



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

Филиал ташкил қилинганлигининг 30 йиллигига бағишланган
**«ТИББИЁТДА МИНИИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ
МУАММОЛАРИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ»**
мавзусидаги Халқаро илмий-амалий анжуман тўплами.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**«ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ»**

Материалы Международной научно-практической конференции
посвящённой 30 летию основания филиала

Тахририят хайъати:

Редакционная коллегия:

Шадманов А.К., Исмаилов У.С., Рузибаев Р.Ю., Абдуллаев Р.Б., Батиров Д.Ю.,
Юлдашев Б.С., Хаджиев Д.Ш., Сапаев О.Қ., Юсупова М.А., Матризаева Г.Дж.,
Авезов М.И., Машарипов О.О., Сапаева Ш.А., Сатликов Р.К., Мадримова А.Г.,
Ходжаниязов А.А., Хаджиева Н.М.

**ТТА Урганч филиали
Кенгаши томонидан 2022 йил
27 августда чоп этишга
тавсия этилган, (1-сон
баённома)**

Ушбу илмий ишлар тўпламида тиббиёт олий ўқув юртлирида фаолият олиб бораётган профессор-ўқитувчилар бажараётган илмий-тадқиқот ишлари натижалари ўрин олган. Тезисларнинг мазмуни ва улардаги хатоликлар учун масъулият муаллифлар зиммасидадир.

В сборник научных трудов вошли результаты научно-исследовательских работ, проведенных профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов. Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.

29-30 сентябрь 2022 йил. Урганч. Ўзбекистон

последующим выполнением этому же пациенту перкутанной антеградной нефруретеролитоэкстракции.

Выводы. Систематизация постпроцедурных осложнений согласно Clevien-Dindo (2004) показал, что всего у 40 пациентов (20,0%) наблюдалось развитие осложнений: I – 19, II – 1, III a – 14, III b – 5, IV a – 1, IV b – 0, V – 0.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ТАЙЁРГАРЛИГИ

Рўзматов И.Б., Дурдиев С.Х.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мақсад. Чақалоқларда қорин олд девори туғма нуқсонларини операция олди тайёргарлиги самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Республика перинатал маркази қошидаги Республика неонатал хирургия ўқув-даволаш-методик марказида 2006 – 2021 йилларда 238 нафар беморларда қорин олд деворининг туғма оғир нуқсонларидан бўлмиш омфалоцеле ва гастрошизис касалликлари кузатилди. Шу жумладан булар орасида омфалоцеле – 128 (53,8%) нафарни, гастрошизис – 110 (46,2%) нафарни ташкил қилган. Юқорида келтирилган туғма нуқсонлар салмоғи юқори эканлиги кўриниб турибди. Шунинг учун бизнинг ишимиз ушбу чақалоқларнинг клиник таҳлиллари, операция олди тайёргарлигини ўрганиш таҳлиliga асосланади. Ҳамма беморларда умумий клиник текширувлардан ташқари қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси, ички аъзолар ва чурра халтаси УТТ, эхокардиография, нейросонография ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар. Қорин олд девори туғма нуқсонлари ташхиси билан неонатал реанимация бўлимга келтирилган чақалоқларни биринчи навбатда аҳволининг оғирлик даражаси аниқланди. Бунда биз эксикоз ва гемодинамиканинг бузилиши даражасига, тана ҳароратининг ҳолати (гипотермия, гипертермия), қорин олд девори нуқсонининг ҳолатига, оғриқ синдроми ва аспирацион бронхопневмония даражасига эътибор қаратдик. Операция олди тайёргарлиги гомеостаз бузилишларини коррекция қилишдан иборат бўлди ва у 6-24 соатни ташкил қилди. Операция олди тайёргарлигининг самарадорлик мезони беморлар диурези ва гемодинамика кўрсаткичларининг тикланиши билан баҳоланди. Операция олдинги тайёргарлиги медикаментоз, яъни кенг спектр таъсирга эга антибиотиклар, гемостатиклар, антиоксидантлар, қоннинг оқсил таркиби ва сув-электролит балансининг коррекциясига қаратилган инфузион терапияни қўллашни ўз ичига олди.

Хулоса қилиб айтганда текширув натижаларимизга кўра, беморларда ноадекват диурез ва кучли гомеостаз бузилиши кузатилса, бунда операция олди тайёргарлигини адекват диурез ва гемодинамика кўрсаткичларини яхшиланишигача давом эттириш лозим.

ЗАВИСИМОСТЬ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ С АРТЕРИАЛЬНЫМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рузматов П.Ю., Матмуротов К.Ж., Рахимов Д.Дж.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Приблизительно 40-60% всех нетравматических ампутаций нижних конечностей также проводится больным сахарным диабетом, причиной которых в 85% случаях является трофическая язва стопы. Следует отметить, что пребывание больных с подобной патологией в стационаре на 50% дольше, чем больных с неосложненными формами сахарного диабета. Сроки заживления язв на амбулаторном этапе составляют от 6 до 14 недель.

Целью данной работы является дать оценку наиболее часто поражаемым сегментам магистральных артерий нижних конечностей в зависимости от локализации гнойно-некротического очага на стопе.

Материал и методы исследования: проанализированы результаты исследования и стационарного лечения 115 больных за 2021-2022 гг. с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне сахарного диабета 2 типа в Центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при 2 клинике Ташкентской медицинской академии и ОММЦ Хорезмской области. У всех больных был сахарный диабет 2-го типа.

Средняя продолжительность сахарного диабета составила $12,7 \pm 6,2$ лет. Возраст больных колебался от 48 до 71 года (в среднем $59,5 \pm 7,7$ года). Среди пациентов было 79 (68,7%) мужчин и 36 (31,3%) женщин. Нейроишемическая форма синдрома диабетической стопы была диагностирована у 98 (85,2%) больных, ишемическая - у 17 (14,8%).

Основным инструментальным методом оценки состояния макроциркуляции было ультразвуковое дуплексное сканирование нижних конечностей, выполнявшийся на ультразвуковой дуплексной системе Acuson-128 XP/10 («Acuson», США) по стандартной методике линейным датчиком с частотой 7-15 МГц и мультиспиральная компьютерная томография артерий нижних конечностей (МСКТ). МСКТ была выполнена всем пациентам, с помощью которой устанавливался уровень стенозов и окклюзий артерий, степень сужения артерии, распространенность поражения и точное место расположения атеросклеротических бляшек.

Результаты и их обсуждение: при изучении и анализе данных по локализации гнойно-некротического очага в зависимости от пораженного артериального сегмента выявлено, что у больных с окклюзионно-стенотическими изменениями магистральных артерий наиболее часто наблюдается гангрена всей стопы (36,5%) и трофические изменения в области пальцев стопы (29,5%). Гангрена всей стопы встречается часто у пациентов с многоэтажными поражениями артерий (ПБА+тибиальные артерии) – 53,1%. В таких случаях в большинстве случаев были вынуждены выполнить высокую ампутацию конечности из-за невозможности выполнения реваскуляризирующих операций и высокого риска послеоперационных тромботических осложнений.

Следует отметить, что наиболее часто трофические изменения в области пальцев наблюдаются при поражении ПБА (36,6%). Это объясняется тем, что при окклюзии или гемодинамически значимых стенозах ПБА основная функция кровоснабжения дистальной части конечности осуществляется за счет латерального пути кровообращения, связывающего общую бедренную артерию с артериальной сетью коленного сустава. Но такой путь кровообращения клинически проявляется признаками критической ишемии. С снижением перфузии кислорода по тканям появляются трофические изменения дистальной части конечности.

Таким образом, анализ локализации гнойно-некротического поражения стопы в зависимости от пораженного магистрального артериального сегмента на фоне сахарного диабета 2 типа показал, что часто (66,1%) поражается поверхностная бедренная артерия (ПБА). Поражение подколенной артерии наблюдалось у 39 больных (33,9%) из 115. При сочетанных поражениях ПБА и артерий голени отмечалась высокая частота гангрены всей стопы – 53,1%. Изолированное поражение подколенной артерии (ПоА) в 50% случаев также приводило к гангрене стопы.

Выводы: при тотальной гангрене стопы следует исследовать и корректировать окклюзионно-стенотические поражения поверхностной бедренной артерии в сочетании с артериями голени и подколенной артерии. Гнойно-некротические поражения пальцев в большинстве случаев свидетельствуют о поражении ПоА (40,7%) и/или верхнего сегмента ПБА (на уровне устья ГБА) (36,6%).

PHLOMOIDES CANESCENS ЎСИМЛИГИНИНГ КИМЎВИЙ ТАРКИБИ ВА ХАЛҚ ТАБОБАТИДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ.	190
<i>Раҳимова Ҳ.Р.</i>	190
БАКТЕРИАЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИЯ У ДЕТЕЙ	192
<i>Режавалиев К.Р., Наджимитдинов Я.С.</i>	192
ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С УРОЛИТИАЗОМ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ	193
<i>Рузибаев А.Р.¹, Акилов Ф.А.^{1,2}, Гиясов Ш.И.^{1,2}</i>	193
ЧАҚАЛОҚЛАРДА ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ТАЙЁРГАРЛИГИ	194
<i>Рўзматов И.Б., Дурдиев С.Ҳ.</i>	194
ЗАВИСИМОСТЬ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ С АРТЕРИАЛЬНЫМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	194
<i>Рузматов П.Ю., Матмуротов К.Ж., Рахимов Д.Дж.</i>	194
ЧАСТОТА КРИТИЧЕСКИХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	196
<i>Рузматов.П.Ю., Матмуротов К.Ж., Рузметов Б.А., Рахимов Д.Дж</i>	196
1-TURDAGI KIARI ANOMALIYASI BILAN BOG'LIQ BO'LGAN SIRINGOMIYELIYANI DAVOLASH NATIJALARINI TANLIL QILISH.	197
<i>Ro 'zmetov B.Sh, Djumaniyazov R.A., Yusupova B.Sh</i>	197
ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МУТАЦИИ ГЕНА JAK2 (V617F) В РАЗВИТИИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ	197
<i>Рузметова Ш.Д.</i>	197
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ GSTT1 И GSTP1 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	198
<i>Рузметова Ш.Д.</i>	198
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ...	199
<i>Садуллаев С., Машарипова Ш.</i>	199
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ БЕШЕНСТВА	200
<i>Садуллаев С., Машарипова Ш.</i>	200
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭНТЕРОБИОЗА В ГОРОДЕ УРГЕНЧ	201
<i>Садуллаев С., Машарипова Ш.</i>	201
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ХЕМОБЕНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	201
<i>Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж., Султанзада Н.Д.</i>	201
УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА КРОВИ И БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	203
<i>Самандарова Б.С., Закиров Ш.Ю.</i>	203