии: инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды по показаниям), применение вазопрессоров (например, норадреналина) при снижении среднего артериального давления, поддержание среднего артериального давления ≥ 80 мм рт. ст. или церебрального перфузионного давления ≥ 60 мм рт. ст., контроль объёма циркулирующей крови и диуреза.

Метаболические нарушения гипергликемии корректировались с целью снижения вторичного повреждения нейронов: регулярный мониторинг уровня глюкозы крови (каждые 4–6 часов), проведение инсулинотерапии при уровне глюкозы выше 8–10 ммоль/л, предотвращение как гипергликемии, так и гипогликемии, индивидуальный подбор доз инсулина.

Результаты исследования. При поступлении у большинства пациентов отмечались выраженные нарушения: снижение уровня сознания (средний показатель по шкале Глазго — 6 ± 1 балл), гипоксия ($SpO_2 < 90\%$ у 65% пациентов), гипотензия (среднее АД < 70 мм рт. ст. у 40%), гипергликемия (уровень глюкозы > 10 ммоль/л у 55%).

После проведения интенсивной терапии отмечена положительная динамика: уровень SpO_2 повысился до 95–98% у 90% пациентов, показатели среднего артериального давления стабилизировались ≥ 80 мм рт. ст. у 85% больных, уровень глюкозы нормализовался (6–8 ммоль/л) у 80% пациентов, уровень сознания повысился в среднем до 9 ± 2 баллов по шкале Глазго. Сравнительный анализ показал статистически значимое улучшение всех ключевых параметров ($p < 0,05$).

Выводы. Проведённое исследование показало, что системный контроль и своевременная коррекция ключевых факторов вторичного повреждения мозга — гипоксии, гипотензии и гипергликемии — способствуют стабилизации состояния пациентов и снижению риска неблагоприятных исходов.

Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М., Мирханова Г.Р.

СЕДАЦИЯ И АНАЛЬГЕЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ ЧМТ В ОРИТ. ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА НЕВРОЛОГИЧЕСКУЮ ОЦЕНКУ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Ахмедова Дж.А. ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить современные подходы к седации и анальгезии у пациентов с тяжёлой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Материал и методы. Современная стратегия седации при тяжёлой ЧМТ основывается на принципах нейропротекции, управляемости и минимизации вторичного повреждения мозга. Седация должна обеспечивать контроль возбуждения, боли и вентиляционной синхронизации, снижать церебральный метаболизм и ВЧД, минимально влиять на системную гемодинамику и церебральное перфузионное давление (ЦПД), позволять проведение регулярной неврологической оценки.

Препараты для седации: пропофол снижает церебральный метаболизм, мозговой кровотока и ВЧД, улучшая контроль внутричерепной гипертензии. Преимущества этого препарата быстрое пробуждение и возможность проведения «седативных окон», улучшение условий для неврологического мониторинга и снижение потребности в дополнительных седативах. Недостатки пропофола это риск артериальной гипотензии и снижения ЦПД, при высоких дозах (> 4 мг/кг/ч) возможность развития синдрома инфузии пропофола (PRIS).

Дексметомидин обеспечивает хорошую седацию с минимальным угнетением дыхания. Препарат активно рассматривается как компонент стратегии у нейрореанимационных пациентов. Преимущества препарата в возможности сохранения

контакта с пациентом, облегчение неврологического осмотра, снижение частоты делирия, уменьшение потребности в опиоидах. Недостатки дексметомидина в ограниченной эффективности монотерапии при выраженной внутричерепной гипертензии, риск брадикардии и артериальной гипотензии.

Барбитураты используются как терапия резерва при рефрактерной внутричерепной гипертензии. Преимущества барбитуратов в выраженном снижении церебрального метаболизма и эффективном снижении ВЧД. Недостатки барбитуратов в тяжелой гемодинамической депрессии, в невозможности полноценной неврологической оценки, в необходимости инвазивного мониторинга.

Препараты для анальгезии: фентанил является наиболее широко используемым опиоидом в нейрореанимации. Преимущества фентанила в быстром начале действия, гемодинамической стабильности, снижении стрессовой реакции и симпатической активации. Недостатки препарата - угнетение дыхания, возможное влияние на уровень сознания, риск накопления при длительной инфузии.

Ремифентанил отличается ультракоротким действием и высокой управляемостью. Преимущества ремифентанила в быстром прекращении эффекта, что удобно для проведения неврологических осмотров. Недостаток ремифентанила в риске гипералгезии и опиоидной толерантности, необходимости непрерывной инфузии.

Результаты исследования. Регулярная неврологическая оценка является ключевым компонентом мониторинга пациентов с тяжелой ЧМТ. Глубокая или длительная седация может маскировать признаки вторичного повреждения мозга, ухудшение уровня сознания, судорожную активность, нарастание внутричерепной гипертензии. Современные клинические данные демонстрируют, что применение протоколов целевой ежедневных седации короткодействующих препаратов позволяет сократить длительность ИВЛ, уменьшить частоту делирия, повысить качество неврологической оценки. При нестабильном ВЧД полное прекращение седации может быть небезопасным.

Выводы. Оптимальная седация и анальгезия при тяжелой ЧМТ должны обеспечивать баланс между нейропротекцией, контролем ВЧД и возможностью своевременной неврологической оценки. Наиболее предпочтительными препаратами являются пропофол и короткодействующие опиоиды благодаря их высокой управляемости и быстрому пробуждению. Дексметомидин расширяет возможности индивидуализированной терапии, особенно у пациентов с риском гипертензии и тахикардии.

**Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Атакуллаев Н.Б., Насриддинова С.С.
СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ
СЕЛЕКТИВНЫХ $\alpha 2$ -АДРЕНОРЕЦЕПТОРНЫХ АГОНИСТОВ ДЛЯ СЕДАЦИИ В
ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Ахмедова Дж.А. ГОУ
“ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность применения селективных $\alpha 2$ -адренорецепторных агонистов для седации пациентов в условиях интенсивной терапии.

Материал и методы. В исследование включено 36 пациентов в возрасте от 19 до 67 лет, нуждающихся в проведении седации. Препарат дексметомидин вводился в виде непрерывной внутривенной инфузии в дозе 0,4–0,7 мкг/кг/ч. Оценка проводилась с использованием шкалы RASS, а также мониторинга гемодинамических показателей, дыхательной функции и частоты побочных эффектов.

На фоне применения дексметомидина у большинства пациентов отмечалось быстрое достижение целевого уровня седации. В течение первых 2 часов адекватная седация (RASS от 0–2 до) была достигнута у 12 (33,3%) пациентов, а к 4 часу — у 17 (47,3) пациентов. У 6 (16,7%) пациентов для достижения целевого уровня потребовалось увеличение дозы в

пределах терапевтического диапазона, в то время как у 1 (2,7%) пациента дополнительно применялись другие седативные препараты.

Клинически наблюдалось снижение уровня тревожности, двигательной активности и психоэмоционального напряжения, при этом пациенты оставались контактными и адекватно реагировали на команды.

Результаты исследования. Анализ гемодинамических показателей продемонстрировал достоверное снижение симпатической активности: средняя частота сердечных сокращений уменьшилась с 90 ± 10 до 75 ± 8 уд/мин, что составило снижение на 16,7%. Среднее артериальное давление снизилось с 97 ± 11 до 84 ± 9 мм рт. ст., без развития клинически значимой гипотензии у 27 (75%) пациентов. Эпизоды умеренной гипотензии отмечены у 9 (25%) пациентов и носили кратковременный характер.

Показатели дыхательной функции оставались стабильными на протяжении всего периода наблюдения: уровень сатурации кислорода (SpO_2) составлял 95–99%, частота дыхательных движений — в пределах физиологической нормы. Ни в одном случае не зарегистрировано угнетения дыхания или необходимости респираторной поддержки, связанной с применением препарата.

Отмечено снижение потребности в дополнительных седативных и анальгетических средствах, не потребовалось назначение бензодиазепинов, а у 24 (66,7%) пациентов отмечено снижение дозы опиоидных анальгетиков в среднем на 30–45%.

Побочные эффекты зарегистрированы у 6 (16,6%) пациентов: у 4 (11,1%) брадикардия, у 2 (5,5%) гипотензия.

Выводы. Дексмедетомидин обеспечивает достижение адекватного уровня седации более чем у 80% пациентов в течение первых часов терапии, не вызывает угнетения дыхания, способствует стабилизации гемодинамики и снижению лекарственной нагрузки. Препарат характеризуется благоприятным профилем безопасности и может быть рекомендован для широкого применения в клинической практике.

Холбегов А.М., Назаров Ш. К., Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З.
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ И
РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОЛИХОСИГМОЙ,
ОСЛОЖНЁННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ КОПРОСТАЗОМ

Кафедра Хирургических болезней №1 им. академика К. М. Курбонова.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Таджикистан.

Цель исследования. Сравнить непосредственные и отдалённые результаты левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки у пациентов с долихосигмой, осложнённой декомпенсированным копростазом.

Материал и методы. За период 2021–2025 годов проведён ретроспективный анализ лечения 58 пациентов с долихосигмой, осложнённой декомпенсированным копростазом. Диагноз верифицирован на основании клинических данных, ирригоскопии с двойным контрастированием и колоноскопии. Критериями включения являлись наличие анатомически подтверждённого удлинения сигмовидной кишки (более 45 см), клиническая картина декомпенсированного копростазы с явлениями частичной кишечной непроходимости и отсутствие органической патологии. Возраст пациентов варьировал от 32 до 71 года, средний возраст составил $53,4 \pm 11,8$ года. Мужчин было 26 (44,8%), женщин – 32 (55,2%). Пациенты распределены на две группы. В первую группу (основная) вошли 31 пациент, которым выполнена левосторонняя гемиколэктомия с формированием колоректального анастомоза по типу «конец в конец» или «бок в конец». Во вторую группу (группа сравнения) вошли 27 пациентов, которым произведена резекция сигмовидной кишки также с формированием первичного анастомоза. Выбор объёма вмешательства определялся результатами лучевых исследований и степенью анатомического удлинения. Все операции выполнялись в плановом порядке после предоперационной подготовки. Продолжительность предоперационной подготовки составила в среднем $4,2 \pm 1,3$ дня. Оценивались следующие параметры:

продолжительность операции (мин), объём интраоперационной кровопотери (мл), сроки восстановления самостоятельного стула (сутки), длительность стационарного лечения после операции (дни), частота послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo (I-V степени), частота рецидива копростазов и запоров в отдалённом периоде (наблюдение 6–10 месяцев). Статистическая обработка проведена с использованием критерия Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни и точного критерия Фишера; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу и длительности заболевания. Средняя длина удалённого фрагмента кишки в первой группе (левосторонняя гемиколэктомия) составила $68,4 \pm 12,7$ см, во второй группе (резекция сигмовидной кишки) – $34,2 \pm 8,5$ см ($p < 0,001$). Продолжительность операции в основной группе оказалась несколько больше, чем в группе сравнения: $142,5 \pm 22,3$ минуты против $118,6 \pm 18,7$ минуты ($p < 0,05$). Объём интраоперационной кровопотери также был выше при левосторонней гемиколэктомии и составил 184 ± 42 мл против 112 ± 31 мл в группе резекции сигмовидной кишки ($p < 0,01$). Восстановление самостоятельного стула после операции наступило в первой группе на $4,8 \pm 1,2$ суток, во второй – на $5,4 \pm 1,5$ суток, однако различие не достигло статистической значимости ($p > 0,05$). Длительность послеоперационного стационарного лечения в группе левосторонней гемиколэктомии составила $12,3 \pm 2,8$ дня, в группе резекции сигмовидной кишки – $11,6 \pm 2,5$ дня ($p > 0,05$). Общая частота послеоперационных осложнений (Clavien-Dindo I-IIIa) в основной группе была ниже, однако различие не было статистически значимым: $9,7\%$ (3 из 31) против $18,5\%$ (5 из 27). При этом в группе резекции сигмовидной кишки чаще наблюдались несостоятельность анастомоза (у 1 пациента, $3,7\%$; в основной группе таких случаев не было), ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость (у 2 пациентов, $7,4\%$; в основной группе – у 1, $3,2\%$) и замедленное заживление послеоперационной раны (у 2 пациентов, $7,4\%$; в основной группе – у 2, $6,5\%$). При наблюдении в течение 6–10 месяцев рецидив копростазов и клинически значимых запоров (отсутствие самостоятельного стула более 72 часов, потребность в регулярном приёме слабительных или очистительных клизмах) отмечен у 3 пациентов ($9,7\%$) после левосторонней гемиколэктомии и у 9 пациентов ($33,3\%$) после резекции сигмовидной кишки ($p < 0,05$).

Выводы. Левосторонняя гемиколэктомия у пациентов с долихосигмой, осложнённой декомпенсированным копростазом, хотя и сопровождается несколько большей продолжительностью операции и объёмом кровопотери по сравнению с резекцией сигмовидной кишки, обеспечивает достоверно лучшие отдалённые Результаты исследования Частота рецидива копростазов и запоров после гемиколэктомии составляет $9,7\%$, что в три с лишним раза ниже, чем после ограниченной резекции сигмовидной кишки ($33,3\%$). Качество жизни пациентов через 6 и 12 месяцев после левосторонней гемиколэктомии значимо выше, особенно по шкалам, отражающим физическое здоровье. При выборе объёма операции у данной категории больных следует отдавать предпочтение более радикальному вмешательству с удалением функционально неполноценных отделов толстой кишки, что снижает риск повторных хирургических вмешательств и улучшает долгосрочный прогноз.

Холбоев С.А., Мансуров Х.Н., Исов И.Ч., Халтачев Р.Н.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова и ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов этапного лечения больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 31 больного острым холециститом, находившегося на лечении в ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни

Сино» за период с 2015 по 2024 г. Средний возраст больных составил $63,4 \pm 4,3$ года. Среди больных было 23 женщины (74,2%) и 8 (25,8%) мужчин. У 16 (51,6%) больных холедохолитиаз сопровождался билиарной гипертензией и механической желтухой различной степени тяжести. В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на две группы. Основную группу составили 12 (38,7%) пациентов, которым на первом этапе выполняли микрохолецистостомию. В группу сравнения были включены 19 (61,2%) пациентов. В этой группе на первом этапе производили ретроградную эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией и/или назобилиарное дренирование. Лечебно-диагностический алгоритм включал клинико-лабораторные данные. В качестве основных методов диагностики использованы УЗИ, эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). По показаниям в комплексное обследование больных были включены эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), холецистохолангиография, магнитно-резонансная холангиография (МРХГ).

Результаты исследования. В клинике ТГМУ имени Абуали ибни Сино при лечении больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, используют этапную тактику лечения в двух вариантах. Из 31 больного острым холециститом у 70 (34,8%) больных основной группы при нарастании клинических и инструментальных признаков острого холецистита на фоне консервативного лечения была произведена срочная декомпрессия желчного пузыря в объеме чрескожной микрохолецистостомии. Диагностированный при фистулохолецистохолангиографии холедохолитиаз в основной группе больных явился показанием к выполнению второго этапа — эндоскопической папиллосфинктеротомии с холедохолитоэкстракцией. При анализе результатов оперативного лечения также выявлены преимущества предварительной антеградной декомпрессии желчного пузыря. Вовремя холецистэктомии отмечено, что у больных с предварительно наложенной микрохолецистостомой воспалительные изменения в зоне желчного пузыря и области гепатодуоденальной связки были минимальными, тогда как более чем у половины больных после первичного ретроградного вмешательства в области операции сохранялись выраженные воспалительные изменения — отек, инфильтрация, повышенная кровоточивость тканей, что в значительной степени усложняло и удлиняло оперативное вмешательство.

Вывод. Таким образом, результаты нашего исследования доказывают, что предварительная декомпрессия желчного пузыря на первом этапе лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, позволяет быстрее купировать воспалительный процесс в желчном пузыре, разрешить обтурационную желтуху и явления холангита. Радикальная холецистэктомия выполняется лапароскопическим методом и протекает без осложнений.

Холбоев С.А., Мансуров Х.Н., Халтачев Р.Н., Исаев И.Ч.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова и ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и результатов хирургического лечения эхинококковых кист, поддиафрагмальной локализации.

Материал и методы. Объектом исследования стали 61 пациент оперированные в ЛДЦ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с эхинококковыми кистами, расположенными в поддиафрагмальной локализации. Среди них - 31 женщина (50,8%) и 30 мужчин (49,2%) в возрасте от 17 до 70 лет. Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 5 лет. Одиночные кисты выявлены у 50 больных (81,9%), множественные – у 11 (18,1%). Диагностика проводилась с использованием клинических методов, ультразвукового исследования, рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Результаты исследования. Все пациенты после комплексного обследования и предоперационной подготовки были подвергнуты хирургическому лечению. Выбор оперативного доступа определялся анатомическим расположением кист, установленным преимущественно по данным ультразвукового исследования. Торакоабдоминальный доступ применялся у 13 (21,4%) пациентов с крупными кистами, локализованными на диафрагмальной поверхности печени и достигающими уровня III–IV ребер, а также при наличии 2–3 кист в других сегментах. Данный метод считается высокотравматичным и использовался строго по показаниям. Правосторонний подреберный косой доступ по Федорову или Кохеру с рассечением печеночных связок был использован у 48 пациентов (78,6%). Он применялся при толщине паренхимы над кистой более 1,5 см и сохраненной подвижности диафрагмы. Этот метод характеризовался минимальной травматичностью и отсутствием осложнений, связанных непосредственно с доступом. Выбор метода санации остаточной полости и устранения свищей определялся индивидуально, с учетом размеров кисты. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 пациентов. Правосторонний плеврит диагностирован у 2 больных и был успешно купирован пункцией в двух случаях. У 1 пациента развилась пневмония. Нагноение операционной раны наблюдалось у одного пациента, еще у одного выявлена инфицированная остаточная полость. В последнем случае, после двукратной пункции и промывания без эффекта, было выполнено дренирование, что привело к клиническому улучшению. Пациент с дренажем был выписан с рекомендацией контрольного осмотра через месяц, однако явился только через два месяца; состояние его расценено как удовлетворительное.

Выводы. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации показал необходимость индивидуального подхода к выбору оперативного доступа с учетом топографо-анатомических особенностей расположения кист, состояния диафрагмы и толщины печеночной паренхимы. Применение наименее травматичных методов и строгое соблюдение всех этапов операции позволяют значительно снизить частоту послеоперационных осложнений.

Холбоев С.А., Хакимов М.Х., Чураева Н.Х., Салихов А.С.

ПЛАСТИКА ЛИХТЕНШТЕЙНА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора
М.К. Каримова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения паховых грыж у пациентов с прямыми, большими косыми и рецидивными грыжами.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 150 пациентов с паховыми грыжами. Все прооперированные — мужчины. Возраст больных составлял от 26 до 76 лет. Согласно классификации, Lloyd M. Nyhus (1995): прямые грыжи (тип IIIa) имелись у 51 (34,0%) пациента; большие косые грыжи (тип IIIb) — у 34 (22,7%); рецидивные грыжи (тип IV) диагностированы у 25 (16,7%) больных. При обследовании у 73 (48,6%) пациентов имелись различные сопутствующие патологии: гипертоническая болезнь — у 22 (14,6%), ишемическая болезнь сердца — у 13 (8,7%), сахарный диабет — у 8 (5,3%), бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз — у 3 (2%), варикозное расширение вен нижних конечностей — у 6 (4%), перенесенное в анамнезе ОНМК — у 3 (2%). Из 25 больных с рецидивными грыжами в 5 случаях имелся второй, в 3 — третий рецидив, в 17 случаях имелся рецидив грыжи после проведения операции грыжесечения с применением полипропиленовой сетки и без применения сетки в других лечебных учреждениях.

Результаты исследования. При выполнении операции с целью обезболивания у 74 (49,3%) больных применялась местная инфильтративная анестезия, перидуральное обезболивание использовано в 60 (40,0%) случаях, общий наркоз имел место у 16 (10,7%) больных. Во время операции особое значение придавали минимальному травмированию тканей и гемостазу. Послеоперационные осложнения: в 16 (10,6%) случаях наблюдался незначительный отек мошонки, который полностью проходил в течение 10 суток после

операции. Возникновение данного осложнения связываем со сдавлением семенного канатика в отверстии, создаваемом в сетчатом имплантате; у 6 (4%) больных, оперированных по поводу рецидивных грыж, в послеоперационный период и в период контрольных осмотров в зоне операции имелись участки нарушения чувствительности, что связываем с травмой нервных стволов при рассечении рубцовых тканей. Консервативное лечение после операции включало антибактериальную терапию, обезболивание, профилактику тромбоэмболических осложнений. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты изучены путем телефонного опроса в период до 3 лет после операции у 82 (54,6%) больных. Рецидивов грыжи не отмечено. Самочувствие пациентов хорошее.

Выводы. Таким образом, грыжесечение по методике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки является операцией выбора у пациентов с прямыми (тип IIIa), большими косыми (тип IIIb) и рецидивными грыжами (тип IV). Строгое соблюдение операционной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяют избежать развития осложнений на различных этапах лечения.

Холмадов Ш.Н^{1,2}., Исмаилова З.Э²., Хасанов М.Т²., Джуразода М.А².
ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМЫ.

1. Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.
2. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Провести анализ течения внутричерепных инфекционных осложнений у больных с сочетанной ЧМТ и определить риск её формирования.

Материал и методы. Наше исследование проведено в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ «имени Абуали ибни Сино» в период с 2021 по 2024 г. К критериям включения в работу относились: поступление в национальный медицинский центр в первые 72 ч с момента ЧМТ; возраст 18—75 лет; длительность пребывания в ОРИТ более 48 часов. В исследование вошли 124 пациента с ЧМТ, 80 из них — мужчины. Средний возраст составил $33,01 \pm 14,35$ года. В работе были использованы – КТ, МРТ, нейроофтальмоскопия, рентгенография черепа.

Результаты исследования. Острый период сочетанной ЧМТ характеризуется высокой частотой интракраниальных инфекционных осложнений — 16% наблюдений. Ведущим инфекционным осложнением является менингит (18,7%). Выявлена достоверная корреляция между частотой развития инфекции и выраженностью интракраниальных повреждений по МРТ-классификации А.А. Потапова и Н.Е. Захаровой ($p=0,004$). Чаще всего инфекционные осложнения наблюдались у пациентов с интракраниальными повреждениями, характеризующимися как 4—8 категория.

Выводы. Сочетанная ЧМТ отличается высокой частотой инфекционных осложнений. В проведенном исследовании они были выявлены в 18,6% наблюдений. Инфекционные осложнения у больных в остром периоде ЧМТ более чем в 2 раза увеличивают длительность ИВЛ, сроки пребывания в ОРИТ и в стационаре.

Худойбердиев У.А., Сараев А.Р., Мухсини С, Хамидов Ф.
ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С
ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
Кафедра хирургических болезней №1 им. акад. Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить прогностические факторы риска неблагоприятного исхода у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное когортное исследование 80 больных с гастродуоденальными язвами (ГДЯ), осложнившихся язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), госпитализированных в ГУ ЦСМП г. Душанбе с октября 2021 по сентябрь 2025 года. 58 пациентов были мужчин и 22 женщин; средний возраст $56,6 \pm 14,4$ года. В исследование включены пациенты с наличием гастродуоденальных язв при эндоскопическом исследовании с фактом кровотечения из язв, сопровождающиеся такими симптомами, как черный стул, рвота с кровью и/или анемия. В исследовании были включены как язвы желудка, так и язвы двенадцатиперстной кишки, поскольку лечение этих заболеваний схоже и включает подавление желудочной кислоты, эндоскопический гемостаз и эрадикацию *Helicobacter pylori*. Эндоскопический гемостаз обычно проводился при ЯГДК F1 или F1a по классификации Форреста. Больные были разделены на 2 группы: основная группа – 32 пациентов в возрасте ≥ 65 лет (пожилой возраст) и контрольная группа – 48 пациентов в возрасте < 65 лет (молодой и средний возраст). Оценивались следующие эндоскопические признаки: локализация язвы (дно, тело желудка, угол желудка, антральная зона, передняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки, задняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки и вторая часть двенадцатиперстной кишки), тип кровотечения по классификации Форреста, размеры и количество язв. Оценивались симптомы, включавшие черный стул, обморок и рвоту с кровью. В ходе исследования было задокументировано применение лекарственных препаратов до кровотечения, включая антикоагулянты, антиагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), ингибиторы протонной помпы (ИПП) и H₂-блокаторы. Неблагоприятными исходами считались общая летальность, рецидив кровотечения, продолжительность госпитализации и необходимость переливания крови.

Результаты исследования. Оценены клинические параметры всех пациентов. Сравнение в основной и контрольной группах дали следующие результаты: язва в теле желудка [48% (15/32) против 33,3% (16/48), $p=0,001$], язва > 20 мм (31,3% (10/32) против 22,9% (11/48), $p=0,02$), сопутствующие заболевания - сердечно-сосудистые [34,4% (11/32) против 20,8% (10/48), $p < 0,001$], заболевания легких [12,5% (4/32) против 8,3% (4/48), $p=0,04$], симптомы рвоты с кровью (34,4% (11/32) против 22,9% (11/48), $p=0,003$) и применение антиагрегантов (37,5% (12/32) против 18,8% (9/48), $p < 0,001$). Язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки [15,6% (5/32) против 25% (12/48), $p=0,002$], ЯГДК по классификации Форреста IIa (28,1% (9/32) против 37,5% (18/48), $p=0,02$) и наличие в анамнезе гастродуоденальных язв [15,6% (5/32) против 27,1% (13/48), $p=0,002$] реже наблюдались у пациентов ≥ 65 лет.

Общая летальность (6,3% (2/32) против 4,2% (2/48), $p=0,04$), необходимость переливания крови (65,6% (21/32) против 50% (24/48), $p<0,001$) чаще наблюдались у пациентов ≥ 65 лет, чем у пациентов < 65 лет. Кроме того, у пациентов в возрасте ≥ 65 лет наблюдался значительно более длительный период госпитализации ($23,1 \pm 28,2$ дня против $16,0 \pm 29,3$ дня, $p=0,005$).

Также многофакторный анализ показал, что возраст (≥ 65 лет) (ОШ 2,24; 95% ДИ 1,06–4,73) и заболевание почек (ОШ 3,43; 95% ДИ 1,44–8,14) а также приём ингибиторов протонной помпы до кровотечения (ОШ 3,36; 95% ДИ 1,19–9,44) были определены как независимые факторы риска неблагоприятного исхода. Независимыми и значимыми факторами риска общей летальности для пациентов старше 65 лет были: индекс Форреста IIb (ОШ 4,26; 95% ДИ 1,17–15,5) и локализация язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (ОШ 5,14; 95% ДИ 1,18–22,5).

Выводы. Пожилой возраст является сильным предиктором неблагоприятных исходов у пациентов с ГДЯ, а дополнительные факторы риска неблагоприятных исходов различались между пациентами с ГДЯ в целом и пожилыми пациентами в частности. Наличие сопутствующих заболеваний (в частности заболевания сердечно-сосудистой системы) было фактором риска неблагоприятного исхода у пациентов. У пожилых пациентов локализация язв была связана с исходами. Кроме того, применение ингибиторов протонной помпы (ИПП)

до кровотечения было значимым предиктором неблагоприятного исхода у пациентов в целом, и у пожилых пациентов в частности. Хотя применение ИПП обычно и рекомендуется для профилактики развития язв, такая политика может нуждаться в пересмотре.

Шарифзода С.А. Назаров Ш.Қ.

ТАРЗИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ ЗАХМҲОИ БАЪДИЧАРРОҲӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ҲОЛАТИ КОМОРБИДИ БО ИСТИФОДАИ ФРАКСИЯҲОИ ПЛАЗМА

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистан

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани усули табобати захмҳои сироятшудаи баъдичарроҳии девораи пеши шикам ва омӯзиши таъсири мавзёии PRP-терапия дар якҷоягӣ бо маҳлули сульфати магний.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар асоси таҳлили нишондиҳандаҳои клиникӣ ва лаборатории 52 бемори гирифтори оризаҳои захмҳои баъдичарроҳии девораи пеши шикам гузаронида шуд, ки дар шуъбаҳои ҷарроҳии МД МШЁТТ шаҳри Душанбе дар солҳои 2022–2025 табобат гирифтаанд. Таҳқиқот дар заминаи базаи клиникии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” анҷом дода шудааст. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи санҷишӣ – 21 (40,3%) бемор, ки танҳо табобати стандартиро қабул намуданд ва гурӯҳи асосӣ – 31 (59,7%) бемор, ки дар баробари табобати стандартӣ PRP-терапияи мавзёӣ дар якҷоягӣ бо маҳлули сульфати магний гирифтанд. Синну соли беморон аз 19 то 78 солро ташкил дода, аз онҳо 33 нафар мард ва 19 нафар зан буданд. Компоненти асосии маводи истифодашаванда плазмаи аутологӣ (80%) буда, қисми иловагиро маҳлули сульфати магний (20%) ташкил меод.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Муайян гардид, ки истифодаи PRP-терапия дар якҷоягӣ бо маҳлули сульфати магний ба тезонидани равандҳои барқароршавии бофтаҳо мусоидат менамояд. Омилҳои афзоиши таркиби плазма (PDGF, TGF- β , VEGF) равандҳои пролифератсия ва ангиогенезро фаъл намуда, эпителизатсияи захмро метезонанд. Сульфати магний бо таъсири осмотикӣ ва вазодилататсионии худ ба коҳиши варам ва беҳтаршавии микроциркулятсия мусоидат кард. Дар гурӯҳи асосӣ гиперемия ва нишонаҳои илтиҳобӣ нисбат ба гурӯҳи санҷишӣ зудтар коҳиш ёфта, эпителизатсияи канорҳои захм аз рӯзи 5-уми табобат оғоз гардид. Инчунин пастшавии синдроми дард, муътадил гардидани ҳарорати бадан, нестшавии некроз ва хурдшавии андозаи захм мушоҳида карда шуд.

Хулоса. Истифодаи PRP-терапия дар якҷоягӣ бо маҳлули сульфати магний усули самараноки муолиҷаи захмҳои сироятшудаи баъдичарроҳии девораи пеши шикам ба ҳисоб меравад. Ин усул ба тезонидани шифоёбии ҷароҳатҳо, коҳиши равандҳои илтиҳобӣ, беҳтар гардидани ҳолати умумии беморон ва кӯтоҳ шудани муҳлати табобат мусоидат менамояд. Таҳқиқоти мазкур дурнамои васеи истифодаи фраксияҳои плазмаи хунро дар тибби муосири барқарорсозӣ нишон медиҳад.

Хусайнов Э.С., Сангинов А.Р., Хусайнов С.Д., Хамроев К.Б.

ОСЛОЖНЁННЫЕ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Таджикистан.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с травмами шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Работа основана на анализе историй болезни 49 пациентов, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии №2 ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» с 2023 по 2025 годы. Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет. Мужчин было 30 (61%), женщин 19 (39%).

Результаты исследования. Основными механизмами травмы больных с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга были: компрессионный 23 (47%), дистракционный 15 (30%), ротационный 11 (23%). Среди пострадавших с травмами шейного отдела позвоночника у 9 (18,3%) установлен диагноз - ушиб шейного отдела спинного мозга лёгкой степени, средней степени тяжести - у 13 (26,5%), тяжёлой степени - у 23(47%) больных. В 17 (34,6%) случаях наблюдалась сочетанная травма позвоночника и спинного мозга. Сдавление спинного мозга происходило за счёт частичного или полного вывиха позвонков - 31 (63,2%), компрессионных осколков тела позвонков - 9(18,4%), травматической грыжи диска – 3 (6%), за счёт компрессии дужек 6 (3%). Как видно из приведённых данных, в основном, происходило вентральное сдавление спинного мозга - 43(88%). Оценка неврологического статуса проводилась по шкале ASIA. Больные группы А составили 21 (42,8%), группы В – 6 (12%), группы С-13 (26,5%), группы D – 9 (18,4%).

Больным проводилось комплексное лечение. При вентральном сдавлении спинного мозга за счёт частичного вывиха позвонков, сдавление устранялось путём скелетного вытяжения за теменные бугры, установление груза в соответствии уровня вывиха позвонка - в 19(38,8%) случаях. В 9 (18,4%) случаях сдавление спинного мозга фрагментами тела позвонков устранено вентральным доступом – корпэктомия, замещение тела позвонка имплантом с фиксацией позвоночника пластинами. У 7 (14,2%) больных в связи с вентральным и дорсальным сдавлением спинного мозга одномоментно проведена задняя декомпрессия – ламинэктомия, с последующим положением больного на спине, корпэктомия, замещение имплантом с фиксацией позвоночника пластинами. Хорошее восстановление неврологического статуса наблюдалось у 15 (30,6%), умеренная неврологическая недостаточность у 7 (14,2%), грубая неврологическая недостаточность (группа А) у 18 (36,6%) пострадавших. Послеоперационные осложнения отмечены в 2 (4%) случаях в виде нагноения послеоперационной раны. Летальность составила 18,4%, вследствие восходящего отёка спинного мозга, все больные имели выраженный неврологический дефицит – группа А, большинство из них были доставлены из дальних районов в крайне тяжёлом состоянии.

Выводы.Основной причиной летальных исходов в сроки до 7 суток после травмы является нарастающий восходящий отёк спинного мозга. Своевременно оказанная хирургическая помощь пострадавшим с травмой позвоночника и спинного мозга и проведение раннего восстановительного лечения позволяют улучшить результаты лечения и снизить летальность.

Чалолова М.Н., Мехрангези М., Баротов В.А.

УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОӢ ДАР СКЛЕРОЗИ ПАҲНШУДА

Кафедраи рентгенология ва радиологияи
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Ташхиси барвақт ва оғози саривақтии муолиҷаи склерози паҳншуда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ташхиси барвақтии склерози паҳншуда тавассути тақвияти контрастии ин захмҳо мешавад, ки як моҳ пас аз пайдоиши онҳо боқӣ мемонад, ва он як аломати хоси дигари склерози паҳншуда ба шумор меравад.

Натиҷаи таҳқиқот. Афзалияти муқоиса дар раванди ташхиси склерози гуногун бо се хусусият нисбат ба усули муқаррарии таҳқиқот вобаста аст: 1.Афзоиши шумораи манбаҳои фаъоли демиелинизатсия; 2.Манбаъҳо дар моддаи хокистарии зери кортикалӣ пайдо мешаванд, ки дар он ҷо онҳо одатан дар тасвирҳои стандартии вазндори T2 намоён нестанд; 3. Эҳтимолияти ошкор кардани захмҳои ноҳада гирифташуда дар тасвирҳои вазндори T2 меафзояд. Склерози паҳншуда дар речаи T1 захмҳои гипointензиро дар сохторҳои гуногуни мағзи сарро ошкор мекунад. Онҳо аксаран вақт онҳо дар наздикии шохҳои меъдаҷаҳои канорӣ, дар қисми пинашакл, дар

пой мағзи миена, дар майнаҷаю пулҷа ҷойгир шудаанд. Дар тасвирҳои T1-и тарозушуда, манбаҳои демиелинизатсия аз моддаи сафед ториктар ба назар мерасанд, ки ба "сӯрохиҳои тира" монанд аст. Ин манбаҳои музмин аз даст додани аксонҳоро тавсиф намояд. Дар аксҳои T2 манбаҳои хоси демиелинизатсия дар ҳама мушоҳидаҳо дар шакли очаҳои шиддати баланд муайян карда мешаванд, аммо дар ин ҳолат манбаҳои хурд намоёнанд, ки дар тасвирҳои вазни T1 муайян карда намешаванд. Усули таҳқиқоти МР бо контраст бештар иттилоот медиҳад. Дар ин ҳолат, маълумоти МР-и таҳқиқот обективӣ аст, яъне дар арзёбии ҳаҷми манбаъ, инчунин пайдоиши ҳалқаи сафед, ки дар ба шиддат гирифтани раванд далолат менамояд. Назорати МР дар динамика имкон медиҳад, ки фаъолияти беморию дар робита бо тасвири гуногунранги мушоҳидашуда арзёбӣ кунад: баъзе пулакчаҳо нопадид мешаванд, баъзеи дигар пайдо мешаванд, андозаи минтақаҳои зарардида ҳамзамон зиёд ва кам мешаванд. Ғайр аз ин, ворид кардани моддаҳои контрастӣ имкон медиҳад, ки аломати ҷолиби патогномониро ошкор кунад. Он одатан дар шакли фокусҳои перивентрикулярӣ муайян карда мешавад, ки ба самти радиалӣ аз меъдаҷаҳо ба кишри мағзи сар равона карда мешаванд. Лавҳаҳои ҷудогона дар пояи мағзи сар ва мағзи сар ҷойгир буданд. Лавҳаҳо аз ҷиҳати шакл гуногун буданд. Заҳмҳои калонтар номунтазам, асосан аз ҷиҳати сохтор гетерогенӣ буданд ва канорҳои дандонадор ва норавшан доштанд. Баръакс, заҳмҳои хурдтар мудаввар, бо тарҳи равшан ва сохтори якхела буданд. Андозаи ҳадди аксар заҳм 20.0 x 18.7 мм, ҳадди ақал 2.88 x 1.21 мм аст. Қобили зикр аст, ки аксари заҳмҳо дар ҷисми пинакшакл ҷойгир шудаанд. Дар таҳлили магнитӣ-резонансӣ мавҷудияти манбаҳои сершумор ба таври дар аввали беморӣ нишон медиҳад, ки раванди патологӣ муддати тулонӣ субклиникӣ инкишоф ёфтааст. Муайян карда шудааст, ки зуҳуроти клиникӣ беморӣ аксаран бо пайдоиши заҳмҳо дар пояи мағзи сар ва ҳароммағз ба амал меоянд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, таҳлили магнитӣ-резонансӣ бо истифода аз моддаҳои контрастӣ, ки дорои хосиятҳои парамагнитӣ мебошанд, бо иттилооти баланд тавсиф меёбад ва дар аксари ҳолатҳо аломатҳои хоси склерози паҳншударо ошкор мекунад, ки дар навбати худ имкон медиҳад, ки фаъолияти раванди патологӣ муайян карда шавад ва склерози паҳншударо дар марҳалаҳои аввали рушди беморӣ таҳлил карда шавад.

Юлдошев Р.З., Хусейнзода З.Х., Абдулло Х.Б., Туйчиев Н.Т.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ

Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов лучевой и эндоскопической диагностики, а также проанализировать результаты хирургического и комбинированного лечения больных с первичными злокачественными новообразованиями двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов обследования и лечения 24 больных с верифицированными ПЗНДК, находившихся на лечении в Республиканском научном центре онкологии. Среди пациентов мужчин было — 13 (54,2%), женщин — 11 (45,8%). Средний возраст больных составил 58,4 ± 6,2 года. В комплекс диагностических мероприятий входили: эзофагогастродуоденальная скопия (ЭГДС) с биопсией, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты исследования. По гистологической структуре в исследуемой группе абсолютно превалировала аденокарцинома — 18 (75,0%) случаев. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) верифицированы у 3 (12,5%) пациентов, гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST) — у 2 (8,3%), и в 1 (4,2%) случае диагностирована лейомиосаркома.

По локализации процесса опухоли распределились следующим образом:

- Верхняя горизонтальная часть (D1) — 2 (8,3%) пациента.
- Нисходящая часть (D2, включая периапулярную зону) — 16 (66,7%) пациентов.
- Нижняя горизонтальная и восходящая части (D3-D4) — 6 (25,0%) пациентов.

МСКТ с контрастированием продемонстрировала высокую диагностическую точность в оценке местной распространенности опухоли, степени инвазии в окружающие структуры и крупные магистральные сосуды, составив 91,6%.

Стратегия лечения носила дифференцированный характер в зависимости от стадии и резектабельности процесса:

1. Радикальное хирургическое лечение выполнено у 15 (62,5%) пациентов. При локализации опухоли в нисходящей части (D2) основным объемом вмешательства послужила гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) — выполнена в 11 случаях. При поражении нижнего горизонтального и восходящего отделов (D3-D4) выполнялась циркулярная сегментарная резекция двенадцатиперстной кишки с формированием дуоденодуодено- или дуоденоюноанастомоза — в 4 случаях.
2. Паллиативные вмешательства выполнены у 9 (37,5%) пациентов в связи с местнораспространенным или генерализованным процессом. Из них в 5 случаях сформирован обходной гастроэнтероанастомоз, в 4 случаях выполнено эндоскопическое стентирование двенадцатиперстной кишки или желчных протоков для разрешения явлений дуоденальной непроходимости и механической желтухи.
3. Адьювантная химиотерапия (схемы на основе фторурацил и оксалиплатина) проведена 10 пациентам с аденокарциномой, имевшим регионарные метастазы (N+) или высокую степень инвазии стенки кишки (T3-T4).

Послеоперационные осложнения в группе радикального лечения зафиксированы у 4 (26,6%) больных, среди которых преобладали гастростаз, и панкреатическая фистула класса А/В. Послеоперационная летальность составила 6,6% (умер 1 пациент из-за деструктивного панкреатита и аррозивного кровотечения).

Выводы.

1. Своевременное использование комбинации ЭГДС с мультифокальной биопсией и МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием позволяет с точностью до 90% и более верифицировать первичные опухоли двенадцатиперстной кишки и корректно определить их резектабельность.
2. Единственным радикальным методом лечения ПЗНДК остается хирургический. Выбор объема операции (ГПДР или сегментарная резекция) строго диктуется анатомической локализацией опухоли по отношению к большому дуоденальному сосочку.
3. Использование мультимодального подхода, сочетающего своевременную радикальную хирургию с современными схемами адьювантной химиотерапии, позволяет рассчитывать на улучшение долгосрочного прогноза у данной тяжелой категории онкологических больных.

Bobdzhonova O.B., Sherbadalova A.A., Nurova N.R

THE ROLE OF INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISEASES IN THE DEVELOPMENT OF MISSED ABORTION

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Tajikistan.

Objective. To investigate the influence of vaginal and cervical canal infections on the development of missed abortion in the first trimester of pregnancy.

Material and methods. The study was conducted at the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2. A total of 32 patients diagnosed with missed abortion during 2023–2024 were

examined. Microscopic, bacteriological, PCR, and ELISA diagnostic methods were used to assess the microbiocenosis of the vagina and cervical canal.

Results: Most of the examined women were aged 24–34 years (53.1%). In all cases, pregnancy stopped developing before 11 weeks of gestation. Among the concomitant pathologies, the most common were inflammatory diseases of the pelvic organs (40.6%), sexually transmitted infections (25.0%), endocrine disorders (18.7%), and infertility (12.5%). Among gynecological diseases, inflammatory diseases of the cervix, chronic adnexitis, and functional ovarian cysts predominated. Examination of the vaginal microflora revealed normocenosis only in 18.7% of patients. Bacterial vaginosis was diagnosed in 28.1% of women, while specific and nonspecific vulvovaginitis was detected in 46.8%. Candidal vulvovaginitis was the most common condition observed. Among urogenital infections, ureaplasma infection (31.2%) and chlamydial infection (21.8%) were identified most frequently. Mixed infections were observed in a significant proportion of patients. It was also established that more than half of the women (56.2%) had not been registered for antenatal care during early pregnancy and had not undergone timely screening for urogenital infections.

Conclusions: The obtained results indicate a significant role of infectious and inflammatory diseases of the reproductive tract in the development of missed abortion. Bacterial vaginosis, vulvovaginitis, and urogenital infections were identified most frequently, confirming the necessity of early screening and timely treatment of infectious pathology in pregnant women.

Jononov S.J., Aminov J., Mallaev A.T., Solehzoda N.T.

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL ELIMINATION OF DUPUYTREN'S CONTRACTURE

Department of Surgical Diseases № 2 named after Academician N.U. Usmanov,
Avicenna Tajik State Medical University
Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Dushanbe, Tajikistan

Objective. To evaluate contemporary surgical approaches for the treatment of Dupuytren's contracture and to assess their effectiveness in restoring hand function.

Materials and Methods. A retrospective clinical analysis was conducted at the Department of Reconstructive and Plastic Microsurgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery in Dushanbe. Between 2020 and 2025, minimally invasive needle aponeurotomy for the treatment of Dupuytren's contracture of the hand was performed in 30 patients in an outpatient setting. The study population consisted predominantly of male patients ($n = 20$, 70%), while female patients accounted for 10 cases (30%). The age of the participants ranged from 42 to 67 years. All patients sought medical attention between 5 and 15 years after the initial manifestation of symptoms associated with Dupuytren's contracture. Clinical history revealed that in the majority of cases the disease initially presented with the formation of dense subcutaneous nodules on the palmar surface of the hand. As the pathological process progressed, fibrous cords developed, resulting in progressive flexion contractures of the fingers. The metacarpophalangeal and proximal interphalangeal joints were most commonly involved. Patients reported progressive difficulty in finger extension, reduced grip strength, and impairment of daily and occupational activities.

The procedure was performed under local anesthesia following standard antiseptic preparation of the operative field. After adequate anesthesia was achieved, several small skin punctures were made using a needle inserted into the fibrotic cords of the palmar aponeurosis. Controlled transverse movements of the needle allowed percutaneous division of the pathological fibrous bands. This technique resulted in mechanical release of the contracted cords and restoration of finger extension. Upon completion of the procedure, the operative area was re-treated with antiseptic solution and covered with a sterile dressing. Early postoperative rehabilitation included both passive and active mobilization of the fingers and hand beginning on the first postoperative day.

Results and Discussion. The pathogenetic basis of Dupuytren's contracture is palmar fibromatosis, characterized by fibroblast proliferation and increased synthesis of type III collagen

within the palmar fascia. This pathological process leads to the formation of dense fibrous nodules and cords that progressively cause flexion deformities of the fingers, most frequently affecting the fourth and fifth digits. Clinically, the disease demonstrates a gradual and progressive course. In its early stages, patients typically present with palpable subcutaneous nodules on the palmar surface of the hand. Over time, fibrotic cords develop, resulting in progressive limitation of finger extension at the metacarpophalangeal and proximal interphalangeal joints. Surgical intervention remains the primary treatment modality for advanced stages of the disease. Indications for operative treatment generally include a metacarpophalangeal joint flexion contracture exceeding 30° or a functionally significant limitation of finger extension that interferes with normal hand function. The application of percutaneous needle aponeurotomy in our series demonstrated favorable clinical outcomes, with effective correction of contractures and restoration of hand function in the majority of patients. The technique is associated with minimal tissue trauma, the possibility of outpatient implementation, rapid postoperative recovery, and a low risk of complications.

Conclusions. Percutaneous needle aponeurotomy represents an effective minimally invasive technique for the management of Dupuytren's contracture. The procedure offers significant advantages, including minimal surgical trauma, rapid recovery, and high clinical efficacy. These characteristics make it an attractive treatment option for appropriately selected patients with Dupuytren's contracture.

Khamroev B.M., Boymurodov O.S, Mukhabbatov J.Q., Gulov F.M.
STUDYING OF THE EFFECTIVENESS OF USING A COLLAGEN HEMOSTATIC
MEMBRANE IN THE SURGICAL TREATMENT OF EXTRASPINCTERIC FISTULAS
OF THE RECTUM

Department of General Surgery №1 named after Professor A.N. Kakhkhorov SEI «ATSMU»,
Tajikistan

Purpose of the study. Improving the results of surgical treatment of transsphincteric and extrasphincteric fistulas of the rectum.

Material and methods. This paper presents the results of examination and surgical treatment of 100 patients with extrasphincteric fistulas of the rectum, who were treated in the coloproctology department of the State Medical Center No. 2 named after Academician K. T. Tadzhiev, Dushanbe from 2020 to 2025. The present study included patients with cryptoglandular fistulas of the rectum and excluded patients with specific pararectal fistulas, that is, tuberculosis and actinomycosis, as well as fistulas formed as a result of osteomyelitis of the pelvic bones. The age of the patients ranged from 18 to 74 years and the average age was 46 years ± 1,5 years. Among the patients, males predominated, amounting to 64, and women - 36 cases in the study, that is, two times less, which is due to the anatomical and physiological features of the perineum in this case. categories of patients. Thus, in patients with anal fistula, a predominance of patients aged 41-59 years and older was revealed, which refers to working age.

Upon admission to the hospital, patients used standard examination methods. To diagnose anal fistula and identify clinical indicators of the functional state of the anal sphincter, clinical and laboratory studies (history of illness, complaints, examination, blood biochemistry, general blood test, general analysis of urine, stool, etc.) and instrumental studies (digital rectal examination, anoscopic examination, sigmoidoscopy) were carried out, dye tests, probe examination of the fistula tract, sphincterometric examination, ultrasound, fistulographic examination, anorectal manometry).

Research results. In our work, we carried out a comparative analysis of the surgical treatment of anal fistula we used: the ligature method, which was performed on 31 patients; a method using the movement of the mucosa according to Jad-Roble, Blinichev and Maslyak, to which 39 patients were exposed, and the method we proposed with the closure of the internal opening using a cologne hemostatic membrane, which was carried out in 30 patients with the extrasphincteric fistula of the rectum, who made up the main group. To compare treatment results,

70 patients who underwent traditional surgical treatment methods were included in the control group.

The method of closing the internal opening of the extrasphincteric fistula of the rectum using a collagen membrane to close the internal opening is that after excision of the fistula tract in the perineal wound to the wall of the rectum and treatment of the fistulous opening, tunnelization of the mucous membrane is carried out over the internal opening of the fistulous tract. A collagen membrane is applied under the flap of this mucous membrane in the area of the internal opening. At the final stage of the operation, the internal hole in the flap is closed with the application of a Z-shaped suture after refreshing the edges of the latter. Several silk sutures are used to fix the edges of the flap to the edge of the perianal skin wound.

Thus, when using traditional methods of surgical treatment of the extrasphincteric fistula of the rectum (methods of mucosal movement and ligation method), the recurrence rate of this type of fistula, according to the results of this study, is 11.4%, and for anal sphincter insufficiency - 22.9 cases. When using the fistula excision method using a collagen hemostatic membrane to close the internal opening, anal sphincter insufficiency was observed in 13.3%, and relapse in 6.7% of cases.

Considering the minimal trauma and low percentage of anal sphincter insufficiency and relapse compared to traditional methods, the developed method is indicated for the surgical treatment of extrasphincteric fistulas of the rectum.

Conclusions. The developed method of using a collagen hemostatic membrane to close the internal opening of the fistula, minimizing the number of relapses and insufficiency of the anal sphincter, is a promising method in the treatment of extrasphincteric fistulas of the rectum, which allows for widespread use in the field of coloproctology.

Zahir Nariman

CERVICAL STATUS IN WOMEN WITH MENSTRUAL DISORDERS AT DIFFERENT REPRODUCTIVE AGES

Department of Obstetrics and Gynecology №2 SEI «ATSMU»

Objective of the study: To assess the cervical condition in women of reproductive age suffering from menstrual disorders associated with endocrine pathology and to determine the frequency of inflammatory, benign, and precancerous cervical lesions.

Materials and Methods: A prospective comparative study was carried out among 85 women with menstrual dysfunctions. Group I included 45 women aged 18–34 years diagnosed with PCOS according to the Rotterdam criteria. Group II consisted of 40 women aged 35–49 years with abnormal uterine bleeding related to endocrine disorders. All patients underwent clinical and gynecological examination, colposcopy, Pap smear cytology according to the Bethesda classification, PCR-based HPV genotyping, and laboratory investigations. Statistical analysis was performed using SPSS 23.0 software with $p < 0.05$ considered statistically significant.

Results: Cervical pathology was identified in 81.1% of examined women. Chronic cervicitis was the most common pathology and was detected in 64.4% of women with PCOS and 77.5% of women with AUB. Cervical ectopia was diagnosed in 36.5% and 52.5% of patients respectively. Precancerous lesions were found in 16.4% of all examined patients. Cervical dysplasia was diagnosed in 11.1% of women with PCOS and in 22.5% of women with abnormal uterine bleeding. High-risk HPV types (16, 18, 31, and 33) were detected in 9.8% of cases, while the overall HPV prevalence reached 36.4%. The obtained results demonstrate that endocrine menstrual disorders are associated with a high prevalence of inflammatory and precancerous cervical lesions. Chronic hormonal imbalance, persistent HPV infection, obesity, and local immune dysfunction may contribute to cervical epithelial transformation and progression of dysplastic changes. Women with AUB showed more severe cervical pathology compared to younger women with PCOS.

Conclusion: Women with endocrine-related menstrual disorders represent a high-risk group for cervical pathology. Comprehensive cervical screening including colposcopy, cytology, and HPV testing should be performed before initiating long-term hormonal treatment. Early diagnosis and

timely management of cervical lesions may reduce the progression of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдуллозода З.Р., Ибрагимов Э.К., Махмадқулова Н.А., Солехов А.С. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ	4
Абдурахмонов У.Ж., Сайфиддинзода М.Б., Давлатова М.П. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОСТНОГО ВОЗРАСТА	4
Абдурахмонзода Л.А., Сафарзода А.М., Норзода М.М. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ «БЮДЖЕТНАЯ» РЕЗЕКЦИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	5
Абдурахмонов А. А., Курбонов С. Х., Абдулоев М. С., Исмоилова М.К. ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПЛАНИРОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	6
Азимов М.И., Файзалиев Н.Ф. УСУЛҲОИ ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ СОМАТИКӢ, КОҲИШӢБИИ ДАВОМНОКИИ БИСТАРӢ ВА САТҲИ МАӢЮБӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОСЕБИ ВАЗНИНИ МАҒЗИ САР	7
Акрами П.С. Акрамова Б.Г. Муродалиева Ш.М ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ..	7
Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Д. ОСОБЕННОСТИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	8
Ашуралиев Н.К. Достиев У.А. Хомидов Ф.М. Зокиров Р.А ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ MINOSA КАК МОДЕЛЬ МИКРОСОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	9
Баротов Х.Х., Набизода М.Х. ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	10
Баротов Х.Х., Набизода М.Х. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	11
Бахромов М.Б., Расулов Н.И., Шоев М.А., Нуриддинов А.М., ТОПОГРАФО АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЁХ ЛАПАРОПОРТОВ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ПАТОЛОГИЯМИ	12
Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А., Кодиров Д.И. УЛУЧШЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ЛИКВОРА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ	14
Бобожонов М. Н., Бердиев РН., Рахмонов Х.Дж. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	14
Боймуродов О.С., Хамроев Б.М., Кобилов И.И. РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	15
Ботиров Ф.И., Одинаева З.Б., Бобожонова З.М. АЛКОГОЛИЗАЦИЯ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ	16
ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ.....	16
Валдошова С.Ш., Олимова Ф.З. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ.....	17
Гиёсова П.Ф., Даминова Н.М., Хамроев Б.М. ПЛАЗМОТЕРАПИЯ ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВЛЯЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА	18
Гиёсова П.Ф., Даминова Н.М., Хамроев Б.М. СКЛЕРОТЕРАПИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ	19
Давлатзода Н.С. ^{1.} , Салимзода А.Х. ^{1,2.} , Давлатов М.В. ^{1,2.} , Исмоилов Н.Б. ^{2.} ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ЛЕЧЕНИЯ	

ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	21
Давлатов М.В ¹ ., Давлатзода Н.В ¹ , Рахмонзода Х.Дж. ² . ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.....	21
Давлатова Т.Р., Курбонов А.У., Махмадов С.Х. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЁГКОГО	23
Даминова Н.М., Гулов Ф.М., Умари А.Р., Хамроев Б.М. ПРИЧИНЫ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТРАНСФИНКТЕРНЫХ И ЭКСТРАФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.	23
Джафаров М.Ф., Сайфиддинзода М.Б., Абдуллоев С.Х. РАДИОТЕРАПИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ РАКА КОЖИ.....	24
Джумаев Дж.Н ² ., Ризоев И.М ^{1,2} ., Мухсини Т.Б ² ., Додарбеков Х.А ² . ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ	25
Додихудоев Р.А., Назаров Ш. К., Холбегов А.М., Отаев Ш.З. ДИНАМИКА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ВЫБОР ЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	26
Додхоева М.Ф., Идизода Ш.Х. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ	27
Додхоева М.Ф., Идизода Ш.Х. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ	28
Достиев У.А. Исмоилзода С.С. Тагоев С.Х. Исматов Ш.Х КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	29
Камолов А.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ ПРИ ПАТОСПЕРМИИ	30
Карим-Заде Г.Д., Маликов М.Х. РЕКОНСТРУКЦИЯ ПАЛЬЦА КИСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОТРЫВНОЙ АМПУТАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)..	31
Каримзода У.А., Каримова Ш.М., Шокирова Р.Р. ПОКАЗАНИЯ К АБДОМИНАЛЬНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ИХ ИЗОЛИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ.....	32
Каримов М.А., Сохибов Ш.М., Кулобиев Дж., Исматов Ш.Х. СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	33
Каримов М.Б., Хотамов Ш.О., Зиёзода М.Р. ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ И ИНОРОДНОГО ТЕЛА ХРУСТАЛИКА ПРИ ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГЛАЗА	34
Касирова М.Н., Мирзобеков Ф.М. ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МУКОАКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ	35
Кодиров Д.И ¹ ., Бердиев Р.Н. ¹ , Коситов Д.Д. ^{2,3} ., Чориев Ш.Б ² . КИСТОЦИСТЕРНОСТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.....	35
Козидавлатзода Б., Акрами П., Мамадалиева Т.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТУБОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....	36

Козидавлатзода Б., Баротова С.Х. ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.	37
Козидавлатзода Б., Джабборова Г.И., Аъзамджонова М.Н. ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.	37
Козидавлатзода Б., Саидова А.Н., Мамадёкубова Д.Д. ОЦЕНКА АКУШЕРСКИХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.	39
Косимов И.О. Гулшанова С.Ф. Муллоев И.Дж. Исматов Ш.Х. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОДВЗДОШНЫХ СОСУДОВ.	39
Косимов М.М., Мустафакулов С.С., Музаффарзода Х.М. ИНГИБИН В КАК РАННИЙ МАРКЕР ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ.	40
Коситов Д.Д. ^{2,3} , Рахмонзода Х.Дж. ^{1,2} , Саъдиев С.А. ^{1,2} , Дагиев Ф.Ш. ³ . ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИИ И ГЛУБИННАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНА ПАРКИНСОНА.	41
Курбанов Дж.М, Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солихов Р.Ч. ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ГИПЕРСТЕНИЧЕСКОГО ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ.	42
Курбанов Н.Р., Камолов А.Н., Солиев О.Ф., Абдусамадов А.А. ПРИЧИНЫ УТРАТЫ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДКОЛЕННОЙ И АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ.	43
Курбанов Н.Р., Султанов Д.Д., Камолов А.Н., Солиев О.Ф. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГРУДНОГО ВЫХОДА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВТОРИЧНОГО СИНДРОМА РЕЙНО.	44
Курбонов А.У., Насруллоев А.Ф., Джафаров М.Ф. РОЛЬ МАММОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН.	45
М.Р. Джойлобов, М.Х. Набизода, Баротов Х.Х. ОПТИМИЗАЦИЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.	46
Джойлобов М.Р., Набизода М.Х., Баротов Х.Х. ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА АМПУТАЦИИ И РЕАМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.	47
Мавлонзода Ф.Б. Исмоилзода С.С. Достиев У.А. Зокиров Р.А. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ИНВАЗИЕЙ.	48
Мавлонова С.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ.	49
Маликов М.Х, Карим-Заде Г.Д, Бобоев А.Р, Махмадкулова Н.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ОТСРОЧЕННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ТРАВМЕ КИСТИ.	50
Мансуров Х.Н., Холбоев С.А., Салихов А.С., Исоев И.Ч. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.	51
Махамадиев А.А., Авлоева Ф.Н., Куллиев А.С. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМИСИНУСИТА У ДЕТЕЙ.	51

Махаммадиев А.А., Мухибова Ё.Ш, Холикзода М.Ф. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ.	52
Махмадкулова Н.А., Абдуллозода З.Р., Ибрагимов Э.К., Джураев У.К. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ СИНДАКТИЛИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.....	52
Миргозиев М.К. Исмоилзода С.С. Файзов Ф.Э. Зокиров Р.А. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА МАЛОГО ПО РАЗМЕРУ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ.....	53
Мирзоева М.Дж. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	54
Мирзобеков Ф.М., Касирова М.Н. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ В РАННЕМ ПООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	55
Муллоев И.Дж. Исмоилзода С.С. Косимов И.О. Исматов Ш.Х ОПТИМИЗАЦИЯ СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СОСУДОВ.....	55
Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д., Юсупов А.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНОКОНЪЮНКТИВИТЕ.....	56
Муродова Ш.М. Доутова Х.Р. БЕРЕМЕННОСТЬ И РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ РОДОВ	57
Муродова Ш.М., Мустафаев У.К. КЛИНИКО - МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТОВ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ.....	58
Муродова Ш.М., Салимова З.Д. РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ РОДОВ.....	59
Мурордова Ш.М., Хусейнова Л.Н. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ СВИЩАХ ПРОКТОГЕНИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	59
Мусоев Д.А., Муминзода Дж.Дж., Салихов А.С. Исоев И.Ч. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИГАНТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	60
Мустафакулов С.С. Мирзокаримова Н.С. ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ.....	60
Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С. ГИДРОНЕФРОЗ КАК УРОЛОГИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	62
Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С. УРОСЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА	63
Мухаббатов Дж.К ^{1,3} , Давлатов Дж. Дж ^{1,2} , Хамроев Б.М ¹ , Аннаев М.Б ^{1,3} . ПЕКТЕНОЗ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА В МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	64
Мухаббатов Дж.К ¹ , Давлатов Дж. Дж ^{1,2} , Хамроев Б.М ¹ , Мухаббатов А.Дж ¹ . ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	65

Набизода М.Х., Баротов Х.Х. МОДИФИЦИРОВАННАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	66
Набизода М.Х., Джойлобов М.Р., Султонов Х.К. ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ И МОДИФИЦИРОВАННАЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	67
Назаров Х.Ш., Нажмудинов Ф.Н., Додихудоев Р.А. ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	68
Назаров Х.Ш., Султонов Б.Дж., Алимов С.У. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРИТОНИТА.....	69
Назаров Ш.К., Ганиев А.Э., Шомуродов Ж.Р., Меликов М.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II - ТИПА.....	70
Назаров Ш.К., Шомуродов Ж.Р., Меликов М.А. МОДЕРНИЗИРОВАННЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	71
Насридинов Х.Н., Рахмонзода Х.Дж. Коситов Д.Д., Рахмонов У.Х. УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКОЙ ГИГАНТСКОЙ МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ.....	72
Носири К.Н., Носиров Э.Ш., Ёров Ё.Б., Расулов А.Г. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	73
Нурхонов Д.Н., Курбонов С.Х., Абдулоев М.С., Синои С.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИНЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ (LCP-LOCKING COMPRESSION PLATE) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ.....	74
Одинаев Б.А., Мухсинзода Г.М., Бегаков У.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРОТРАВМ КИСТИ.....	75
Пирматова Д.А., Мирзоева М.Б., Вафоева Н.В., Каримова Д.Г. ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ВЫБОР МЕТОДА АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....	75
Пулотов К.Дж., Исоев А.О., Мирзоев А.Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХЭТАПНОЙ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА ПРЕПАРАТОМ «ФОРТРАНС» ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОЛОНОСКОПИИ.....	76
Пулотов К.Дж., Исоев А.О., Пулотов Дж.О. РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.....	77
Пулотов К.Дж., Одинаев Р.С., Вахобова П.Х. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	78
Пулотов Ч.О., Латифов Ш.Э., Умаров М.М., Одинаев Р.С. ХУСУСИЯТҲОИ АМАЛИЁТИ КАМИНВАЗИВӢ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛОИ АППЕНДИЦИТИ ШАДИД БО ҲАМРАВӢИ БЕМОРИИ ЛИҲОМИИ БАТН.....	80

Разиков З.Д., Сироджов К.Х., Хукуматов М.И., Хасанзода М.С. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	81
Расулов А.Ғ., Носирӣ Қ.Н., Носиров Э.Ш., Мирзоева Г.Б. МУҚОИСАИ НАТИҶАҲОИ ТАБОБАТИ ГУНОГУНИ БАВОСИРИ МУЗМИН	82
Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солихов Р.Ҷ., Шоев М.А. АСОСНОККУНИИ КЛИНИКИИ ИСКАНҶАИ ХУНМАНЪКУНАНДА ҶАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯ АЗ ДАСТРАСТКУНИИ МИНИЛАПАРОТОМӢ.....	83
Рахмонзода К.Р., Махмадзода Ф.И., Додихудоев Р.А., Раджабов С.А. ОДНОЭТАПНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.....	84
Рахмонзода К.Р., Махмадзода Ф.И., Султонов Р.Б., Додихудоев Р.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	85
Рахмонзода Х.Дж ^{1,3} , Рахимзода Н.О ^{1,3} , Коситов Д.Д. ^{2,3} СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В НЕЙРОХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАНА	86
Рашидзода Ф.Р., Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К. ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА	87
Рашидов Ф.Ш. ФИБРОБРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ ХИТИНЭКТОМИЯ АЛТЕРНАТИВА ТОРАКОТОМИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ С ПРОРЫВОМ В БРОНХ	88
Саидова А.Н., Мамадёкубова Д.Д., Мамадалиева Т.А. ОПТИМИЗАЦИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МАТКИ У ДЕВОЧЕК.....	88
Сайдалиев Ш.Ш ¹ , Кадыров Д.М ² , ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГАСТРОСТАЗА ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА	90
СайдалиевШ.Ш ¹ , Кадыров Д.М ² . ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: ПЕРЕХОД К ЦИФРОВОЙ ВЕРИФИКАЦИИ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ.....	90
Салимов Дж.С., Курбонов И.К., Нуров Х.Х. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	91
Салимова З.Дж., Додхоева М.Ф ТАКТИКА РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ	92
Сафаров Б.С. ^{1,2} , Рахмонов Б.А. ^{1,2} , Хамроев К.Б. ^{1,2} , Акрамов С.С ² . МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПОЗВОНКА L5 С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНЫХ ФИКСАТОРОВ.....	93
Сидиков А. Ш., Мустафакулов С.С., Шамсиев Д.А. ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	94

Сирочов Г.Н., Набизода М.Х., Баротов Х.Х. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ.....	95
Сирочов Г.Н., Набизода М.Х., Баротов Х.Х. РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФЛЕГМОНАХ.....	96
Солиев О.Ф., Курбанов Н.Р., Исуфов С.А., Салимов Ф.М. РОЛЬ ТЕРМИЧЕСКИХ ЭНДОВЕНОЗНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД.....	97
Сохибов Ш.М. ¹ , Кобилзода К.К. ² , Каримов М.А. ¹ , Зокиров Р.А. ¹ МИНИИНВАЗИВНЫЕ И ОТКРЫТЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ	98
Султанов Д.Д., Сиддиков И.И., Неъматзода О. ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИЕЙ.....	99
Султанов Д.Д., Шахсаворбеков А.Ш., РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ И СИСТЕМНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	100
Султонов Х.К., Набизода М.Х., Баротов Х.Х. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	100
Султонов Х.К., Набизода М.Х., Баротов Х.Х. ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	102
Тагоймуродов Ю.Ф., Абдуллозода Дж.А. ВЛИЯНИЕ АДАПТИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ERAS НА КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ И СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	103
Умари А.Р., Саидова М.С., Гулов Ф.М. ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	103
Усманов Дж.Н., Неъматзода О., Солиев О.Ф., Нурмухаммадов А.Э. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ РАДОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН.....	105
Усмонов И.М. Ашуралиев Н.К. Каримов М.А. Зокиров Р.А ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ У ВЫСОКОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ	105
Файзов Ф.Э. Розиков М.С. Муллоев И.Дж. Исматов Ш.Х АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	106
Файзуллоева М.Ф., Курбанов У.А., Одинаева М.С. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КЕЛЛОИДНЫХ РУБЦОВ МОЧКИ УХА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ.....	107
Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Хуршеди Х., Алланазаров Ф.Ф. ГИБРИДНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.....	108

Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Корчаев Т.М., Амидов И.Б. ДВУХЭТАПНАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ: РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА И АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ	108
Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М., Мамадаминов Б.К. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЗГА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	109
Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М., Мирханова Г.Р. СЕДАЦИЯ И АНАЛЬГЕЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ ЧМТ В ОРИТ. ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА НЕВРОЛОГИЧЕСКУЮ ОЦЕНКУ	110
Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Атакуллаев Н.Б., Насриддинова С.С. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНЫХ α 2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРНЫХ АГОНИСТОВ ДЛЯ СЕДАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	111
Холбеков А.М., Назаров Ш. К., Додихудоев Р.А., Отаев Ш.З. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ И РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОЛИХОСИГМОЙ, ОСЛОЖНЁННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ КОПРОСТАЗОМ	112
Холбоев С.А., Мансуров Х.Н., Исоев И.Ч., Халтачев Р.Н. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ	113
Холбоев С.А., Мансуров Х.Н., Халтачев Р.Н., Исаев И.Ч. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	114
Холбоев С.А., Хакимов М.Х., Чураева Н.Х., Салихов А.С. ПЛАСТИКА ЛИХТЕНШТЕЙНА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	115
Холмадов Ш.Н ^{1,2} ., Исмаилова З.Э ² ., Хасанов М.Т ² ., Джуразода М.А ² . ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.	116
Худойбердиев У.А., Сараев А.Р., Мухсини С, Хамидов Ф. ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	116
Шарифзода С.А. Назаров Ш.Қ. ТАРЗИ МУОСИРИ ТАБОБАТИ ЗАХМҲОИ БАЪДИЧАРРОҲӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ҲОЛАТИ КОМОРБИДИ БО ИСТИФОДАИ ФРАКСИЯҲОИ ПЛАЗМА	118
Хусаинов Э.С., Сангинов А.Р., Хусаинов С.Д., Хамроев К.Б. ОСЛОЖНЁННЫЕ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ	118
Чалолова М.Н., Мехрангези М., Баротов В.А. УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ШУОӢ ДАР СКЛЕРОЗИ ПАҲНШУДА	119
Юлдошев Р.З., Хусейнзода З.Х., Абдулло Х.Б., Туйчиев Н.Т. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ	120
Bobdzhonova O.B., Sherbadalova A.A., Nurova N.R THE ROLE OF INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISEASES IN THE DEVELOPMENT OF MISSED ABORTION. 121	
Jononov S.J., Aminov J., Mallaev A.T., Solehzoda N.T. MINIMALLY INVASIVE SURGICAL ELIMINATION OF DUPUYTREN'S CONTRACTURE	122
Khamroev B.M., Boymurodov O.S, Mukhabbatov J.Q., Gulov F.M. STUDYING OF THE EFFECTIVENESS OF USING A COLLAGEN HEMOSTATIC MEMBRANE IN THE	

SURGICAL TREATMENT OF EXTRASPHINCTERIC FISTULAS OF THE RECTUM 123

Zahir Nariman CERVICAL STATUS IN WOMEN WITH MENSTRUAL DISORDERS
AT DIFFERENT REPRODUCTIVE AGES..... 124

Отпечатано в типографии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Подписано к печати 25.05.2026г. Формат 60x84¹/16. Объем 8,5 п.л..