

O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi

Bosh muharrir:

Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z.A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Akramov V.R., t.f.d., dotsent
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Abdixakimov A.N., t.f.d.
Babajanov A.S., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda
ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma: 0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,
51-uy.
Tel.; 268-08-17
E-mail: info@avuz. uz
Veb - sayt: www. avuz. uz



(110)

В
У
Л
Л
Е
Т
Е
Н
И

TAHRIRIYAT KENGASHI

Gaybullaev A.	(Toshkent)
Gafur-Axunov M.A.	(Toshkent)
Halimova H.M.	(Toshkent)
Hasanov S.S.	(Toshkent)
Juraev A.M.	(Toshkent)
Zakirov N.U.	(Toshkent)
Zohidova M.Z.	(Toshkent)
Ibadov R.A.	(Toshkent)
Ismailov U.S.	(Toshkent)
Kamilova U.K.	(Toshkent)
Mamasoliev N.S.	(Andijon)
Musabaev E.I.	(Toshkent)
Muxtarov D.Z.	(Toshkent)
Normatova Sh.O.	(Toshkent)
Palvanova S.I.	(Urganch)
Po'latov Sh.B.	(Farg'ona)
Sodiqov A.S.	(Toshkent)
Xodjaev N.I.	(Samarqand)
Fozilov A.A.	(Toshkent)

МУХАРРИР МИНБАРИ

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Асадов Д.А., Хакимов В.А. Ўзбекистонда узлуксиз касбий тиббий таълимни янада такомиллаштириш бўйича баъзи мумкин бўлган инновацион йўналишлар

Мирджураев Э. Тамаки инновацияси тармоқлари янгилик оstonасида, тамакига муқобил инқилоб яратадиган ва чекиш билан боғлиқ касалликлар хавфини камайтириш

Мамадова Г. Б., Назарова Н. Б. Тиббий хизматлар бозорининг асосий хусусиятлари

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Эрметов А.Т., Ходжибаев А.М., Кобиллов М.О., Яхшибоев Э.Э. Қўкрак ва қорин бўшлиғининг қўшма жараҳотларида видеоторакоскопия ва лапароскопиянинг аҳамияти

Муминов А.Т., Эргашев У.Ю., Мустафакулов Г.И., Минавархужаев Р.Р. Жигарнинг бўшлиқли ҳосилаларини даволашда минимал инвазив технологияларнинг ўрни

Эргашев У.Ю., Мустафакулов Г.И., Муминов А.Т., Минавархужаев Р.Р. Обструктив сариклик билан оғриган беморларни даволашда тери орқали минимал инвазив технологиялардан фойдаланиш

Турсунов Э. Я., Закиров Н.У., Кеворков А. Г., Курбанов Р.Д. Юрак ишемик касаллиги сабабли кузатилувчи тўсатдан юрак ўлими ва уни башорат қилиш имкониятлари

Закиров Н.У., Махкамова М.М. Хомиладорларда юрак ритми бузилишлари: тарқалиши, этиологияси ва патогенези

Зокирова М.Б., Нуриллаева Н.М. Ацетилсалицил кислотаси қўлланилганда фибринолиз ингибитори тромбин-фаолланиши фаолиятини ўрганиш

Салаева М.С., Рустомова М.Т., Турсунова М.У., Хайруллаева С.С. Касалликнинг оғирлигига қараб СОЎК беморларида клиник, функционал ва инструментал ўзгаришлар

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

6 **Асадов Д.А., Хакимов В.А.** Некоторые возможные инновационные направления дальнейшего совершенствования непрерывного профессионального медицинского образования в Узбекистане

12 **Мирджураев Э.** Инновации табачной индустрии находятся на пороге новой революции, которая создает альтернативу табаку, направленную на значительное снижение рисков заболеваний, связанных с курением

14 **Мамадова Г. Б., Назарова Н. Б.** Основные характеристики рынка медицинских услуг

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

17 **Эрметов А.Т., Ходжибаев А.М., Кобиллов М.О., Яхшибоев Э.Э.** Роль видеоторакоскопии и лапароскопии при сочетанных травмах груди и живота

21 **Муминов А.Т., Эргашев У.Ю., Мустафакулов Г.И., Минавархужаев Р.Р.** Место миниинвазивных технологий в лечении полостных образований печени

26 **Эргашев У.Ю., Мустафакулов Г.И., Муминов А.Т., Минавархужаев Р.Р.** Применение чрескожных миниинвазивных технологий в лечении больных с механической желтухой

32 **Турсунов Э. Я., Закиров Н.У., Кеворков А. Г., Курбанов Р.Д.** Внезапная сердечная смерть вызванная ишемической болезнью сердца и возможности ее прогнозирования

40 **Закиров Н.У., Махкамова М.М.** Нарушения ритма сердца у беременных: распространенность, этиология и патогенез

45 **Зокирова М.Б., Нуриллаева Н.М.** Изучение активности тромбин-активируемого ингибитора фибринолиза при применении ацетилсалициловой кислоты

47 **Салаева М.С., Рустомова М.Т., Турсунова М.У., Хайруллаева С.С.** Клинико-функциональные и инструментальные изменения у больных ХОБЛ в зависимости от тяжести течения заболевания

Учет показаний и противопоказаний способствовал проведению ультразвуковых пункционно-дренажных методов лечения полостных образований печени с большой эффективностью и малыми осложнениями.

Значительное количество клинических наблюдений, широкий комплекс использованных клинико-лабораторных и инструментальных методов дифференциальной диагностики, анализ результатов лечения и динамических наблюдений позволили разработать лечебно-диагностический алгоритм у больных полостными образованиями печени (табл.2).

Выводы. 1. Малоинвазивные пункционно-дренажные методы лечения полостных образований печени под контролем эхографии (диагностика, лечение и мониторинг) - малотравматичны, эффективны; позволяют избавить больных от риска повторной операции, в большинстве случаев являются альтернативой традиционному хирургическому вмешательству. 2. Пункционное лечение показано при малых размерах паразитарных кист печени, а также при абсцессах печени и остаточных полостях после операций на печени. Противопоказаниями к выполнению миниинвазивных методов лечения полостных образований печени являются: кистозная опухоль печени, эхинококковая киста с множественными дочерними кистами, погибшая материнская киста, кальциноз стенок эхинококковой кисты, киста, прорвавшаяся в желчные пути, брюшную или плевральную полость.

3. Пункционно-дренажное лечение непаразитарных кист печени значительно уменьшало их размеры, что создало наиболее благоприятный фон, расширяющий показания к применению радикальных операций.

4. Разработанный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий позволил в кратчайший срок установить диагноз и выбрать оптимальный метод лечения полостных образований печени.

Литература.

1. Альперович Б.И. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толхаева // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006. – №1. – С.7-10.
2. Каримов Ш. И., Ахмедов Р. М., Эргашев У. Ю. Поглотительно-выделительная функция печени у больных с механической желтухой до и после эндобилиарных вмешательств // *Вестник хирургии.* – 1992. – Т. 148. – №. 1. – С. 138.
3. Матевосян В.Р., Харнас С.С., Лотов А.Н. и др. Диагностика и выбор метода хирургического лечения непаразитарных кист печени // *Хирургия.* 2002. - № 7. - С. 31-36.
4. Мустафакулов Г. И., Атаходжаева Ф. А., Эргашев У. Ю. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура при беременности // *Журнал теоретической и клинической медицины.* – 2020. – №. 1. – С. 104-107.
5. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. и др. Частота и причины рецидивного и резидуального эхинококкоза печени и брюшной полости // *Хирургия Узбекистана.* - 2003. - №1. - С.24- 27.
6. *Chai J.* Clinical efficiency of albendazole emulsion in treatment of 212 cases of liver cystic hydatidosis. *Chin Med J (Engl)* 2002; 115: 12:1809—1813.
7. Ergashev U. Y. et al. Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: prevention of hormonal complications in the stomach and duodenum // *Central Asian Journal of Medicine.* – 2020. – Т. 2020. – №. 2. – С. 5-28.
8. Ergashev U. Y. Ernazarov Kh. I., Zohirov AR, Alzabni ID 2022. Complex Treatment of Experimental Model of Diabetic Foot Syndrome // *American Journal of Medicine and Medical Sciences.* – 2022. – Т. 12. – №. 5. – С. 471-480.
9. Kelly K., Weber S.M. Cystic diseases of the liver and bile ducts. *J. Gastrointest. Surg.* 2014; 18 (3): 627–634. doi: 10.1007/s11605-013-2426-8.
10. Tabain I, Sviben M, Ljubin-Sternak S. et all. Seroprevalence of Echinococcus granulosus infection in Croatian patients with cystic liver disease // *Helminthology.* – 2010. – P.1-4.

УДК.616.36-008.51-073.75-089

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Эргашев У.Ю., Мустафакулов Г.И., Муминов А.Т.,
Минавархужаев Р.Р.

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования является оценить эффективность ЧЧЭБВ у больных механической желтухой различной этиологии на основании динамического изучения функционального состояния печени в ближайшем и отдаленном периоде лечения. 102 больным механической желтухой различной этиологии были выполнены рентгенэндобилиарные вмешательства. Больные были распределены на две группы: первую составили 56 больных обтурационной желтухой доброкачественной этиологии, вторую - 46 больных злокачественного генеза. **Вывод:** ЧЧЭБВ улучшают функциональную деятельность печени, увеличивают печеночный кровоток, снижают активность деструктивных процессов в печени, быстрее ликвидируют явления печеночной недостаточности, которые являются основной причиной неудовлетворительных результатов.

Ключевые слова. чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства, механическая желтуха, миниинвазивных операции.

ОБСТРУКТИВ САРИҚЛИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ТЕРИ ОРҚАЛИ МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Тадқиқотнинг мақсади - даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли даврида жигарнинг функционал ҳолатини динамик ўрганиш асосида турли хил этиологияли обструктив сариқлик билан оғриган беморларда ТЖЭБО самарадорлигини баҳолаш. Турли этиологияли обструктив сариқлик билан касалланган 102 нафар беморга рентген эндобилиар амалиётлар ўтказилди. Беморлар икки гуруҳга бўлинди: биринчисида хавфсиз обструктив сариқлик билан оғриган 56 нафар бемор, иккинчисида - хавфли келиб чиқиши бўлган 46 нафар бемор. **Хулоса:** ТЖЭБО жигарнинг функционал фаоллигини яхшилайти, жигар қон оқимини нормаштиради, жигарда деструктив жараёнларнинг фаоллигини камайтиради, қониқарсиз натижа сабаби бўлган жигар етишмовчилиги таъсирини тезда йўқ қилади.

Калит сўзлар. Тери жигар орқали эндобилиар операсиялар, обструктив сариқлик, минимал инвазив операциялар.

THE USE OF PERCUTANEOUS MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

The aim of the study is to evaluate the effectiveness of PTEI in patients with obstructive jaundice of various etiologies based on a dynamic study of the functional state of the liver in the immediate and long-term period of treatment. 102 patients with obstructive jaundice of various etiologies underwent X-ray endobiliary interventions. The patients were divided into two groups: the first consisted of 56 patients with benign obstructive jaundice, the second - 46 patients of malignant origin. **Conclusion:** PTEI improve the functional activity of the liver, increase hepatic blood flow, reduce the activity of destructive processes in the liver, quickly eliminate the effects of liver failure, which are the main cause of poor results.

Keywords. percutaneous transhepatic endobiliary interventions, obstructive jaundice, minimally invasive operations.

Введение. Лечение механической желтухи является сложной проблемой современной хирургии. Прогрессирующая печеночная недостаточность является основной причиной неудовлетворительных результатов лечения больных с этим синдромом, приводящая в послеоперационном периоде в 53-64% случаев к летальному исходу [1,4,10]. Значительные нарушения функционального состояния печени, развитие дистрофической и деструктивной трансформации гепатоцитов, обуславливающих печеночную недостаточность, развиваются в связи с недостаточно эффективным предоперационным лечением [2,3,5].

Исходя из этого, в последнее время чаще и активнее применяются прогрессивные щадящие методы лечения, выгодным преимуществом которых является малая травматичность, не превышающая границ компенсаторных возможностей функции печени. Они позволяют достаточно эффективно ликвидировать основные симптомы механической желтухи - гиперхолемию, желчную гипертензию, интоксикацию, приводящие к развитию печеночной недостаточности. Одним из этих методов являются чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства (ЧЧЭБВ), которые применяются в основном как этап подготовки к основному вмешательству, а при определенных обстоятельствах как самостоятельное лечение [6,7,8,9]. Однако анализ литературы последних лет показывает, что при этом недостаточно полно оценивается глубина поражения печени, нередко мимо внимания проходят скрытые явления печеночной недостаточности, нет оценки реабилитации функции печени. Наличие подобных сведений без сомнения внесло бы существенные коррективы в проводимое лечение. В связи с этим исключительно важным представляется изучение влияния эндобилиарных вмешательств на функциональное состояние печени в динамике с применением высокоинформативных методов диагностики, определяющих выбор рациональной тактики лечения у больных с различными степенями печеночной недостаточности, различными видами дренирования. Принципиально важным представляется разработка критериев и сроков выполнения основного этапа лечения с целью восстановления постоянного пассажа желчи в кишечник, основанная на оценке функционального состояния печени. Необходим также анализ эффективности лечения больных механической желтухой методом ЧЧЭБВ в отдаленный период наблюдения, сравнительная оценка с традиционными хирургическими методами. Все это позволит определить роль и место ЧЧЭБВ в лечении больных с механической желтухой.

Цель работы. Оценить эффективность ЧЧЭБВ у больных механической желтухой различной этиологии на основании динамического изучения функционального состояния печени в ближайшем и отдаленном периоде лечения.

Материал и методы исследования. 102 больным механической желтухой различной этиологии были выполнены рентгенэндобилиарные вмешательства. Больные были распределены на две группы: первую составили 56 больных обтурационной желтухой доброкачественной этиологии, вторую - 46 больных злокачественного генеза. У 82% пациентов длительность желтухи была более 3 недель. Средний уровень билирубина в крови у больных злокачественного генеза составил 399,5 мкмоль/л, а у больных доброкачественной этиологии 231,9 мкмоль/л. Комплекс обследования включал в себя: общеклинические, биохимические исследования, уевиридиновый тест, гепотографию, ультразвуковые и эндоскопические методы исследования. С учетом цели поставленных задач особое значение придавалось биохимическим методам исследования показателей функционального состояния печени. Белковообразующую функцию печени определяли изменением в крови общего белка на анализаторе «ФП-901» (Финляндия), альбуминов и глобулинов на анализаторе «Вескон» (США). Ферментную функцию печени определяли активностью индикаторных ферментов (аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансфераза), показывающих степень цитолиза гепатоцитов, экскреторного фермента (щелочная фосфатаза), отражающий холестатический синдром и холинэстеразу, характеризующий гепатодепрессивный синдром на анализаторе «ФП-901». Поглочительно-экскреторную функцию печени и ее кровоток изучали уевиридиновым методом. Уевиридин (производства Германия) вводили в течение 30 сек внутривенно из расчета 0,5 мг на 1 кг веса тела. Перед введением препарата и через 3 и 7 мин после введения производили забор крови из подключичной вены и в сыворотке определяли концентрацию препарата при помощи спектрофотометра - СФ-26 (Россия) при длине волны - 810 нм. Период полувыведения уевиридина определяли по формуле:

$$T_{1/2} = \frac{1,204}{1qExt_3 - 1qExt_7} \text{ (мин)}$$

Печеночный кровоток определяли по формуле:

$$ПК = \frac{ОЦК * 0,693}{T_{1/2}} \text{ мл/мин/кг}$$

Относительный печеночный клиренс (ОПК) - процент объема плазмы очищенной от уевиридина в 1 мин определяли;

$$ОПК = \frac{0,693 * 100}{T_{1/2}} \text{ (%)}$$

Поглочительно-выделительную функцию паренхимы печени изучали при помощи радионуклидной гепатографии с бенгалроз I^{131} на радиометрической установке фирмы «Гамма» (Венгрия). I^{131} вводили внутривенно из расчета 3,7-7,4 кБк/кг и высчитывались следующие показатели:

T max - время максимального накопления препарата в печени (мин)

T 1/2 - время полуочищения крови от препарата (мин)

T киш. - начало поступления препарата в кишечник (мин).

Ультразвуковое исследование выполняли с помощью аппарата Д-250 фирма «А1ока» (Япония).

Эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта производили при ПОМОЩИ фиброэндоскопов фирмы «Olimpus» (Япония).

В зависимости от вида поражения выполняли наружное и наружно-внутреннее дренирование.

На основании изучения показателей функционального состояния печени оценена эффективность применения ЧЧЭБВ в отдаленном периоде до 3 лет.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех больных механической желтухой доброкачественной этиологии удавалось относительно легко и малатравматично создавать сразу или на 1-3 сутки наружно-внутреннее и внутреннее дренирование, нежели у больных со злокачественными заболеваниями, при этом восстанавливалась естественная печеночно-кишечная циркуляция желчи в кишечник. Для больных обтурационной желтухой неопухолевого этиологии с легкой степенью печеночной недостаточности применение ЧЧДЖП сразу и

значительно улучшало общее состояние, которое к 10 суткам становилось удовлетворительным. У больных со средней степенью печеночной недостаточности такое улучшение общего состояния наступало на 15 сутки дренирования желчных путей. А у больных с тяжелой степенью печеночной недостаточности стойкое улучшение общего состояния наблюдалось на 21 сутки чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей. Клиническое улучшение общего состояния больных коррелировало с функциональными показателями печени. Липидная функция печени нормализовалась в более короткие сроки по сравнению с другими функциями печени. Белковосинтезирующая функция печени восстанавливалась плавно. По данным уевиридинового теста отмечаюь глубокое угнетение поглотительно-выделительной функции печени. Однако, в процессе ЧЧДЖП период полувыведения уевиридина у больных с легкой степенью печеночной недостаточности сокращался к 15-21 суткам дренирования с $7,7 \pm 0,3$ до $2,6 \pm 0,1$ мин, у больных со средней степенью в эти же сроки сокращался с $11,1 \pm 0,7$ до $2,8 \pm 0,1$ мин, а у больных с тяжелой степенью печеночной недостаточности сохранялось нарушение этой функции, период полувыведения уевиридина понижался с $21,4 \pm 1,1$ лишь до $9,8 \pm 0,3$ мин. В эти же сроки печеночный кровоток увеличивался у больных с легкой степенью печеночной недостаточности с $7,9 \pm 0,4$ до $12 \pm 0,1$ мл/мин/кг, у больных со средней степенью возрастал с $6,7 \pm 0,2$ до $13,3 \pm 0,3$ мл/мин/кг, а с тяжелой - с $4,6 \pm 0,4$ до $7,6 \pm 0,2$ мл/мин/кг.

Данные гепатографии говорили об угнетении способности гепатоцитов поглощать и выводить радиофармпрепарат (РФП) из печени, но данное исследование отражало благоприятное влияние ЧЧДЖП. Так, время максимального поглощения РФП к 15-21 суткам дренирования у больных с легкой степенью печеночной недостаточности снижалось с $46,7 \pm 3,0$ до $25,2 \pm 2,0$ мин, со средней степенью понижалось с $53,2 \pm 3,1$ до $31,6 \pm 3,3$ мин и у больных с тяжелой степенью печеночной недостаточности снижалась с $54,9 \pm 2,7$ до $43,5 \pm 3,1$ мин.

Сравнительный анализ динамики изменений показателей функционального состояния печени и печеночного кровотока в процессе ЧЧДЖП, выявил довольно тесную взаимосвязь. Однако у больных с тяжелой степенью печеночной недостаточности восстановление печеночного кровотока наступало позже, в среднем на одну неделю. Клиническое улучшение общего состояния в указанные сроки, восстановление и нормализация всех функций печени, печеночного кровотока считали критериями показанности второго этапа лечения. На этом этапе 25 больных были прооперированы. Произведены следующие оперативные вмешательства; 14 больным произведена холецистэктомия + холедохолитотомия с «глухим швом», 6 больным холедоходуоденостомия и 5 больным холецистэктомия. Ухудшение показателей функционального состояния печени в послеоперационном периоде мы фактически не отмечали. После того как мы стали учитывать уевиридиновый тест в качестве одного из критериев показанности второго этапа лечения, послеоперационные осложнения снизились с 14,2% до 8%, а летальность - с 4,7% свелась к нулю.

ЧЧЭБВ на втором этапе выполняли в более ранние сроки, чем операции. При этом ухудшение состояния больных, нарастание явлений печеночной недостаточности мы не отмечали. Осложнений и летальных исходов, связанных с применением ЧЧЭБВ на втором этапе, не отмечали.

У больных механической желтухой опухоловой этиологии ЧЧЭБВ оказывали существенное влияние на общее состояние и функции печени. Так, стойкое улучшение общего состояния у всех больных с легкой степенью печеночной недостаточности наступало к 12-17 суткам дренирования, у 87,4% больных со средней степенью такое улучшение наступало к 18-25, а у тяжелой к 28-35 суткам - у 66,7% больных. Клиническое улучшение общего состояния больных коррелировало с показателями функционального состояния печени. Так, концентрация билирубина в крови к указанным срокам дренирования снижалась у больных с легкой степенью печеночной недостаточности с $232,3 \pm 17,3$ до $59,1 \pm 3,3$ мкмоль/л, у больных со средней степенью с $379,4 \pm 17,6$ до $112,8 \pm 10,4$ мкмоль/л, а с тяжелой степенью - с $536,9 \pm 23,5$ до $171,2 \pm 14,8$ мкмоль/л.

Более быстрыми темпами восстанавливалась липидная функция печени в процессе ЧЧДЖП. Так, концентрация холестерина к 10 суткам дренирования снизилась у больных с легкой степенью печеночной недостаточности с $10,1 \pm 1,3$ до $6,2 \pm 0,8$ ммоль/л, у больных со средней степенью она понизилась к 15 суткам - с $10,9 \pm 0,9$ до $6,6 \pm 0,7$ ммоль/л, а у больных с тяжелой степенью к 21 суткам - с $11,7 \pm 1,1$ до $6,2 \pm 0,4$ ммоль/л. Белковосинтезирующая функция печени восстанавливалась плавнее. Так, концентрация общего белка к указанным срокам дренирования у больных с легкой степенью печеночной недостаточности повышалась с $61,4 \pm 3,5$ до $70,3 \pm 2,1$

г/л, со средней - с $60,8 \pm 2,0$ до $69,7 \pm 3,1$ г/л и у больных с тяжелой степенью повысилась с $59,9 \pm 1,9$ до $70,9 \pm 2,1$ г/л. Концентрация альбумина в сыворотке крови восстанавливалась медленнее. Так, в указанные сроки у больных с легкой степенью печеночной недостаточности альбумин повысился с $50,9 \pm 1,4$ до $55,3 \pm 1,1$ г/л, со средней возрос с $50,1 \pm 1,9$ до $54,3 \pm 1,3$ г/л, а с тяжелой - с $48,3 \pm 1,2$ до $53,5 \pm 1,2$ г/л.

Отмечалось глубокое угнетение поглотительно-выделительной функции печени. Так, к 15-21 суткам дренирования период полувыведения уевиридина у больных с легкой степенью печеночной недостаточности ускорялся с $21,1 \pm 1,8$ до $16,0 \pm 1,4$ мин, со средней - с $29,2 \pm 1,3$ до $22,5 \pm 1,4$ мин и с тяжелой - с $50,0 \pm 3,3$ до $33,6 \pm 2,6$ мин. В эти же сроки дренирования у больных с легкой степенью печеночной недостаточности увеличивался объем печеночного кровотока с $2,5 \pm 0,1$ до $3,8 \pm 0,3$ мл/мин/кг, со средней с $1,8 \pm 0,2$ до $2,3 \pm 0,2$ мл/мин/кг и у больных с тяжелой степенью с $1,2 \pm 0,1$ до $1,6 \pm 0,2$ мл/мин/кг. 15 больным обтурационной желтухой опухолевой этиологии было создано наружно-внутреннее дренирование желчных путей, восстанавливалась естественная печеночно-кишечная циркуляция желчи. Данные изучения функционального состояния печени и печеночного кровотока в процессе ЧЧДЖП подтвердили преимущество данного вида дренирования перед наружным. Таким образом, можно сказать, что стойкое улучшение и стабилизация общего состояния, показателей функционального состояния печени и печеночного кровотока наступает у больных с легкой степенью печеночной недостаточности к 12-17 суткам, у 87,4% больных со средней степенью - к 18-25 суткам, у 66,7% больных с тяжелой - к 28-35 суткам ЧЧДЖП.

Изучение информативности каждого теста позволили выбрать следующие критерии для выполнения второго хирургического этапа у больных злокачественного генеза: билирубин в среднем - $100,0$ мкмоль/л, холестерин - $5,5$ ммоль/л, общий белок - 72 г/л, альбумины - 55 г/л, АлТ - $0,8$ мкмоль/л, АсТ - $0,5$ мкмоль/л, щелочная фосфатаза - 200 е/л, холинэстераза - 3000 е/л.

Остальные показатели функционального состояния печени оставались менее информативными.

Вторым этапом 11 больных прооперированы в онкоучреждениях, у 31 больного ЧЧЭБВ явились окончательным методом лечения. ЧЧЭБВ и полная оценка функционального состояния печени позволили отказаться от необоснованных хирургических операций, снизить послеоперационные осложнения у больных механической желтухой злокачественной этиологии до 27,3%, летальность - до 9,1%.

После применения ЧЧДЖП у 5 больных отмечены осложнения, умерло 4 больных механической желтухой злокачественной этиологии от нарастания явлений печеночной недостаточности и раковой кахексии. Исследование отдаленных результатов показало, что средняя продолжительность жизни у больных механической желтухой злокачественной этиологии составляет 1-12 месяцев. Изучение отдаленных результатов показало, что у всех больных механической желтухой неопухолевой этиологии, которым применялись ЧЧЭБВ, функциональное состояние печени находится в пределах нормы (табл. 2). Отсутствие какой-либо разницы в показателях функции печени у больных, имевших различную исходную степень печеночной недостаточности, подтверждают эффективность ЧЧЭБВ и правильность выбора критериев второго этапа лечения.

Таблица 2

Динамика функциональных показателей печени у больных механической желтухой неопухоловой этиологии в отдаленном периоде ($M \pm m$).

Показатели	Степень печеночной недостаточности	Сроки наблюдения (в месяцах)				
		3	6	12	24	36
Билирубин, мкмоль/л	легкая	12,1±2,2	9,1±1,3	12,6±1,6	9,3±0,9	10,7±2,5
	средняя	13,4±2,1	14,9±1,2	12,7±2,1	10,1±2,2	11,2±1,3
	тяжелая	14,1±3,9	17,1±2,9	11,5±1,9	10,7±1,4	10,5±1,3
Холестерин, мкмоль/л	легкая	4,4±0,3	4,8±0,3	5,0±0,4	4,9±0,4	5,9±0,4
	средняя	4,8±0,7	4,6±0,5	5,2±0,8	4,1±0,4	6,5±0,6
	тяжелая	4,2±0,7	4,7±0,7	4,3±0,3	4,7±0,3	5,6±0,4
Общий белок, г/л	легкая	72,8±3,9	72,2±3,5	73,3±3,1	73,7±3,8	80,5±2,9
	средняя	75,3±5,1	82,8±2,3	75,9±2,6	76,2±2,6	77,7±2,0
	тяжелая	77,0±3,7	73,8±2,0	77,6±2,7	79,0±1,6	74,0±1,3
АЛТ, мкмоль/л	легкая	1,0±0,1	0,7±0,1	0,9±0,1	0,6±0,1	0,7±0,1
	средняя	1,2±0,2	1,0±0,1	0,7±0,1	0,8±0,1	0,7±0,1
	тяжелая	0,8±0,1	0,8±0,1	0,6±0,1	0,8±0,1	0,6±0,1
Щелочная фосфатаза, е/л	легкая	135,3±10,5	171,5±17,5	186,6±25,4	251,0±21,2	194,7±17,7
	средняя	192,3±13,9	205,2±19,0	159,5±1,6	253,7±14,5	165,0±12,8
	тяжелая	145,5±10,2	163,5±13,7	187,0±14,1	228,3±27,9	147,0±13,1
Холинэстераза, е/л	легкая	4461±110,8	4461±110,8	3990,3±125,8	4742,7±160,5	4612,7±186,9
	средняя	4674±285,8	5014,3±205,6	4524±162,5	4189,5±141,5	4886,8±120,9
	тяжелая	4194±113,6	3939,7±175,5	4502,5±106,4	4693,3±127,5	4026±130,3
Печеночный кроваток по увидинину, мл/мин/кг	легкая	19,6±0,1	20,5±0,3	20,8±0,2	19,1±0,1	20,4±0,2
	средняя	19,3±0,4	19,6±0,2	19,3±0,2	10,1±0,2	20,6±0,2
	тяжелая	18,9±0,1	18,9±0,1	19,3±0,2	17,9±0,1	21,1±0,2
Время максимального поглощения ПФП, мин	легкая	30,4±2,4	29±2,4	28,8±1,4	27,7±2,9	31±1,9
	средняя	28,9±2,6	23,6±2,6	29,8±2,6	29,2±3,3	23,4±2,2
	тяжелая	32±4,0	29,7±4,1	31,3±4,6	33,0±2,0	29±1,3

Таким образом, ЧЧЭБВ улучшают функциональную деятельность печени, увеличивают печеночный кровоток, снижают активность деструктивных процессов в печени, быстрее ликвидируют явления печеночной недостаточности, которые являются основной причиной неудовлетворительных результатов. При применении предварительного ЧЧДЖП у больных механической желтухой после хирургических операций и ЧЧЭБВ на втором этапе происходит прогрессивное улучшение функционального состояния печени. Однако, учитывая малую травматичность и более раннее применение ЧЧЭБВ имеют определенные преимущества перед традиционными операциями.

Изучение отдаленных результатов с оценкой функционального состояния печени показывает целесообразность применения ЧЧЭБВ как самостоятельного способа лечения или в комплексе с традиционными хирургическими методами у больных механической желтухой различной этиологии.

Литература.

1. Айдемиров А.Н., Шахнязарян Н.Г., Вафан А.З. и др. Лечение больных механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. 2015-Т.20.-№4-С62-66.
2. Беляев А. Н. Интенсивная терапия печеночной недостаточности при механической желтухе /А. Н. Беляев, С. А. Беляев, С. В. Костин и др. // *Медицинский альманах*. – 2012. – Т. 21. – № 2. –С.167–170.
3. Гальперина Э.И., Ветшева П.С. Руководство по хирургии желчных путей; Под ред. 2-е изд. М.: Видар-М, 2009.568 с.
4. Гальперин Э.И., Момунова О.Н. Классификация тяжести механической желтухи. *Хирургия*. 2014; 1: 5–9.
5. Гусев А.В., Боровков И.Н., Мартинш Ч.Т. Новые технологии при механической желтухе доброкачественного генеза. *Анналы хирургической гепатологии*. 2008; 13 (1): 72–75.
6. Каримов Ш. И., Ахмедов Р. М., Эргашев У. Ю. Поглочительно выделительная функция печени у больных с механической желтухой до и после эндобилиарных вмешательств // *Вестник хирургии*. – 1992. – Т. 148. – № 1. – С. 138.
7. Кулезнева Ю.В. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 192 с.
8. Мустафакулов Г. И., Атаходжаева Ф. А., Эргашев У. Ю. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура при беременности. – 2020.
9. Ergashev U. Y. et al. Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: prevention of hormonal complications in the stomach and duodenum // *Central Asian Journal of Medicine*. – 2020. – Т. 2020. – № 2. – С. 5-28.
10. Ergashev U. Y. Ernazarov Kh. I., Zohirov AR, Alzabni ID 2022. Complex Treatment of Experimental Model of Diabetic Foot Syndrome // *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. – 2022. – Т. 12. – № 5. – С. 471-480.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ САБАБЛИ КУЗАТИЛУВЧИ ТЎСАТДАН ЮРАК ЎЛИМИ ВА УНИ БАШОРАТ ҚИЛИШ ИМКОНИАТЛАРИ

Турсунов Э. Я., Закиров Н.У., Кеворков А. Г., Курбанов Р.Д.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Хозирги кунда Ўзбекистонда юрак қон-томир касалликларидан ўлим кўрсаткичи дунёдаги энг юқори кўрсаткичлардан бири бўлиб ҳисобланади ва 2020 йилда умумий ўлим кўрсаткичининг 60%дан зиёдини ташкил этди. ЖССТ маълумотларига кўра, тўсатдан юрак ўлими (ТЮЎ) барча ўлимларнинг камида 15-20% ини ташкил этишини ҳисобга олиб, ушбу патология мамлакатимизда ҳар йили ишга лаёқатли аҳолидан тахминан 25-30 минг кишини ўлимига сабаб бўлади. Шундан келиб чиққан ҳолда, ТЮЎ муаммоси соғлиқни сақлаш тизими учун жуда долзарбдир. Ушбу долзарблик муаммони нафақат тарқалиши ва ўсишга, балки вазиятни яхшилашга қаратилган самарали профилактика чора-тадбирларини қўллаш имкониятига ҳам боғлиқдир. Юрак ишемик касаллиги билан оғриган беморларда ТЮЎ нинг «хавф учбурчаги» - миокард ишемияси, унинг электр номуқимлиги ва чап қоринча дисфункциясини ўз ичига олади, бу эса ушбу тоифадаги беморларни ташхислаш ва даволашда ҳар томонлама ёндашувнинг муҳимлигини белгилайди. Бу мақолада ЮИК сабабли кузатилувчи ТЮЎ юзага келиш сабаблари, патофизиологияси, унинг юзага келишини олдиндан ноинвазив шкалалар орқали башоратлаш имкониятлари атрофлича баён қилинган

Калит сўзлар: тўсатдан юрак ўлими, юрак ишемик касаллиги, миокард инфаркти, ноинвазив хатар омиллар

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ ВЫЗВАННАЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Резюме: Смертность от ССЗ в Узбекистане является одной из наиболее высоких в мире и, на сегодняшний день, занимает более 60% в структуре общей смертности. Учитывая, что по данным ВОЗ, распространенность ВСС составляет не менее 15-20% всех смертей, в нашей стране данная патология ежегодно уносит жизни около 25-30 тыс. человек, преимущественно трудоспособное население. Исходя из этого, проблема ВСС крайне актуальна для отечественного здравоохранения. Данная актуальность обусловлена не только распространенностью и неуклонным ростом, но и возможностью использования эффективных профилактических мер, направленных на улучшение ситуации. «Треугольник риска» ВСС у данной категории пациентов включает ишемию миокарда, его электрическую нестабильность и дисфункцию левого желудочка, чем обусловлена важность всестороннего подхода к диагностике и лечению таких больных. В этой статье подробно описывается патофизиология, причины ВСС и возможные прогнозы возникновения у больных с ИБС с помощью неинвазивных методов. В данной статье описывается причины возникновения, патофизиология, а также прогнозирование развития ВСС с помощью неинвазивных шкал у больных ИБС.