



Annals of clinical disciplines



VOLUME 1, ISSUE 2

2024

ACD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облоқулов
Ш.Т. Ўроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садуллоева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Турция)
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан № С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer	6
2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
3. Akhrorova L.B.	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
4. Boltayev E.B.	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
5. Ergashov B.B.	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
6. Ergashov B.B.	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
7. Eshniyazova G.Sh.	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
9. Hikmatov J.S.	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
10. Mekhriddinov M.K.	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
13. Narzulloeva D.S.	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
14. Rajabov D.O'.	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
15. Rakhimov A.Y.	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
16. Raupov F.S.	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
17. Safarova G.A.	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
18. Saidova L.B.	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
20. Umurova N.M.	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
21. Газиев К.У.	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усуллариининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
22. Жумаева М.Ф.	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
23. Жумаева М.Ф.	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

24. Жумаева М.Ф.	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
25. Исмагова М.Н.	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
28. Мустафаева М.Р.	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
29. Мухамеджанова М.Х.	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциации с хронической сердечной недостаточностью.....	158
30. Наврузова Л.Х.	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
31. Ниёзов Ф.Ё.	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
32. Нуриддинов С.С.	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
33. Орипова Ф.Ш.	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
34. Орипова Ф.Ш.	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
37. Раджабова Г.Б.	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
38. Саидова Н.Ф.	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
39. Тухтаев Д.А.	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
40. Умурова Н.М.	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
41. Хикматов Ж.С., Исмагов Ж.К., Солиева Ш.С.	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237

УДК: 616.366-003.7-06-089.86

Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ОСЛОЖНЕННЫЙ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788716>**РЕЗЮМЕ**

Лечение больных с острым холециститом остается одной из самых актуальных проблем ургентной хирургии. Количество осложненных форм острого холецистита достигает 35 % случаев и не имеет тенденции к уменьшению. Целью данного исследования является оценки результатов хирургического методов лечения больных острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом. Научная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 62 больных с острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом, которые получили стационарного лечения последний 2018-2020 годы в Бухарский филиал РНЦЭМП в отделении экстренный хирургии.

Ключевые слова: острый холецистит, лапаратомия, дренирования, холедохолитиаз.

Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

**ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ
БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ****РЕЗЮМЕ**

ЎТ - тош касаллиги жарроҳлик амалиётида энг кенг тарқалган тиббий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Тахминларга кўра, 20 ёшдан ошган катталарнинг 40%и ва 30 ёшдан ошган одамларнинг 70%и ўт тош касаллиги билан касалланади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади холедохолитиаз билан мураккаблашган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолашдан иборатдир. Илмий иш Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилинич жарроҳлик бўлимида 2018-2020 йиллар мобайнида стационар даволанган холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 62 нафар беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган.

Калит сўзлар: ўткир холецистит, лапаротомия, дренаж, холедохолитиёз.

Radzhabov A.I., Safoev B.B., Yarikulov Sh.Sh.
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

COMPARATIVE ESTIMATES OF THE RESULTS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

RESUME

The treatment of patients with acute cholecystitis remains one of the most urgent problems of urgent surgery. The number of complicated forms of acute cholecystitis reaches 35% of cases and has no tendency to decrease. The purpose of this study is to evaluate the results of surgical treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis. The scientific work is based on the analysis of the results of surgical treatment of 62 patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis, who received inpatient treatment in 2018-2020 at the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in the Department of Emergency Surgery.

Key words: acute cholecystitis, laparotomy, drainage, choledocholithiasis.

Актуальность. Лечение больных с острым холециститом (ОХ) остается одной из самых актуальных проблем urgentной хирургии. Количество осложненных форм ОХ достигает 35 % случаев и не имеет тенденции к уменьшению [1]. В настоящее время около половины больных, поступающих в хирургический стационар с острым холециститом, подвергаются экстренным или срочным операциям, уступая по этому показателю лишь острому аппендициту [5, 8, 10]. Послеоперационная летальность при ОХ составляет 2-5% за счет высокой доли осложненных форм и после традиционной холецистэктомии [4].

Особенно высоко количество послеоперационных осложнений у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями [2]. На многочисленных научных форумах обсуждается тактика и сроки хирургического лечения больных с ОХ. Выбор способа оперативного вмешательства (видеолапароскопия, минидоступ, лапаротомия) зависит от клинической ситуации, оснащенности и квалификации хирургов. Основным методом лечения остается холецистэктомия из лапаротомного доступа. Использование малотравматичных операций, внедрение эндоскопических технологий привлекает специалистов к проблеме выбора наиболее рационального метода лечения ОХ [7]. Это особенно актуально в настоящее время, учитывая недостаточное количество сравнительных рандомизированных исследований в хирургии при желчнокаменной болезни и других нозологических формах [6, 9]. Тактика и методы лечения пациентов с ОХ за последние десятилетия перетерпели многочисленные изменения. До сих пор нет единого мнения в вопросе выбора лечения при ОХ.

Целью данного исследования является оценки результатов хирургического методов лечения больных острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом.

Материал и методы. Исходя из поставленной задачи изучены результаты традиционного лечения у 62 больных с острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом, которые получили стационарное лечение в период от 2018 до 2020 года в Бухарском филиале РНЦЭМП в отделении экстренной хирургии.

Всем больным с момента поступления с учётом результатов анамнеза клинко-лабораторных и инструментальных исследования после установления диагноза применялся традиционный метод лечения, который включал в себя: по показаниям первым этапом операции выполняли ретроградный папиллосфинктер-холедохотомия (РПСХТ) с удалением конкрементов холедоха. При удачном выполнении первого этапа операции проводились активная инфузионная – детоксикационная и симптоматическая терапия. После купирования острого воспалительного процесса в очаге поражения и нормализации показателей интоксикации, а также билурубина крови к 7-8 суткам выполнялся второй этап хирургического вмешательства – холецистэктомия. У 30 (48,3%) больных из-за плотного

заклинения и высокого расположения конкремента на фоне сильного спазма мышечных структур холедоха, первый этап операции был не успешным – путем РПСХТ не удалось удалить конкременты. В 9 (14,5%) случаях в первой операции во время манипуляции из-за технической трудности наблюдались интрооперационные кровотечения из холедоха. Из-за вышеизложенных причин, у 39 (62,9%) больных переходили в конверсии и было выполнено антеградным путём удаление камня из холедоха с дренированием просвета холедоха с одномоментным холецистэктомией на фоне острого холецистита при высокой интоксикации организма. У 24 (38,7%) больных которым при первом этапе с помощью РПСХТ успешно были удалены конкременты, после проведения общей дезинтоксикационной и противовоспалительной консервативной терапии, к 7-8 суткам проводилось отложенная операция холецистэктомии с лапароскопическим методом 22 (35,4%) больным и открытым лапаротомным методом 2 (3,2%) больным, которым было противопоказана к лапароскопическая операция. Таким образом в контрольной группы больных (всего 44 (70,9%)) было выполнено открытый метод операции в среднем лапаротомным доступом (табл. 1).

Таблица 1
Распределения больных оперированных открытым методом на одном этапе

	Причина конверсии	Число больных	%
	Не удалось выполнить удаление камня путём РПСХТ	30	48,3 %
	Кровотечения из холедоха	9	14,5 %
	Противопоказания к лапароскопической операции (успешней первый этап).	2	3,2 %
	Всего	44	70.9 %

Всем больным для точного уточнения диагноза и локализации поражения очага выполнено УЗИ и при необходимости МСКТ печени.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных I контрольной группы выявили нижеследующие изменения (табл. 2).

Таблица 2
Показатели интоксикации у больных I группы (n=62)

Показатели	В норме	В день поступления
T ⁰ тела	36,6	37,8±0,06
L крови ×10 ⁹ /л	4-9×10 ⁹ /л	7,9±0,36
МСМ ед	0,65-0,75 ед	0,168±0,009
ЛИИ ед	1,1-1,3 ед	1,89±0,07
СОЭ мм/ч	2-15 мм/ч	39,3±1,69

Примечание: - p < 0,05

Основываясь на данные, предоставленные в таблице, мы можем увидеть, что в первый день лечения температура тела варьировалась в диапазоне 37,8±0,06°С. В общем анализе

крови содержание лейкоцитов составляло в среднем $7,9 \pm 0,36 \times 10^9/\text{л}$ ед. Объем средних молекул варьировался в диапазоне $0,168 \pm 0,009$ ед. Также наблюдалось увеличение СОЭ и ЛИИ.

При УЗИ исследовании печени, желчного пузыря и желчных протоков у всех больных были выявлены застои внутрипеченочных желчных протоков и общего желчного протока, что выражалось на расширения просвета внутрипеченочных желчных протоков и верхней части общего желчного протока от обтурационного конкремента. В большинстве случаев до (90%) были выявлены признаки холангита и гипербилирубинемии на фоне механической желтухе. Признаком холангита при УЗИ исследовании явилось утолщение стенки желчных протоков на фоне повышения показателей интоксикации и увеличения общего билирубина в крови с преимущественно прямого билирубина.

Учитывая особенности клинической и хирургической тактики распределенных по причинам, операции выполнены на одном этапе, который приведено табл. 2, мы решили раздельно анализировать результаты их лечения.

Результаты и их обсуждение. Из 30 (48,4%) больных у которых не удалось удалить конкремент при РПСХТ I контрольной группы, у 7 (23,3%) конкременты общего желчного протока локализовались в верхний третей части, у 9 (30%) больных было выявлено локализация конкремента в средних отделах желчного протока, у 14 (46,6%) больным обтурационный конкремент был расположен в нижних отделах общего желчного протока (Рис №1).



Рис №. 1. Локализация конкремента в общем желчном протоке у больных I группы при не успешным РПСХТ

Всем больным с момента поступления параллельно комплексному диагностическому исследованию проводилось общая детоксикационная и симптоматическая терапия. Из лабораторных данных в первую очередь изучены показатели общей интоксикации, билирубина, АЛТ и АСТ крови.

Всем больным данной категории РПСХТ выполнялось по стандартной методике. У 16 (53,3%) больных из-за высокого расположения и плотной фиксации камня в желчном протоке не менее 7-8 мм размером камня выполнение РПСХТ намного технически усложнялось и были основными причинами неуспешного РПСХТ, несмотря на выполнения успешного ЭРХПГ и папиллосфинктротомии не удалось вывести конкрементов из просветов желчного протока в течении 30-40 мин. За что было решено приостановит процедуру и переход к экстренно-отложенной лапаротомии после соответствующей предоперационной подготовки. У 14 (46,6%) больных, несмотря на то что конкременты располагались нижних отделах общего желчного протока, из-за больших размеров камня с плотными вклинениями

стенки желчного протока также не удалось удалить путем РПСХТ. Эти больные также были оперированы открытым путём в экстренно отложенном порядке.

Из-за возможности высокого риска осложнений при продолжении манипуляции, решено приостановит РПСХТ. Больному проводилось предоперационная подготовка в течение 6 часов, направленный к стабилизации нервно – соматического состояния больного и коррекции гемодинамики.

Через 6 часов больной взят на операцию после соответствующей премедикации под общим эндотрахеальным наркозом. Проводилось лапаратомия с верхно-срединным разрезом от мечевидного отростка грудины до пупка. При ревизии брюшной полости жидкость и другие патологии из других органов брюшной полости не обнаружены. При пальпации желчного пузыря в просвете пальпируется несколько плотное образование различного размера с свободным движением. Стенки желчного пузыря плотные и утолщённые, напряженная что характерно для острого холецистита. При пальпации верхнего отдела общего желчного протока определяется несколько расширение стенки желчного протока. Операционные поля с помощью стерильного материала изолированы и на первом этапе выполнено антиградная холедохолитотомия. Для этого проводили холедохотомию продольным разрезом в верхнем отделе стенки общего желчного протока до 10.0 мм. длину. Проводилось активная аспирация темной застойной желчи из просвета общего желчного протока. Из просвета извлечен желчный камень размером 7,6 мм. При помощи силиконового катетера (0.3 мм) проходили до просвета 12 пресной кишки через просвет желчного протока и Фатерова соска. Просвет проходим, пальпаторно в просвете образования не определяется. Общий желчный проток дренирован по Пиковскому. Вторим этапом операции выполнена Холецистэктомия от шейки. Для этого проводилось отдельная перевязка пузырного протока и сосуда пузырного протока с последующем выполнено холецистэктамиа от шейки. При припаровки желчного пузыря от ложи и от воспалённой брюшины были технические трудности из-за отеков стенок окружавших тканей. Отмечались диффузные кровотечения из ложа желчного пузыря, который приостановлен путем электрокоагуляции. Ложа и округ высушены при помощи тупфера. Наложен дренаж на ложу. Дистальная часть дренажа Пиковского из ложи выведен кнаружу через контуропертуры. Удалены все салфетки из брюшной полости. После операционная рана послойно ушита наглухо. Наложена асептическая повязка. Продолжительность операции составило 38 минут.

Дренажные трубки из брюшной полости удалены на 7 сутки. Дренаж Пиковского из общего желчного протока удален к 10 суткам лечения. Больной выписан на амбулаторное лечение к 12 суткам.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных больных I группы сравнения выявило нижеследующие изменения (табл. №3). Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $38,2 \pm 0,04^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем $8,1 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,176 \pm 0,008 \text{ед}$. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

Таблица 3

Динамика показателей интоксикации у I группы больных оперированных открытым методом на одном этапе из-за невозможности удаления конкремента при РПСХТ

Показатель и	Норма	В день поступления	3-день	5-день	8-день	12-день
T ⁰ тела	36,6	$38,2 \pm 0,04$ ***	$37,8 \pm 0,05$ ***	$37,2 \pm 0,07$ ***	$37,0 \pm 0,03$ ***	$36,7 \pm 0,02$ **
L крови $\times 10^9/\text{л}$	$4-9 \times 10^9/\text{л}$	$8,1 \pm 0,21$ **	$7,9 \pm 0,32$ *	$7,7 \pm 0,28$ *	$7,4 \pm 0,26$ *	$7,0 \pm 0,18$ **

МСМ ед	0,65-0,75 ед	0,176±0,008 ***	0,172±0,009***	0,160±0,008***	0,118±0,009***	0,84±0,007 ***
ЛИИ ед	1,1-1,3 ед	1,94±0,05* **	1,82±0,06 ***	1,76±0,07 ***	1,64±0,05 ***	1,41±0,04* **
СОЭ мм/ч	2-15 мм/ч	41,2±1,54* **	39,2±1,38 ***	34,4±1,56 ***	29,3±1,36 ***	22,3±0,54* **

Примечание:* - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001). День поступления в отношения от нормы.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела до 37,8±0,05, количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до 7,9±0,32×10⁹/л. Объем средних молекул составил в среднем 0,172±0,009 ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до 1,82±0,06 и 39,2±1,38 соответственно.

К пятым суткам лечения у больных группы сравнения сохранялся незначительный субфебрилитет (37,2±0,07⁰С). При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации – 7,7±0,28×10⁹; 0,160±0,008; 1,76±0,07; 34,4±1,56 соответственно.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующими лабораторным критериями оценки процесса заболеваний явилось изучения биохимических показателей - билирубина, АЛТ, АСТ крови (табл № 4)

Таблица 4

Динамика биохимических показателей крови у I группы больных оперированных открытым методом на одном этапе из-за невозможности удаления конкремента при РПСХТ

Показатели	Норма	В день поступления	3-день	5-день	8-день	12-день
Общей билирубин	3,4-20,7 мкмоль/л	96,6±4,2	42,4±2,3	32,6±1,1	19,4±2,8	18,8±1,2
Билирубин прямой	0,83-3,4 мкмоль/л	78±5,2	24,5±2,1	15,7±1,2	3,1±0,6	2,7±0,4
Билирубин не прямой	2,56-17,3 мкмоль/л	18,4±3,3	17,9±1,4	16,9±0,14	16,3±0,12	16,1±0,5
АЛТ	До 40 ЕД/л	39,8±3,3	38,1±3,3	37,3±	36,1±1,1	34,8±1,2
АСТ	До 40 ЕД/л	37,6±4,1	35,8±2,1	33,4±	32,4±1,2	31,6±1,1

Примечание:* - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001). День поступления в отношения от нормы.

По данным таблицы 4 показатели общего билирубина обследованных в день поступления составляло 96,6±4,2, что превышало почти пять раз от нормы, преимущественно за счёт прямого билирубина 78±5,2 мкмоль/л, при незначительном увеличении содержания непрямого билирубина 18,4±3,3 мкмоль/л. Показатели ферментов АЛТ и АСТ были на уровне верхней границы нормальных показателей 39,8±3,3 ЕД/л и 37,6±4,1 ЕД/л.

После операции на фоне комплексного лечения к третьим суткам показатели общего билирубина значительно изменились в сторону нормализации. При этом общий билирубин уменьшился на два раза от исходного $42,4 \pm 2,3$ мкмоль/л. Соответственно наблюдалось уменьшение содержания прямого билирубина до $24,5 \pm 2,1$ мкмоль/л с незначительным уменьшением непрямого билирубина до $17,9 \pm 1,4$ мкмоль/л. Эти показатели к пятым суткам и в дальнейшем имели тенденцию к нормализации и к 8-9 суткам имели пределы нормальных значений.

Следует отметить у 9 больных, которым при попытке удаления камней из желчных ходов отмечались кровотечения из ветви гастродуоденальных артерий гемостаз выполнялся путем вклеивания раствора адреналина в область процедур (у 3-их больных), или путем электрокоагуляции (у 6 пациентов). Этим больным придавалось особое внимание на их гемодинамические показатели, также на значения гемоглобина в динамике. При сравнительном анализе этих показателей, больные, осложненные кровотечением и без осложнения кровотечения значительных отличий не выявляло (Табл.5).

Таблица 5

Показатели гемоглобина больных с осложненным кровотечением по сравнению больных без кровотечения при РПСХТ

Категория больных	Норма	1-сутки	3-сутки	8-сутки
Без кровотечения (n=30)	110-160г/л	$126,8 \pm 4,6$	$122,2 \pm 4,2$	$123,4 \pm 3,8$
С кровотечением (n=9)		$125,4 \pm 3,9$	$118,4 \pm 3,6$	$121,6 \pm 4,1$

Как показывают приведенные данные в таблице № 5, показатели гемоглобина больных осложненный с кровотечением во время выполнения РПСХТ достоверно не отличалось от показателей гемоглобина больных без осложнений кровотечения. Это показывает небольшое количество кровопотери в связи своевременным успешным проведением гемостаза.

Средняя длительность стационарного лечения данной категории больных составил $12 \pm 1,2$ дня.

Как было отмечено выше у 5 больных контрольной группы, на фоне проведения успешного первого этапа операции РПСХТ с удалением желчных камней из-за имеющихся противопоказаний к лапароскопическому вмешательству в брюшной полости этим больным через сутки после РПСХТ проводилось операция холецистэктомии открытым путём после соответствующей предоперационной подготовки. У двоих пациентов с острым холедохолитиазом причинами противопоказания лапароскопической операции явилось спаечная болезнь из-за раннее перенесенных операций по другим заболеваниям. У одного больного по поводу внематочной беременности, у одного по поводу острого аппендицита срединном лапаротомным доступом. Все эти операции выполнены под общим обезболиванием через верхний-срединный доступ. Биохимические показатели и показатели интоксикации этих больных особо не отличались от выше анализированных больных данной группы.

Дренажная трубка из брюшной полости обследованных больных контрольной группы удалены на 6-7 сутки лечения после операции.

Средняя длительность стационарного лечения этой категории больных также составили 12-13 дней.

Анализ результатов лечения контрольной группы больных в втором этапе оперированных лапароскопическим методом холецистэктомии.

Как было выше отмечено, у 22 (35.4%) больных контрольный группы, которым при первом этапе при помощи РПСХТ успешно удалены конкременты, после проведения общей дезинтоксикационной и противовоспалительной консервативной терапии к 7-8 суткам проводилось отложенная операции холецистэктомии с лапароскопическим способом. Операция выполнялись при помощи лапароскопической стойки.

Средняя длительность лапароскопических операций контрольной группы больных составила в среднем $57,7 \pm 3,4$ минут.

Анализ результатов показателей интоксикации организма обследованных I группы больных, оперированных лапароскопическим методом выявили нижеследующие изменения (Табл. №6). Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $38,3 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем $8,3 \pm 0,18 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,182 \pm 0,018$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

Таблица 6

Динамика показателей интоксикации у I группы больных оперированных лапароскопическим методом (n=22)

Показатели	Норма	В день поступления	3-день	5-день	8-день	12-день
T ⁰ тела	36,6	$38,3 \pm 0,06$ **	$37,4 \pm 0,04$ * **	$37,2 \pm 0,05$ * **	$37,0 \pm 0,03$ ***	$36,8 \pm 0,04$ ***
L крови $\times 10^9/\text{л}$	$4-9 \times 10^9/\text{л}$	$8,3 \pm 0,18$ **	$7,6 \pm 0,34$ **	$7,3 \pm 0,22$ **	$7,1 \pm 0,28$ **	$7,0 \pm 0,11$ * *
МСМ ед	0,65-0,75 ед	$0,182 \pm 0,018$ ***	$0,170 \pm 0,01$ 1***	$0,150 \pm 0,01$ 8***	$0,110 \pm 0,012$ * **	$0,82 \pm 0,00$ 9***
ЛИИ ед	1,1-1,3 ед	$1,97 \pm 0,06$ ** *	$1,79 \pm 0,08$ * **	$1,73 \pm 0,09$ * **	$1,61 \pm 0,07$ ***	$1,40 \pm 0,03$ ***
СОЭ мм/ч	2-15 мм/ч	$43,1 \pm 1,62$ ** *	$39,6 \pm 1,4$ **	$36,1 \pm 1,3$ ** *	$28,4 \pm 1,3$ ***	$22,7 \pm 0,8$ * **

Примечание: * - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$). День поступления в отношения от нормы.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела до $37,4 \pm 0,04$, количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до $7,3 \pm 0,22 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,170 \pm 0,011$ ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до $1,79 \pm 0,08$ и $39,6 \pm 1,3$ соответственно.

К пятым суткам лечения у больных группы сравнения сохранялся незначительный субфебрилитет ($37,2 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$). При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации – $7,3 \pm 0,22 \times 10^9$; $0,150 \pm 0,018$; $1,73 \pm 0,09$; $36,1 \pm 1,3$ соответственно.

При дальнейшем лечении и наблюдение к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Следующими лабораторными критериями оценки процесса заболевания являлось изучение биохимических показателей билирубина, АЛТ и АСТ крови (табл.7)

Таблица 7

Динамика биохимических показателей крови у I группы больных оперированных лапароскопическим методом (n=22)

Показатели	Норма	В день поступления	3-день	5-день	8-день	12-день
------------	-------	--------------------	--------	--------	--------	---------

Общей билирубин	3,4-20,7 мкмоль/л	97,7±3,4	48,5±2,7	29,5±1,4	18,6±2,4	18,1±1,3
Билирубин прямой	0,83-3,4 мкмоль/л	79±3,8	22,6±1,9	13,8±1,1	3,0±0,4	2,5±0,3
Билирубин не прямой	2,56-17,3 мкмоль/л	18,5±2,8	17,6±1,3	16,8±0,11	16,6±0,1	16,1±0,4
АЛТ	До 40 ЕД/л	38,7±2,8	38,3±3,5	37,6±2,9	37,2±1,3	33,9±1,4
АСТ	До 40 ЕД/л	37,8±3,7	35,6±2,7	32,9±2,3	32,4±1,7	31,6±1,3

Примечание:* - достоверность различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$). День поступления в отношения от нормы.

Как свидетельствует таблица № 7, показатели общего билирубина обследованных в день поступления составляло $97,7\pm3,4$, что превышала почти пять раз от нормы в преимуществе за счёт прямого билирубина $79\pm53,8$ мкмоль/л, при незначительном увеличении содержания непрямого билирубина $18,5\pm2,8$ мкмоль/л. Показатели ферментов АЛТ и АСТ были в пределах верхней границы от нормальных показателей $38,7\pm2,8$ ЕД/л и $37,8\pm3,7$ ЕД/л.

После операции на фоне комплексного лечения к третьим суткам показатели общего билирубина значительно изменились в сторону нормализации. При этом общий билирубин уменьшился до двух раз от исходного $48,5\pm2,7$ мкмоль/л. Соответственно наблюдалось уменьшение содержания прямого билирубина до $22,6\pm1,9$ мкмоль/л с незначительным уменьшением непрямого билирубина до $17,6\pm1,3$ мкмоль/л. Эти показатели к пятой суткам и в дальнейшем имели тенденцию к нормализации и к 8-9 суткам имели пределы нормальных значений.

Заключение. Таким образом, нами проведенное исследование у пациентов контрольной группы выявили следующие интересные моменты:

- при традиционном методе РПСХТ до 48.5% случаях не удается провести успешного завершения ретроградной холедохолитоэктомии из-за плотной фиксации конкремента в просвет холедоха.

- до 14.5% больных при РПСХТ из-за технических трудностей удаление конкремента, могут осложняться кровотечением. При этом до 33.3% случаев гемостаза можно добиться путем вкалывания раствора адреналина окружающие ткани области кровотечения, 66.6% больным гемостаза можно добиться применением электрокоагуляции.

- основными причинами неуспешной ретроградной холедохолитоэктомии является высокое расположение камня и его плотная фиксации к внутренней стенке общего желчного протока за счет спазма и отеков стенки желчного протока.

- невозможность удаления камня ретроградным путем из-за технической трудности или осложнения кровотечением вовремя РПСХТ, до 62.9 % случаев вынужденная операция выполняется открытым способом холецистэктомии с антиградным холедохотамией.

- средняя длительность успешной операции РПСХТ с удалением конкремента с традиционным методом составляет 80.0 ± 2.8 минут.

- у 11 (17,7%) больных наблюдался длительной холангит.

- все показатели общей интоксикации крови, а также показатели общего билирубина (за счет прямого) у больных калькулезным холециститом осложненный холедохолитиазом в день поступления имеет достоверное отклонение от нормы и в процессе лечения постепенно нормализуется к 8-9 суткам после операции. Средняя продолжительность стационарного лечения при этом составляет в среднем 12,6±1.8 дня.

Список использованной литературы

1. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой /М. Д. Дибиров [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2017. – Т. 6. – № 2. – С. 145-148.
2. Алексеев, А. М. Обоснование тактики лечения больных острым холециститом с приоритетным использованием малоинвазивных холецистэктомий: дис...канд. мед. наук: 14.01.17 / Алексеев Андрей Михайлович. – Кемерово, 2012. – 109 с.
3. Быстров, С. А. Миниинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой / С. А. Быстров, Б. Н. Жуков // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. – С. 87-89.
4. Ветшев, П. С. Сравнительная характеристика различных вариантов холецистэктомии / П. С. Ветшев, О. Э. Карпов, Ф. А. Шпаченко // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2006. – Т. 1. – № 1. – С. 107-110.
5. Ярикулов, Ш., Раджабов, В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3 (6 Part 2), 95–102. извлечено от <https://inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/18220>
6. Sh.Sh. Yarikulov, A.I. Radjabov – modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age //New Day in Medicine 2023 6(56): 64-72 <https://newdaymedicine.com/index.php/2023/06/09/1-95/>
7. Р. Р.Арашов, & Ш. Ш. Ярикулов. (2022). Особенности хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутрпеченочных расположениях. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 6, 30–38. Retrieved from <http://www.ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/108>
8. Ш.Ш Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. Тиббиётда янги кун. № 4–33-2020.–С. 153–155. Бухоро-2020
9. ШШ Ярикулов, АК Хасанов, ИШ Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран - Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020. (3) №. 31 с. 156-160.
10. Vafoyeva, S. Yarikulov, Sh. (2023). Results of treatment of patients with liver cavities. International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 3(6), 204–209. <https://researchcitations.com/index.php/ibmscr/article/view/2141>
11. Арашов Р. Р., Ярикулов Ш. Ш. усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени //Ustozlar uchun. – 2023. – Т. 19. – №. 1. – С. 257-263.
12. Sh S. Yarikulov, AI Radjabov–Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age. New Day in Medicine. 2023;6(56) p.64-72.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт