



**Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ташкентская медицинская академия
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

Материалы Международной научно-практической конференции

**«МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ:
ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА.
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»**

**«ТИББИЁТДА МИНИИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР:
КЕЧА, БУГУН ВА ЭРТАГА.
МУАММОЛАР ҲАМДА РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ»**
Республика илмий-амалий анжумани материаллари

The materials of the Republican scientific conference
**« MINI-INVASIVE TECHNOLOGY IN MEDICINE:
YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW.
PROBLEMS AND DEVELOPMENT PROSPECTS »**

**Редакционная коллегия:
Туйчиев Л.Н., Исмаилов У.С., Рузибаев Р.Ю., Юлдашев Б.С.,
Абдуллаев Р.Б., Батиров Д.Ю., Рузметов П.Ю., Сапаев О.К.,
Хаджиева Н.М., Машарипов О.О., Сапаева Ш.А., Аvezов М.И.,
Ходжаниязов А.А.**

Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Маткулиев У.И., Ашууров Ш.Э., Бекназаров И.Р., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с острыми эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями путем дифференциального подхода к различным методам лечения.

Материал и методы. Нами проведен анализ 215 клинических случаев с острыми язвенными кровотечениями, поступившие в отделение экстренной хирургии II клиники Ташкентской Медицинской Академии за период с 2012 по 2018 годы в возрасте от 18 до 83 лет. У 157 (73,0%) пациентов причиной кровотечения были острые язвы и эрозии желудка (антральный и препилорический отдел – в 117 наблюдениях, тело желудка – 16, кардиальный отдел – 7, дно желудка – 3 и задняя стенка тела и кардиального отдела желудка – 14 случаев) и у 58 (27,0%) – острая язва двенадцатиперстной кишки. Для оценки интенсивности кровотечения использована классификация J.A. Forrest. По интенсивности кровотечения все больные были распределены следующим образом: F-I-A – 7 (3,3%), F-I-B – 19 (8,9%), F-II-A – 34 (15,8%), F-II-B – 135 (62,8%) и F-II-C – 20 (9,3%) пациентов.

С целью достижения гемостаза использовали термические (монополярная, биполярная электрокоагуляция, гидрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция), инъекционные и механические (клипирование сосуда) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза зависел от интенсивности язвенного кровотечения. При кровотечениях F-II-B и F-II-C у 155 (72,1%) пациентов проведена консервативная терапия. В 21 (9,7%) наблюдениях выполнено обкалывание краев язвы, в 7 (3,3%) – электрокоагуляция, в 12 (5,6%) – аргоноплазменная коагуляция, в 9 (4,2%) – клипирование. В 11 (5,1%) случаях применялись комбинированные методы эндоскопической остановки кровотечения. Следует отметить, что в 14 (6,5%) наблюдениях впервые был произведен эндоскопический гемостаз в положении больного на правом боку при кровоточащих язвах задней стенки тела и кардиального отдела желудка.

Полученные результаты. Среди больных, перенесших эндоскопические манипуляции, первичный гемостаз был достигнут в 53 (88,3%) случаях. Рецидив кровотечения отмечено в 7 (11,7%) наблюдениях. После повторного эндоскопического вмешательства в 3 случаях достигнут окончательный гемостаз. 4 (1,9%) пациентов были оперированы на фоне продолжающегося кровотечения. Общая летальность составила 1,4% (3 наблюдения).

Заключение. Широкое внедрение существующих эндоскопических методов гемостаза, усовершенствование подходов к этим вмешательствам дали возможность сократить количество открытых операций, тем самым снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Матризаев Т.Ж

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Предупреждение или остановка кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка является одной из основных задач хирургического лечения больных портальной гипертензией. Частота летальных исходов при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка, несмотря на совершенствование лечебной тактики и внедрение

ВЫБОР ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ	
Кучкаров О.О.	14
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА	
Лигай Р.Е. ¹ , Цой А.О. ¹ , Хаджибаев Ж.А. ¹ , Шагазатов Д.Б. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ² , Умаров З.З. ²	15
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ	
Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Бекназаров И.Р., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х.	17
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	
Матризаев Т.Ж.	17
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА И ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА	
Махмудов А.Х., Дияров Н.А., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С., Сагираев Н.Ж., Самиев М.Б.	18
СЛУЧАЙ УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	
Махмудов А.Х., Хужамурадов Б.Р., Мухтаров Х.А., Самиев М.Б.	19
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
Махмудов Н.И., Юсупов Р.Т., Шерматов Р.М.	20
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Медведев А.П., Максимов А.Л., Вапаев К.Б.	21
ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА С ГАСТРОПЛАСТИКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТЕПЕНИ	
Назирова Ф.Г. ¹ , Низамходжаев З.М. ¹ , Лигай Р.Е. ¹ , Цой А.О. ¹ , Шагазатов Д.Б. ¹ , Нигматуллин Э.И. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ²	22
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА	
Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.	23
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ	
Низамходжаев З.М. ¹ , Лигай Р.Е. ¹ , Цой А.О., Шагазатов Д.Б. ¹ , Хаджибаев Ж.А. ¹ , Файзуллаев О.А. ¹ , Рузматов П.Ю. ² , Бабажанов К.Б. ²	26
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	
Нишонов Ф.Н., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.	27
ЎТКИР БИЛИАР ПАНКРЕАТИТ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОХИРУРГИК ДАВОЛАШ	
Отмуротов Б.Ш. Алланазаров А.Х.	28