

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
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. Қўрак 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

Послеоперационный диагноз: Основной: Сочетанная травма. Закрытая травма грудной клетки. Закрытые переломы 2-3-4-5-6-7-8 ребер справа, со смещением костных отломков. Множественные разрывы правого легкого. Закрытые переломы 8-9-10 ребер слева, с удовлетворительным стоянием костных отломков. Закрытая травма живота. Множественные разрывы правой доли печени. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Множественные ссадины шейной области, грудной клетки и области обеих стопы. Осложнение: Гемопневмоторакс справа, подкожная эмфизема правой половины грудной клетки, ушиб легких, гемоперитонеум, дыхательная недостаточность 3 степени, травматический шок 2 степени, острая почечная недостаточность.

В послеоперационный период больной длительное время находился в отделении реанимации, наложена трахеостома, длительное время дыхания была на аппарате ИВЛ, проводилась соответствующая терапия, учитывая, что у больного острая почечная недостаточность неоднократно проведена сеанс гемодиализа. Фиксирующая пластинка удалена на 10 сутки после операции. После проведенной комплексной терапии состояние улучшилось, анализы крови нормализовались, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

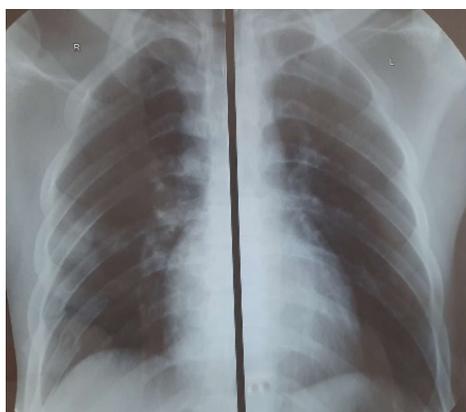


Рисунок №13. Рентгенография перед выпиской

Заключение: таким образом, больным с сочетанной травмой грудной клетки и живота с плеврорегочными осложнениями и повреждениями органов брюшной полости, оперативное лечение необходимо начинать с новыми малоинвазивными технологиями. Внедрение в клинической практике новых малоинвазивных технологий, в частности – видеозендоскопических вмешательств, которое позволяет не только установить точный топический диагноз, но и быстро и надежно устранить не требующие открытого вмешательства повреждения с минимальной травмой для пострадавшего. Применение видеозендоскопических вмешательств у пострадавших позволяет снизить частоту развития послеоперационных осложнений, частоту широкой торакотомии и лапаротомии, что в конечном итоге приводит к уменьшению сроков лечения и реабилитации пациентов.

Литература.

1. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. М. Медицина. 1981.
2. Жестков К.Г., Барский Б.В., Воскресенский О.В. Миниинвазивная хирургия в лечении флотирующих переломов ребер. Pacific Med J 2006; 1:62-65.
3. Видеоторакоскопическая фиксация флотирующих переломов ребер. Научная статья. Ш.И.Каримов, Н.Ф. Кротов, У.Б.Беркинов, С.П. Халиков, Е.Р. Е.Р.Файзуллаев. 2012.

УДК. 616.36-089:6155+615.837.3-073.48

МЕСТО МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

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

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных полостными образованиями печени с помощью ультразвуковых, чрескожных, пункционно-дренажных вмешательств. Обследованы 102 больных различными полостными образованиями печени. **Результаты:** у больных с непаразитарными кистами печени пункционное лечение резко уменьшило размеры полостного образования. У больных с гематомами печени после пункционного лечения полость полностью ликвидировалась. **Выводы:** Малоинвазивные пункционно-дренажные методы лечения полостных образований печени под контролем эхографии - малотравматичны, эффективны, показано

при малых размерах паразитарных кист печени, а также при абсцессах печени и остаточных полостях после операций на печени.

Ключевые слова: полостные образования печени, чрескожных пункцион-дренажных вмешательства, абсцесс печени, паразитарных кист печени.

ЖИГАРНИНГ БЎШЛИҚЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ ЎРНИ

Тадқиқот мақсади: ултратовушли тери орқали пункцион-дренаж аралашуви ёрдамида жигарнинг бўшлиқли ҳосиллари билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдир. Жигарнинг турли бўшлиқли ҳосиласи бўлган 102 та бемор текширилди. **Натижалар:** паразит бўлмаган жигар кисталари бўлган беморларда пунксия билан даволаш бўшлиқ шаклланиши ҳажмини сезиларли даражада камайтирди. Жигар гематомаси бўлган беморларда пункцион даволашдан сўнг бўшлиқ бутунлай йўқ қилинди. **Хулоса:** экография назорати остида жигар бўшлиқли ҳосилаларни даволаш учун минимал инвазив пункцион-дренаж усуллари кам травматик ва самарали, кичик паразитар жигар кисталари, шунингдек, жигар хўппозлари ва жигар операциясидан кейинги қолдиқ бўшлиқлар давоси учун кўрсатма ҳисобланади.

Калит сўзлар: жигар бўшлиқли ҳосиллари, тери орқали пункцион-дренаж аралашуви, жигар хўппози, жигарнинг паразитар кисталари.

THE PLACE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF CAVITY FORMATIONS OF THE LIVER

The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with cavity liver formations using ultrasonic percutaneous puncture-drainage interventions. 102 patients with various cavity formations of the liver were examined. **Results:** in patients with non-parasitic liver cysts, puncture treatment dramatically reduced the size of the cavity formation. In patients with liver hematomas, the cavity was completely eliminated after puncture treatment. **Conclusions:** minimally invasive puncture-drainage methods for the treatment of liver cavity formations under the control of echography are less traumatic, effective, indicated for small parasitic liver cysts, as well as for liver abscesses and residual cavities after liver surgery.

Key words: cavity formations of the liver, percutaneous puncture-drainage interventions, liver abscess, parasitic cysts of the liver.

Введение. Диагностика и лечение полостных образований печени - довольно трудная задача из-за полиэтиологического возникновения патологического процесса и необходимости дифференцированного лечения [2,4,10]. Существует несколько методов лечения полостных образований печени: оперативное вмешательство (цистэктомия, атипичные резекции печени, комбинированное вмешательство, цистоэнтероанастомоз), однократная и многократная чрескожная, чреспеченочная пункция под контролем современных средств интраскопии (ультразвуковое исследование - УЗИ, рентгелтелевидение, компьютерная томография - КТ), чрескожное чреспеченочное дренирование [1,3]. При оперативном лечении непаразитарной кисты печени летальность остается высокой - 5-30%, количество осложнений у этих больных в ближайшие и отдаленные сроки после операции достигает 40% [7]. Несмотря на имеющиеся достижения в хирургическом лечении паразитарной кисты печени частота ее рецидивов доходит до 22%; после операции в 7-15% случаев развивается остаточная полость, нагноение - до 40%, летальность при открытом оперативном лечении - 2,5-7% [3,8]. Успешное развитие методов медицинской визуализации (УЗИ, КТ, видеолапароскопия) способствовали формированию нового перспективного направления в хирургии - малоинвазивных диагностических и лечебных вмешательств при различных заболеваниях, в частности при полостных образованиях печени [5,6]. Разработка малотравматичных чрескожных пункцион-дренажных методов лечения полостных образований печени следует считать актуальной задачей гепатологии, так как они позволяют значительно улучшить ближайшие и отдаленные исходы лечения, в первую очередь у больных с повышенным хирургическим риском, и снизить частоту послеоперационных осложнений, ликвидировать (без повторных операций) остаточные полости и рецидивные паразитарные кисты. Остается нерешенным ряд серьезных вопросов: показания и противопоказания к применению данного метода, выбор способа вмешательства (пункция или дренирование). Поэтому необходимо углубленные исследования возможностей ультразвуковой техники в лечении полостных образований печени.

Цель работы - улучшение результатов хирургического лечения больных полостными образованиями печени с помощью ультразвуковых чрескожных пункцион-дренажных вмешательств.

Материал и методы исследования. Обследованы 102 больных различными полостными образованиями печени. Среди пациентов мужчин было 43 (42,2%), 59 (57,8%) были женщины. У трети больных выявлены осложненные остаточные полости после эхинококкэктомии. Все они ранее перенесли операции по поводу эхинококкоза печени, которые были завершены наружным дренированием полости кисты. Абсцессы паразитарного происхождения (нагноившиеся эхинококковые кисты) выявлены у 9 (75%) пациентов, кисты бактериального происхождения - у 3 (25%).

Гематома печени у 6 больных имела посттравматическую этиологию, у 2 - образовалась после оперативного вмешательства. Во всех случаях она располагалась в правой доле печени. При клиническом обследовании больных болевой синдром отмечен у 58 больных, общая слабость и недомогание - у 59, повышение температуры - выявлено у 53, желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек - у 6 больных. У всех больных изучали анамнестические данные, проводили эхографические, рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта, органов панкреатодуоденальной зоны, клинико-лабораторные и микробиологические исследования содержимого полости на аэробную и факультативную микрофлору, динамический микробиологический мониторинг чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Сопоставление данных УЗИ и лабораторных исследований позволило определить дифференциально-диагностические, клинико-эхографические критерии полостных образований печени для верификации диагноза в предоперационном периоде. Важным было изучение анамнеза: проживание в эндемичном районе, предшествующие операции, профессиональный характер заражения. Ультразвуковые исследования органов брюшной полости проводились на приборах «Интерскан-250» (Германия), «Тошиба-САЛ-50А» (Япония) и «Сим-5000» (Германия) с датчиками частотой 2,5-5,0 Гц.

При пункции под контролем эхографии выполняли следующие операции (этапы):

выбор траектории продвижения пункционной иглы;

проведение иглы в полостное образование;

контроль нахождения иглы в полостном образовании;

аспирация содержимого полостного образования, лекарственное воздействие, склерозирующая терапия;

извлечение пункционной иглы из печени.

Пункционно-дренажное лечение полостных образований печени предусматривает выполнение следующих этапов операции:

выбор траектории продвижения пункционной иглы;

проведение иглы в полостное образование;

проведение проводника в полостное образование;

проведение дренажной трубки (катетера) в полостное образование;

аспирация содержимого полостного образования, лекарственное воздействие, склерозирующая терапия;

извлечение дренажной трубки (катетера).

Результаты статистически обрабатывали с помощью стандартных методов вариационной статистики, с применением t-критерия Стьюдента для оценки достоверности различий и использованием программы Exce1- 2016 на компьютере фирмы ASUS. Средние величины представлены в виде M+m (средняя \pm средняя ошибка средней). Достоверным считались различия при $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Пункционное лечение проведено у 25 больных и пункционно-дренажное лечение - у 77 больных. У 10 больных непаразитарными кистами печени (7 - с поликистозом печени и 3 - с солитарными кистами печени) пункционное лечение резко уменьшило размеры полостного образования. После аспирации и санации содержимого всем больным проводили склерозирующую терапию. После экспозиции остатки смеси удаляли сначала пассивной, а затем - активной аспирацией. Это позволило предупредить развитие склерозирующего холангита, который мы не наблюдали ни в одном случае. 10 больным паразитарными кистами печени (6 - с рецидивным и 4 - с резидуальным эхинококкозом), неоднократно оперированным на фоне проведения химиотерапии (2 курса по 10 дней 20 мг/кг мебендазола) выполнили пункцию кист с противопаразитарной обработкой 80%-ным раствором глицерина (экспозиция - 10 мин.) и 30%-ным раствором №С1 (экспозиция - 20 мин.). После аспирации гидатидную жидкость срочно исследовали. На фоне введения гермицида хитиновая оболочка отслаивалась (что контролировалось на УЗИ) в последующем - кальцифицировалась. Большое влияние на результаты лечения оказала последующая химиотерапия (1 курс по 20 мг/кг мебендазола), воздействующая на отсеы эхинококка. Предлагаемый нами способ чрескожного пункционного лечения эхинококкоза печени может с успехом применяться у больных с повышенным риском хирургического вмешательства при малых и единичных кистах диаметром до 40 мм. Пункционно-дренажное лечение полостных образований печени было выполнено у 77 больных. У 12 больных с абсцессами печени пункционно-дренажное лечение полностью ликвидировало полость. Одновременно проводили дезинтоксикационную, антибактериальную

и общеукрепляющую терапию. Длительность дренирования составила 15-30 дней. Осложнений не было. Остаточные полости после эхинококкэктомии локализовались в большинстве случаев в правой доле печени - у 27 (71%) больных, в остальных случаях - в левой доле. Их размер у 31 (82%) больного был до 100 мм, а у оставшихся 7 - более 100 мм. Пункционно-дренажное лечение остаточной полости включало - аспирацию, санацию антисептическими растворами с последующей склерозирующей терапией. У всех больных дренажи удаляли после ликвидации остаточной полости и полного прекращения оттока, отделяемого по дренажу. Курс лечения - 20-40 дней. Летальных исходов и осложнений не отмечено.

У 16 больных полостными образованиями печени, паразитарной этиологии (9 - с рецидивными и 7 - с резидуальными эхинококковыми кистами печени) успешно выполнено пункционно-дренажное лечение. Размеры кист колебались от 50 до 100 мм. Все больные ранее оперированы, из них 7 больных - неоднократно. Всем больным с рецидивными и резидуальными эхинококковыми кистами на фоне проводимой химиотерапии проведено пункционно-дренажное лечение. На фоне антипаразитарной обработки полости кисты хитиновая оболочка отслаивалась, дефрагментировалась; ее удаляли по частям активной аспирацией. Все это контролировали на эхографическом мониторе. В последующем остаточную полость склерозировали до полной ее облитерации. После пункционно-дренажного лечения имели место осложнения местного и общего характера. Местные осложнения: кровотечение из дренажной трубки у 1 больного и нагноение вокруг дренажной трубки - у 2. Кровотечение из дренажной трубки было остановлено после гемостатической терапии. Отметим, что эти осложнения имели место на этапе разработки технологии пункционно-дренажных методов лечения под контролем эхографии.

Из общих осложнений отмечались аллергические реакции у 3 больных, которые были ликвидированы медикаментозной терапией; летальных исходов не было. В течение трех лет после пункционно-дренажного лечения рецидивов полостных образований печени не наблюдалось. По результатам исследований мы определили показания и противопоказания к пункционно-дренажным методам лечения полостных образований печени (табл. 1).

Таблица 1

Показания и противопоказания к чрескожным пункционно-дренажным методам лечения полостных образований печени

Вид лечения	Показания	Противопоказания
Пункционное	-непаразитарная киста (поликистоз и солитарная) диаметром менее 40 мм; - гематома менее 40 мм; - гидатидная эхинококковая киста менее 40 мм.	- эхинококковая киста с множественными дочерними кистами; - погибшая материнская киста;
Пункционно-дренажное	- гидатидная эхинококковая киста более 40 мм - гематома более 40 мм - остаточная полость после операции на печени - непаразитарная киста (поликистоз и солитарная) более 40 мм - абсцессы печени	- кальциноз стенок эхинококковой кисты; - киста, прорвавшаяся в желчные пути, брюшную или плевральную полость - кистозная опухоль

Пункционное дренирование выполняли у больных полостными образованиями печени: паразитарные гидатидные эхинококковые кисты, гематомы печени и непаразитарные кисты диаметром более 40 мм, а также абсцессы печени и остаточные полости после операции на печени.

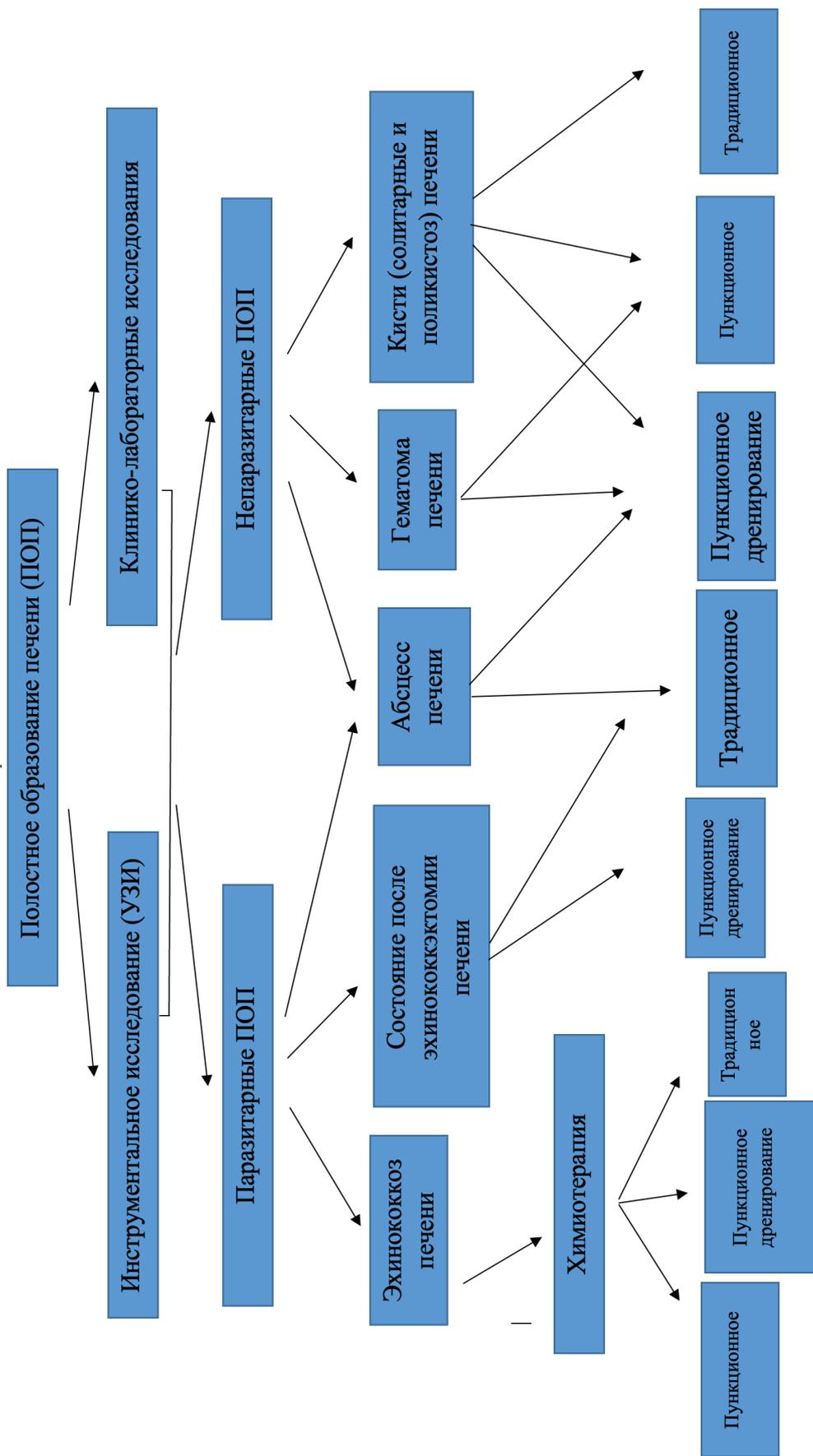
Пункционно-дренажные методы лечения полостных образований печени противопоказаны при кистозных опухолях печени, так как у этой категории больных пункция не обеспечивает патогенетическую терапию заболевания.

Оба метода противопоказаны при эхинококковой кисте с множественными дочерними кистами, погибшей материнской кисте и кальцинозе стенок эхинококковой кисты из-за невозможности полной эвакуации содержимого кисты и малой вероятности ликвидации полости.

При кисте, прорвавшейся в желчные пути, брюшную или плевральную полость, пункция также не в состоянии обеспечить аспирацию содержимого и ликвидировать сообщение полости кисты с просветом полых органов.

Таблица 2

Лечебно-диагностический алгоритм у больных полостными образованиями печени



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.