



Министерство здравоохранения и
социальной защиты населения
Республики Таджикистан



ГОУ «Таджикский государственный
медицинский университет им.
Абуали ибни Сино»



XVI научно-практическая конференция
молодых ученых и студентов с
международным участием

«НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЙ»

Посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан
и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021),
с международным участием.



Душанбе
30 апреля 2021 год



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**



**ГООУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЙ

*XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием
ГООУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино», посвященная 30-летию Государственной независимости
Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)*

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

30 апреля 2021
Душанбе (Dushanbe)

Результаты исследования. При анализе показателей лейкоформулы было выявлено, что у всех больных на первом этапе исследования средний показатель ИСНЛ составлял в пределах $2,2 \pm 0,64$. Было отмечено, что у выживших больных ($n=7$) на фоне проводимой интенсивной терапии, во 2-м и 3-м этапах исследования наряду с клиническим улучшением и положительными изменениями в невростатусе, средний показатель ИСНЛ составлял в пределах $2,5 \pm 0,78$ и $2,1 \pm 0,42$ соответственно.

Из 12 обследованных больных летальный исход наблюдался у 5 пациента по ШКГ от 3 до 8 баллов - кома Шст. При анализе полученных данных была выявлена достоверная корреляционная связь между показателями лейкоформулы и общей летальности среди пациентов. У этих больных отмечалось прогрессивное повышение среднего показателя ИСНЛ в третьей группе по сравнению с показателем первого этапа ($2,21 \pm 0,62$, $4,15 \pm 0,74$, $5,34 \pm 0,52$) ($p < 0,05$).

Выводы. Более высокий показатель ИСНЛ является достоверным показателем клинического ухудшения состояния пациентов и предиктором неблагоприятного исхода критических состояний, вызванных ЧМТ.

Аиуоров Х.А., Восиева Н.Ю., Бободжонова С.Г

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОМОГЕННЫХ СРЕД ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ БАКТЕРИЙ РОДА KLEBSIELLAE

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино" Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кенджаева И.А

Цель исследования. Ускоренный способ идентификации бактерий рода *Klebsiellae*, выделенных из различных очагов ГВЗ, с использованием элективных хромогенных сред.

Материал и методы. Бактериологическому исследованию подверглись 121 клинических образцов гноя, взятых из различных очагов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. Забор гноя проводился одноразовым стерильным ватным тампоном. Посев гноя производили на селективную среду Хай-Хром агар для обнаружения условно-патогенной флоры (производитель – компания Hi Media Laboratories Pvt. Limited – Индия).

После 24 – 48 часовой инкубации в термостате, при температуре $t + 37 \text{ } ^\circ\text{C}$ производили визуальное изучение выросших колоний. По характеру окраски колоний на селективной хромогенной среде, а также по форме, консистенции, размеру колоний, определялись род и вид выделенных микроорганизмов.

На хромогенных средах для бактерий рода *Klebsiellae* характерны крупные, слизистые по консистенции колонии фиолетового цвета. Идентификацию *S. aureus*, бактерий рода *Proteus*, *E. coli* также производили по окраске колоний, характерной для каждого из них.

Результаты исследования. При бактериологическом исследовании 121 образца гноя на указанных средах в 11 случаях была обнаружена культура рода *Klebsiellae* в виде монокультуры, что составило 9,1%. В ассоциации с *S. Aureus* был выделен в 5-х случаях (4,1%), с *Ps.aeruginosa* - в одном случае (0,8%), в остальных случаях высеяны представители кокковой группы (стафило- и стрептококки) и грамотрицательные энтеробактерии, которые составили (82,6%). В 4 случаях (3,3%) отмечено отсутствие роста.

Выводы. 1. Общая высеваемость бактерий рода *Klebsiellae* из различных очагов ГВЗ составила 14,1%.

2. Использование дифференциально-диагностических хромогенных питательных сред нового поколения способствует ускоренному выделению возбудителей ГВЗ, в том числе бактерий рода *Klebsiellae*.

Аиуоров Ш.Э., Саттаров О.Т., Кушиев Ж.Х.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

Кафедра хирургических болезней №1 Ташкентская медицинская академия Узбекистан

Научный руководитель: д.м.н., профессор Маткулиев У.И.

Цель исследования. Определить показания к лапароскопическим операциям в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 60 больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении во II клинике Ташкентской Медицинской Академии. Возраст пациентов был от 19 до 68 лет (средний возраст $35,9 \pm 5,3$ лет). Мужчин было 52, женщин – 8. Для выбора метода хирургического вмешательства нами был применен дифференцированный подход в лечении, учитывая следующие параметры: созданный нами опросник больных, Хелик тест, оценка размеров перфоративного отверстия и инфильтративного вала, уровень кислотности желудка, морфологические изменения язвенного субстрата, степень инфицированности НР, вид перитонита, степень рубцово-язвенной деформации, состояние больных, наличие тяжелых сопутствующих патологий. У всех пациентов операцию начинали с лапароскопии. Показаниями к первичной лапаротомии явились суммарный балл опросника больных более 19 баллов, длительность заболевания более 12 часов с момента перфорации, общие противопоказания к лапароскопии. Во время лапароскопии показаниями к конверсии явились признаки разлитого гнойного перитонита, размеры перфоративного отверстия более 5мм.

Результаты исследования. Согласно предложенному опроснику при сумме баллов менее 10 баллов предпочтительно проводить миниинвазивные методы лечения, при сумме от 10 до 19 – не стоит ограничиваться только ушиванием, однако интраоперционные находки могут играть роль в пользу миниинвазивных методов, при сумме баллов более 19 – предпочитается выполнение радикальных операций. Необходимо помнить, что опросник не явля-

ется окончательным решением для выбора вида метода операции. Согласно результатам опросника 42 больных получили не более 10 баллов, 10 пациентов - 15-19 баллов и остальные 8 - от 22 до 30 баллов. Мы у 52 больных операцию начали с лапароскопии, 8 пациентам произведена первичная лапаротомия. В послеоперационном периоде специфических хирургических осложнений нами не отмечено. В 1 случае отмечалась летальность, что было связано с исходным тяжелым состоянием и наличием сопутствующих патологий со стороны сердечнососудистой и дыхательной систем. Проведение адекватной консервативной терапии в послеоперационном периоде в отдаленном периоде позволило добиться хороших результатов. Ни в одном случае рецидива заболевания в сроки до 1 года не отмечено. При контрольной эндоскопии у 51 больных отмечено полное рубцев.

Выводы. Таким образом, дифференцированный подход в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки не только позволяет уменьшить травматичность операции, но также способствует сокращению числа травматичных «нежелательных» радикальных операций.

Аюбов Дж.К., Ахтамов А.Н., Курбонов Б.У.

СОЧЕТАНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА С ПЕНЕТРАЦИЕЙ ЯЗВЫ: ВАРИАНТ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино" Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Улучшение методов оперативного лечения больных с сочетанием дуоденостеноза с пенетрацией язвы двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Под наблюдением находились 392 пациента со стенозирующими пенетрирующими язвами 12-перстной кишки. Возраст больных варьировал от 16 до 67 лет. Среди них мужчин было 290 (74%), женщин – 102 (26%), их соотношение составило 2,8:1. У 109 (27,5%) больных продолжительность язвенного анамнеза составлял от 5 до 10 лет, у 234 (62,2%) – от 10 до 20 лет, у 49 (10,3%) - более 20 лет, у 37(9,4%) – ушивание перфоративной язвы, у 48 (12,2%) – кровотечение в анамнезе. Компенсированный стеноз диагностирован - у 53(13,5%), субкомпенсированный – у 112(28,5%) и декомпенсированный – у 227(58%) больных. При этом наиболее часто отмечалась пенетрация язвы в гепатодуоденальную связку (47,4%), одновременно в гепатодуоденальную связку и поджелудочную железу(44,8%) и поджелудочную железу(7,8%).

Результаты исследования. Они распределены на 3 группы: I - 210 больных, у которых применена РЖ; II - 150 больных, которым выполнены СПВ с ДП (90) или ДО (60); III – 32 больных. У 54 больных с язвенно-инfiltrативной формой или «низким» рубцово-язвенным (11,6%) и рубцовым (37,1%) стенозом применена РЖ «на выключение» язвы. Альтернативой РЖ является СПВ с ДП или ДО. В основной группе ДП проводили по типу ПП по Финнею (но без разрушения привратника) – у 59 (56,4%), атипичного варианта Финнея – у 6(9,6%), 2-го типа Финнея – у 5(%), ДП с дозированной пилоротомией – у 5(%), по Таннеру-Кенеди – у 7, бульбодуоденостомии – у 6(12,2%) больных. В группе сравнения применены: поперечный ГДА – у 52(%), у 2(%)- ГДА по Жабуле – у 2(%), - ПП по Финнею – у 6(%). Частота послеоперационных осложнений РЖ составила 20,0%, релапаротомии – 4,8%, летальность – 1,4%, после радикальных органосохраняющих операций составили 10,0%, релапаротомия – 1,3%, летальность – 0,6%.

Выводы. Дуоденостеноз в сочетании с пенетрацией язвы относится к категории «трудных» дуоденальных язв в тактико-техническом плане. В связи с этим, хирургическое лечение этого контингента больных должно быть строго индивидуальным. Стадия стеноза, степень декомпенсации МЭФ желудка, морфологическая форма пенетрации и наличие сопутствующих заболеваний желудка и ДПК определяют выбор того или иного метода операции.

Аюбов Дж.К., Ахтамов А.Н., Гаюрова Н.С.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино" Таджикистан

Научный руководитель: к.м.н., Сайдалиев Ш.Ш.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения желудочно-кишечных кровотечений путем использования современных эндоскопических методов гемостаза (ЭГ).

Материал и методы. За период с 2017 по 2020гг. в хирургических отделениях ГУ ГЦ СМП г. Душанбе, являющихся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, обследовано 74 пациента. Средний возраст пациентов составил 49+_{3,2} года. Мужчин было 39 (52,7%), женщин - 35 (25,9%). При распределении больных по полу и возрасту установлено, что большинство больных ЖКК язвенного генеза были лица трудоспособного возраста: от 30 до 50 лет (94 больных - 58%). Больные пожилого и старческого возраста составили (7,4%). ФГДС занимало ведущее место в алгоритме диагностики и лечения этого контингента пациентов.

Результаты исследования. В область источника кровотечения (дно или края) язвы вводили раствор склерозанта (этоксисклерол 1%), количество которого варьировало в зависимости от размеров изъявления (от 0,5 до 3,0 мм) и диатермокоагуляция. Во всех практически случаях параллельно проводилась консервативная терапия. Консервативное медикаментозное лечение включало в себя современную антихеликобактерную терапию, инфузионную и гемостатические средства.