



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА  
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

# ***БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ***

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ  
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

## **БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

## **ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим  
проблемам биологии и медицины  
основан в 1996 году  
выходит ежеквартально

***Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ***

**Редакционная коллегия:**

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,  
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),  
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,  
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,  
Ш.А. Юсупов***

## УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный  
медицинский институт

### **Адрес редакции:**

Республика Узбекистан, 140100,  
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

### **Телефон:**

(99866) 233-36-79

### **Факс**

(99866) 233-71-75  
(99866) 231-00-39

### **Сайт**

[pbim.uz](http://pbim.uz)

### **e-mail**

[pbim.uz@gmail.com](mailto:pbim.uz@gmail.com)  
[sammi-xirurgiya@yandex.ru](mailto:sammi-xirurgiya@yandex.ru)

*Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Самаркандской области  
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| Х.А. Акилов       | (Ташкент)   |
| Н.А. Абдуллаев    | (Самарканд) |
| А.Н. Аллаяров     | (Самарканд) |
| О.А. Атаниязова   | (Нукус)     |
| Т.А. Аскарлов     | (Бухара)    |
| А.В. Девятов      | (Ташкент)   |
| И.И. Затевахин    | (Россия)    |
| С.И. Исмаилов     | (Ташкент)   |
| А.Ю. Разумовский  | (Россия)    |
| Rainer Rienmuller | (Австрия)   |
| В.М. Розинов      | (Россия)    |
| Л.М. Рошаль       | (Россия)    |
| А.А. Хусинов      | (Самарканд) |

Подписано в печать 22.04.2017.

Сдано в набор 13.05.2017.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 66

Заказ 69

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

## **МАТЕРИАЛЫ**

*71-й научно-практической конференции  
студентов и молодых ученых  
с международным участием*

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**

*Самарканд 18-19 мая 2017 г.*

неонатальные судороги, преимущественно возникающие в 1–3 сутки, чаще фрагментарные, тонические, с высокой частотой повторных и резистентных эпизодов, постнеонатальные судороги. Целесообразно применение компьютерной томографии головного мозга у детей раннего возраста.

### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Курбаниязова Ф.З., Курбаниязова А.З., студентки леч. факультета СамМИ

Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии (научный руководитель: доц. Курбаниязов З.Б.)

В исследование было включено 281 пациенты с заболеваниями ЩЖ, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2011 по 2016 г. Среди пациентов были 253 (90,03%) женщин и 28 (9,97%) мужчин. Средний возраст обследованных был 29±6 лет (от 7 до 68 лет). Больных вызывали активным способом, с помощью писем, а также был изучен архивный материал клиники СамМИ. У больных были тщательно изучены анамнез заболевания. Особое внимание было уделено длительности заболевания, медикаментозному лечению препаратами тиреоидных гормонов после операции. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний ЩЖ. Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее пальпацию ЩЖ, аускультацию сердца и сосудов, ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ и зон регионарного лимфооттока в режиме реального времени (исходно и в различные сроки после операции), определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (исходно и в различные сроки после операции), гистологию удаленного препарата проводили всем больным. Степень увеличения ЩЖ оценивали по классификации Николаева О.В. на основании УЗИ и пальпации ЩЖ. У 71 (25,3%) больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 (74,7%) узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 (15,69%) больных, узловой зоб - у 192 (68,3%), смешанный зоб - у 45 (16,01%). На основании гормональных исследований крови (определение содержания трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона), а также клинической картины у пациентов был установлен тиреоидный статус. Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния ЩЖ. 48 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течение от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу. Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 (2,5%) пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли ЩЖ, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция ЩЖ была выполнена 81 (28,8%) больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли ЩЖ, их составило 190 (67,6%) пациентов. Результаты и их обсуждение: Частота осложнений на ЩЖ во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством операций выполняемых им в год. В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет. После вызова больных мы провели полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных (90,2%), легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6 (3,1%), средней степени тяжести гипотиреоз у 8 (4,1%), гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли ЩЖ (2) и диффузного токсического зоба (3). Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на ЩЖ является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 (94,3%) больных. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,7%) в течении от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не принимали тиреоидные гормоны после операции. Выводы: Частота послеоперационных осложнений хирургического лечения заболеваний ЩЖ очень низкая: послеоперационное кровотечение 4,7%, временный парез возвратного нерва 5,8%, стойкий паралич возвратного гортанного нерва 0%, транзиторный гипопаратиреоз 1,15%, перманентный гипопаратиреоз 0%. На основании изучения отдаленных результатов лечения больных зобом определен оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция ЩЖ и тиреоидэктомия. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов после проведенных операций. Для профилактики послеоперационного рецидива зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

### ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПЕЧЕНИ

Лещук И.В., студентка 21 группы II медицинского факультета ХарНМУ

Кафедра хирургии №2 (зав. каф. – д.м.н. Криворучко И.А.)

Научный руководитель: к.м.н. Свирепо П.В.

Представлен анализ лечения 80 пострадавших с ТСТ, находившихся на лечении с 2009 по 2015 г., которым выполнено оперативное вмешательство на органах брюшной полости. При этом у 60 (75%) больных диагностирована закрытая травма брюшной полости, у 20 (25%) - открытые повреждения печени. Тяжесть травмы классифицировали по шкале военно-полевая хирургия повреждений печени (ВПХ ПП). Результаты и их обсуждение: В 64 (80%) случаях повреждения печени сочетались с повреждением почек, селезенки – в 16 (20%). Поверхностные раны печени I ст. диагностированы у 53 (66,7%) больных, глубокие II-III ст. - у 27 (33,75%). В 37 (46,7%) случаях разрывы печени носили множественный характер. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение верифицировано в 75 (93,3%) случаях. Всем пострадавшим проводили ультразвуковое исследование в динамике, и выполнялся лапароскопический анализ. Объем хирургической обработки раны печени зависел от степени повреждения, тяжести кровопотери и состояния пострадавшего. При поверхностных ранениях (I ст.) шов печени не производился, достаточной была обработка с помощью электрокоагуляции. Небольшие ранения печени II ст. с кровотечением ушивали на всю глубину гемостатическими П-образными швами из рассасывающегося материала с последующим тампонированием прядью большого сальника на ножке. При глубоких (сквозных) ранениях печени после экономного иссечения раневой канал тампонируют прядью большого сальника на ножке. При обширных повреждениях печени на диафрагмальной поверхности производили переднюю гепатопексию. При повреждениях дорзальной поверхности - заднюю гепатопексию. При обширных травмах III ст. выполняли атипичную резекцию печени у 5 (6,25%) больных с применением гемостатической губки или пластины «Тахокомб». При повреждениях III-IV ст. выполняли декомпрессию желчных путей - холецистостома или холедохостома. При развитии коагулопатического кровотечения производилась тугая тампонада, лечение проводилось по принципу многоэтапного хирургического

лечения, которое осуществлялось в три этапа: остановка кровотечения, интенсивная терапия до стабилизации жизненно важных функций органов, окончательная хирургическая коррекция всех повреждений. Выводы: 1. Объем хирургической обработки ран печени зависит от степени ее повреждения и тяжести состояния пациента. 2. У крайне тяжелых пациентов необходимо применять тактику многоэтапного хирургического лечения.

### ИЗУЧЕНИЕ СПОСОБОВ КОРРЕКЦИИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ГЕМОТРАНСФУЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Максимов И.Е., Фахриева А.Ф., студенты 4 курса 417 группы леч. факультета ФГБОУ ИГМА ВО  
Кафедра общей хирургии (зав. каф. – проф. Пушкарев В.П.)

Научный руководитель: доц. Тихомирова Г.И.

Обследовано 294 пациента хирургического отделения за период 2014-2016гг. Изучались параметры тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза. Мужчины составили 68,4%, женщины – 31,6%, в 57,9% случаев в возрасте от 31 до 50 лет, безработных было 42,3%, причинами ЦП в 57,4% случаев явились алкогольная интоксикация, в 37,7% – вирусы гепатита, в 4,9% – не известно, стаж употребления алкоголя составлял от 6,93±0,7 до 9,26±1,2 лет, средняя ежедневная доза за последний год отмечена респондентами от 235,0± 25,5 до 220,3± 25,3мл. По классификации Чайлда-Пью в зависимости от степени декомпенсации в 50,0% случаев встречался класс С (декомпенсированный), в 45,0% – класс В (субкомпенсированный) и только в 5,0% – класс А (компенсированный). По степени кровопотери пациенты со второй степенью составили 32,4%, с третьей – 47,5%, с четвертой – 20,1% случаев. Необходимость в обоснованном переливании эритросред составила при III степени кровопотери в 39,7% случаях, фактически было перелито в 64,5% клинических наблюдений, при IV степени – в 50,6% и в 52,3% наблюдениях соответственно. При переливании свежезамороженной плазмы (СЗП) при II степени кровопотери – в 17,8% и 32,6% случаев соответственно, при III степени – в 31,4% и 37,3%, при IV степени – в 50,3% и 53,5% случаев соответственно. При изучении гемодинамических показателей после проведенной гемотрансфузии выявлено, что повышение уровня гемоглобина (Hb) произошло у 72,2% пациентов от 46,3 ± 4,7 г/л в среднем при поступлении до 101,0 ± 1,2 г/л при выписке. У 27,8% больных эффект отсутствовал и уровень Hb после проведенного лечения к выписке из стационара составил 74,1± 1,3 г/л. Уровень тромбоцитов, фибриногена и протромбинового индекса (ПТИ) повысился у 48,3% больных, у 29,0% же показатели не изменились, изменились АЧТВ (сек) – от 42,2 ± 1,5 до 43,6±1,6; гематокрит – от 39,0±1,3 до 40,2±1,2; протромбин – от 78,9±3,1 до 81,8±2,8%; тромбиновое время (сек) – от 16,6±0,4 до 16,1±0,2. Выраженная тромбоцитопения (102,3±1,3) отмечалась у 53,6% больных до начала гемотрансфузий, после проведенного лечения этот показатель улучшился у 37,9% пациентов. Выводы: Цирроз печени, осложненный кровотечением, встречался чаще у мужчин, в возрасте от 30 до 50 лет. Частой причиной возникновения ЦП являлась хроническая алкогольная интоксикация (в 57,4%) случаев. Большая часть больных госпитализировалась с клиническими проявлениями II и III степени тяжести кровотечения. При недостаточном эффекте гемостатической терапии применялась гемотрансфузия, в первую очередь переливания СЗП. Положительные результаты проведенных гемотрансфузий подкреплялись положительной динамикой лабораторных показателей. Проведенный анализ эффективности терапии на основе лабораторно-диагностических показателей позволил определить возможности пересмотра вопросов лечебной тактики при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

Маманов Н.Г., студент 4 курса 213 группы медико-пед. факультета  
Ферганского филиала ТМА Ферганский филиал РНЦЭМП

Кафедра хирургических болезней и основы патологии (зав. каф. – доц. Шерматов Р.М.)

Научный руководитель: Зияев В.Ф.

Мы наблюдали за 218 больных (доброкачественная гиперплазия предстательной железы и мочекаменная болезнь) получавших оперативное лечение в урологической отделении РНЦЭМПФФ. Результаты и их обсуждение: Нами изучена микробиологическая структура у 218 больных урологическими заболеваниями, поступивших на оперативное лечение с диагнозами: мочекаменная болезнь (МКБ) - у 115 (52,7%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – у 103 больных (47,3%). Внутрибольничные инфекции мочевых путей (ВБИ МП) были диагностированы у 48 (22%) больных: из них 26 (22,6%) пациентов с МКБ и 22 (21,3%) пациентов с ДГПЖ. Наиболее часто выделялась культура *E. coli* – у 62 больных (28,4%), *Staphylococcus* – у 70 (32,2%), *Streptococcus* – у 60 (27,5%), *Klebsiella* – у 1 (0,4%) и у 17 больных (7,8%) отмечались икробные ассоциации. После оперативного лечения через 3-4 дня при микробиологическом исследовании мочи выделены возбудители ВБИ МП у больных с МКБ и ДГПЖ, которые относились грамотрицательным микроорганизмам: *E. coli* (39,6%), *Klebsiella* (8,3%), *Ps.aeruginosa* (12,5%), *Proteus* (2,1%), а также выделены грамположительные микроорганизмы - *Staphylococcus* (14,6%), *Streptococcus* (12,5%). У 5 (10,4%) больных отмечались микробные ассоциации. Установлена чувствительность микроорганизмов *E. coli*, *Klebsiella*, *Ps.aeruginosa*, *Proteus*, *Staphylococcus* и *Streptococcus*, выделенных из мочи больных к 15 антибиотикам: ампицилину, цефазолину, цефтриаксону, азитромицину, ципрофлоксацину, офлоксацину, гентамицину, фуразидону, эритромицину, меркацину, левомицетину, невивраму, нистатину. Выводы: Результаты исследования ВБИ после оперативных вмешательств по поводу МКБ и ДГПЖ показали, что штаммы всех видов микроорганизмов (*E. coli* – 39,6%, *Klebsiella* – 8,3%, *Ps.Aeruginosa* – 12,5%, *Proteus* – 2,1%, *Staphylococcus* – 14,6%) у больных обладали выраженной полирезистентностью к 7-9 антибиотикам. Антибиотиками выбора в урологической клинике были предложены: цефтриаксон, ципрофлоксацин, гентамицин и меркацин.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Маманов Н.Г., студент 4 курса 213 группы медико-пед. факультета Ферганского филиала ТМА Ферганский филиал РНЦЭМП  
Кафедра хирургических болезней и основы патологии (зав. каф. – доц. Шерматов Р.М.)

Научный руководитель: Зияев В.Ф.

Материал и методы исследования: истории болезни 125 пациентов со стриктурой уретры различной этиологии, прооперированных в урологической отделении «МДС» с 2014 по 2016 г. (3 лет). Результаты и их обсуждение: Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее лабораторное, инструментальное, ультразвуковое и рентгенологическое исследования. Протяженность стриктур колебалась в пределах от 0,2 до 3,0 см. Кроме того, встречались множественные стриктуры, общей протяженностью до 12-13 см. Результаты оперативного лечения оценивались данными уретрографии и опросника I-PSS. Внутренняя оптическая уретротомия была использована в 91 (72,5%) случаев. Операция проводилась резектоскопом фирмы “STORZ” с нулевой оптикой и “холодным” ножом под контролем, введенного в мочевой пузырь, эластичного проводника. Рассечение проводилось на 12 часах условного циферблата по