

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



## Ўзбекистон хирургияси

Илмий-амалий журнал  
1999 йилда ташкил этилган

## Хирургия Узбекистана

Научно-практический журнал  
Основан в 1999 году

*Главный редактор*

**Ф.Г. НАЗЫРОВ**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

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

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

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

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

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

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

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

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

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

Заведующий редакцией - Абдукаримов А.Д.

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

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

**№3 (99) 2023**

**Журнал «Хирургия Узбекистана»**

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

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

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

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

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

**Контактные данные**

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

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

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

**Телефон:** +998 71 230 49 97

**Регистрационные данные**

International Standard Serial Number / Международный стандартный номер сериальных изданий

**ISSN 2181-7359**

Журнал перерегистрирован в Агентстве по печати

и информации Узбекистана 06 июня 2007г.

**(Регистрационный номер № 0280)**

**Банковские реквизиты**

Расчетный счет: 20212000603999363001

в Чиланзарском АКИБ Ипотека банке

ИНН 202897523, МФО 00997

ОКОНХ 87100, ОКЭД 58140

**Тираж**

Отпечатано в ООО «VS PRINT CENTER»

По адресу: г. Ташкент, Миробадский р-н,

ул.Ойбек 44

**МАТЕРИАЛЫ  
XXVII РЕСПУБЛИКАНСКОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ  
«ВАХИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ - 2023»  
«РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ,  
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ И  
ГИБРИДНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В  
ТРАНСФОРМАЦИИ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
СТРАНЫ»**

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

<i>Смирнов А.А., Любченко М.Е.</i>	
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ БОЛЬНЫМ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА .....</b>	<b>76</b>
<i>Смирнов А.А., Блинов Е.В., Ильясов М.Т.</i>	
<b>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГИБРИДНАЯ ДИСЕКЦИЯ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ. НАШ ОПЫТ .....</b>	<b>76</b>
<i>Tulyaganov D.B., Shukurov B.I., Yarov J.B.</i>	
<b>RESULTS OF OPEN SURGICAL INTERVENTIONS FOR ACUTE COLONIC OBSTRUCTION OF TUMOUR AETIOLOGY .....</b>	<b>77</b>
<i>Туляганов Д.Б., Атаджанов Ш.К., Алиев Б.А.</i>	
<b>ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ .....</b>	<b>78</b>
<i>Умарова Г.Ш., Валиева К.Н., Асилова С.У., Назарова Н.З.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>78</b>
<i>Хаджибаев А.М., Элмуратов К.С., Шукуров Б.И., Элмуратов Ш.К., Кучкаров О.О.</i>	
<b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ .....</b>	<b>79</b>
<i>Хаджибаев А.М., Пулатов М.М., Элмуратов К.С., Хакимов А.Т., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О., Элмуратов Ш.К.</i>	
<b>ОТКРЫТИЕ, ГИБРИДНЫЕ И ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ .....</b>	<b>79</b>
<i>Хаджибаев Ж.А., Джуманиязов Ж.А., Лигаи Р.Е., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Абдуллаев Д.С., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЩЕВОДА .....</b>	<b>80</b>
<i>Хаджибаев Ф.А., Ешимуратов А.Б., Мирзакулов А.Г.</i>	
<b>НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ДОСТАВКИ ПОРОШКООБРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ .....</b>	<b>81</b>
<i>Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О.</i>	
<b>ВЫБОР ЭНДОБИЛИАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ .....</b>	<b>81</b>
<i>Хаджибаев Ф.А., Пулатов Д.Т., Шукуров Б.И., Мансуров Т.Т., Яров Ж.Б., Абдулахатов М.Х.</i>	
<b>ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ .....</b>	<b>82</b>
<i>Хакимов Д.М., Бобаев У.Н., Эшонходжаев О.Д., Йигиталиев С.Х.</i>	
<b>ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ...</b>	<b>83</b>
<i>Хакимов М.Ш., Аиуоров Ш.Э., Кушиев Ж.Х.</i>	
<b>ОПЫТ ЭТАПНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ .....</b>	<b>83</b>
<i>Хасанова Д.А., Жумаева М.М., Ахмедов Ф.Х.</i>	
<b>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ .....</b>	<b>84</b>
<i>Хашимов Ш.Х., Садилов Н.С., Кабулов Т.М., Зарипов А.А.</i>	
<b>ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ II - III ТИП, РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ .....</b>	<b>84</b>
<i>Хашимов Ш.Х., Садилов Н.С., Кабулов Т.М., Зарипов А.А.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ РЕСТРИКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ «ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ .....</b>	<b>85</b>
<i>Худайберганова Н.Ш., Мардонов Ж.Н.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖМЫШЕЧНОГО МИНИДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕЦИСТИТОМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>85</b>
<i>Хурсанов Ё.Э., Джаббаров Ш.Р., Абдулсаидов С.К.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА .....</b>	<b>86</b>
<i>Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.</i>	
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ .....</b>	<b>87</b>

аналогичного показателя пациентов, подвергнутых конверсии ( $4,94 \pm 0,66$  койко-дней против  $8,20 \pm 1,37$  дней,  $p < 0,05$ ). По сравнению с группой первичной широкой лапаротомии после ВЛС адгезиолизиса статистически значимо ( $< 0,001$ ) меньше наблюдали развитие ранних послеоперационных осложнений (43,5 против 13,0%). 13 (6,8%) больных группы ВЛС, у которых имели место специфические послеоперационные осложнения, были подвергнуты реоперациям, в том числе в 3 (23,1%) случаях из них внутрибрюшные осложнения операции удалось устранить путем релапароскопии. В группе первичной широкой лапаротомии частота реопераций/релапаротомий составила 65 (14,5%) случаев.

Общая летальность у больных со спаечной кишечной непроходимостью составило 4,2%, при этом после ВЛС вмешательств этот показатель статистически незначимо был ниже по сравнению с группой первичной лапаротомии (2,6% против 4,9%,  $p = 184$ ).

Применение видеолапароскопического доступа при выполнении адгезиолизиса у больных со спаечной кишечной непроходимостью способствовало сокращению сроков стационарного лечения с  $9,31 \pm 3,31$  койко-дней до  $5,94 \pm 1,78$  дней ( $p > 0,05$ ).

## ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Хакимов Д.М., Бобаев У.Н., Эшонходжаев О.Д., Йигиталиев С.Х.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал*

Внедрение в повседневную практику ультразвуковых методов диагностики, видеоэндоскопических технологий значительно увеличило количество оперативных вмешательств у больных с желчнокаменной болезнью. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 1498 больных с калькулезным холециститом, что составило 41% от всех оперативных вмешательств. Осложнения отмечены у 44 (2,9%) пациентов, умерло 2 больных. Строго соблюдая правила наложения пневмоперитонеума и троакарной пункции брюшной полости, нам удалось избежать повреждения полых органов и магистральных сосудов. Этому, способствовало интенсивное поднятие передней брюшной стенки (в виде усеченной пирамиды при помощи бельевых цапок, наложенных по обеим сторонам пупка, отступая от него 3 см) и хорошая релаксация больных в наркозе. Самым частым осложнением лапароскопической холецистэктомии являлось внутрибрюшное кровотечение - 30 случаев. Кровотечение отмечалось как в ходе операции, так и в послеоперационном периоде. Кровотечение из сосудов ложа желчного пузыря было у 16 больных, из пузырной артерии - у 6, из троакарных проколов брюшной стенки - у 3, в 15 случаях кровотечение из ложа пузыря удалось остановить в ходе операции диатермокоагуляцией с использованием би- и монополярного электродов. В 1 случае кровотечение удалось остановить путем тампонады ложа гемостатической губкой и марлевым тампоном, заведенными через разрез в подложечной области. Причинами кровотечения из пузырной артерии явились: повреждение артерии при ее выделении - 5, добавочная пузырная артерия - 1. Массивное кровотечение из пузырной артерии, потребовавшее экстренной лапаротомии, отмечено в 3 случаях. Кровотечение (3 случая), которые трудны для диагностики, так как при контрольном осмотре мест стояния троакаров на завершающем этапе операции признаков кровотечения не отмечалось. Релапароскопию для остановки кровотечения из прокола передней брюшной стенки использовали в одном случае. В двух случаях наблюдалось повреждение общего желчного протока. В целях недопущения повреждения внепеченочных желчных протоков мы придерживаемся следующей тактики: 1. При наличии «деревянистой» плотности инфильтрата в области шейки желчного пузыря от выполнения лапароскопической холецистэктомии следует отказаться. 2. При наличии рыхлого воспалительного ин-фильтрата операцию необходимо начинать с мобилизации шейки желчного пузыря с последующей четкой визуализацией пузырного протока («хобот слона»). 3. Клипировать любые дополнительные образования в зоне шейки желчного пузыря без их верификации категорически запрещено. 4. Хирург должен отказаться от многочасовой лапароскопической холецистэктомии «любой ценой» и помнить о том, что типичная холецистэктомия «от дна» почти в 100% случаев позволяет избежать повреждения внепеченочных желчных протоков. Как и при открытых холецистэктомиях, одним из осложнений в послеоперационном периоде является желчеистечение в свободную брюшную полость. Нами отмечено 3 таких наблюдения. В двух случаях причиной желчеистечения явились прорезывание пузырного протока клипсами из-за их несоответствия клипатору, в одном - соскальзывание клипсы с пузырного протока. После выполнения лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита у двух больных развилась клиника очагового деструктивного панкреатита, который удалось купировать консервативными методами. У 5 больных в послеоперационном периоде отмечена длительная амилазурия без клинических и инструментальных признаков панкреатита, что не потребовало специфического лечения. После лапароскопической холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни отмечено два летальных исхода. В одном случае причиной смерти была тромбоэмболия легочной артерии, в другом - острая стрессовая язва луковицы двенадцатиперстной кишки осложненная перфорацией с массивным внутрикишечным и внутрибрюшным кровотечением. Таким образом, анализ результатов лечения больных с хроническим калькулезным холециститом еще раз свидетельствует, что лапароскопическая холецистэктомия, несмотря на встречающиеся осложнения, является «золотым стандартом» при данном заболевании.

## ОПЫТ ЭТАПНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ

*Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Кушиев Ж.Х.*

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Стеноз выходного отдела желудка — вторичное сужение его просвета в области привратника или/и начального отдела двенадцатиперстной кишки, при котором нарушается эвакуация содержимого из желудка. Нарушения гомеостаза, особенно водно-электролитного баланса, и нутритивного статуса больного определяют важность ранней диагностики и назначения оперативного лечения. Традиционные методы хирургической коррекции

(резекция желудка, гастроэнтеростомия, селективная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями) представляют собой высокоинвазивные органэкстракционные вмешательства, требующие широкого доступа, значительного анестезиологического обеспечения, применения рентгеноскопического контроля, длительного послеоперационного восстановительного периода - все это создает дополнительную нагрузку на организм больного. Нами показано, что этапная эндоскопическая пневмобаллонная дилатация привратника лишена большинства перечисленных проблем и недостатков и позволяет наиболее эффективно восстановить желудочно-кишечный пассаж и улучшить качество жизни больного.

Описание клинического случая. Больной Д, 25 лет, поступил в отделение эндоскопических и морфологических исследований ТМА в июле 2022 г. с жалобами на периодические боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, слабость, похудание. Из анамнеза заболевание началось 06.03.2021 г. с многократной рвоты съеденной пищей, больная поступила в хирургическое отделение, где по результатам фиброэзофагогастродуоденоскопии и рентгеноконтрастного исследования желудка поставлен диагноз: «Пептическая язва. Каллозная (гигантская) язва антрального отдела желудка. Рубцово-язвенный стеноз выходного отдела желудка в стадии компенсации» и предложена операция, от которой родственники отказались. Объективно, со стороны органов и систем, лабораторные показатели - без особенностей. При первичной гастроскопии 08.07.2022 г. выявлен выраженный циркулярный неспецифический рубцовый стеноз привратника с остаточным просветом 3 мм, непроходимый для эндоскопа. Поставлен диагноз: «Выраженный рубцовый стеноз привратника желудка». Учитывая возраст, анамнез заболевания, общее и соматическое состояние больного, результаты лабораторных и инструментальных исследований, с согласия родителей было принято решение о проведении экспериментальной баллонно-дилатационной терапии привратника. В рамках последующей гастроскопии 14 и 18 июля 2022 г. выполнена этапная эндоскопическая пневмобаллонная дилатация привратника до максимального диаметра баллона 18 мм по проводнику. В конце 2022 г. рекомендуется продолжить локальную дилатационную терапию для сохранения и улучшения положительного результата и предотвращения рецидива стеноза. Обсуждение. Ценность экспериментального случая заключается в наглядности преимуществ применения разработанного нами высокотехнологичного малоинвазивного внутрисветового метода хирургической коррекции стеноза привратника у пациентов, в его очевидной доступности и эффективности.

Заключение. Представленный опыт отражает высокую диагностическую и лечебную значимость метода, положительную динамику состояния ребенка с пилоростенозом, определяемую как клинически, так и инструментально.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Хасанова Д.А.<sup>1</sup>, Жумаева М.М.<sup>1</sup>, Ахмедов Ф.Х.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Бухарский государственный медицинский институт,*

*<sup>2</sup>Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренного медицинского помощи*

**Актуальность.** Среди заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков наиболее частой причиной холецистэктомии являются воспалительные процессы (холецистит, холангит, желчнокаменная болезнь). В настоящее время при неотложной хирургии, холецистэктомии, число пациентов с желчнокаменной болезнью во всем мире растет, в основном среди людей трудоспособного возраста.

**Цель исследования:** Изучить морфометрические характеристики стенки желчного пузыря у пациентов заболевшими с различных формах острого и хронического холецистита при желчнокаменной болезни.

**Материалы и методы исследования:** Оценить морфологические изменения стенки желчного пузыря при различных формах острого и хронического холецистита при желчнокаменной болезни.

**Результаты:** В качестве материала исследования были проанализированы 87 случаев с диагнозом острый калькулезный холецистит по клинико-анамнестическим показаниям, которые были удалены хирургическим путем. У 35 из них был острый холецистит с интерстициальным пролиферативным васкулитом. У 7 пациентов был диагностирован хронический холецистит с аденомиоматозом и гиперплазией полипоза. Таким образом, в общей сложности 29 из 87 различных форм хронического холецистита имели дегенеративные изменения, вызываемые опухолью, что составляет 5,7%.

**Заключение:** На основании данных клинических и морфологических исследований разработать диагностический и лечебный алгоритм профилактики и лечения постхолецистэктомического синдрома при лапароскопической и традиционной холецистэктомии и определить пути повышения качества хирургической помощи пациентам с желчнокаменной болезнью.

## ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ II - III ТИП, РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Хашимов Ш.Х., Садиков Н.С., Кабулов Т.М., Зарипов А.А.  
РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова*

Цель исследования - оценка эффективности хирургического лечения больных с грыжами пищевода пищевода отверстия диафрагмы после протезной хиатопластики.

Материал и методы. Представлены результаты исследования 155 больных, прооперированных по поводу 2-3 типами грыж пищевода отверстия диафрагмы с 2006 по 2022г. в отделении эндовизуальной хирургии ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова». Возраст больных колебался от 20 до 75 лет, составив в среднем 44,5±2,8 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 10 лет.

Диагноз ГПОД устанавливался на основании данных эндоскопического, МСКТ и рентгенологического исследований. При обследовании больных, ГПОД II типа были диагностированы у 35 (29,1%). ГПОД III типа были