



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (84)

2025

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2025, Accepted: 06.10.2025, Published: 10.10.2025

УДК 616.12-007.2-089

MODERN APPROACHES AND CONCEPTS TO REPEATED INTERVENTIONS IN SURGERY OF INCREASED HEART DEFECTS

Turgunov A.I., <https://orcid.org/0009-0007-1199-8370>

Turgunov B.A., <https://orcid.org/0009-0006-4847-6835>

Jurayev G.G. <https://orcid.org/0009-0003-1736-6412>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60.

E-mail: info@adti

✓ Resume

In patients with increased heart defects (IHD) and severe chronic heart failure (CHF) (III-IV functional class according to NYHA), especially in cases complicated by bacterial endocarditis and valve dysfunction, along with optimizing conservative treatment methods, performing mitral-aortic valve prosthetic surgery on a functioning heart while preserving the structures of the heart valve apparatus not only has a positive effect on treatment results, but also reduces treatment costs, and also significantly reduces the level of postoperative complications.

Keywords: congenital heart defects, dysfunction of mechanical and biological prostheses, reoperation of heart valves.

ОРТТИРИЛГАН ЮРАК НУҚСОНЛАРИ ХИРУРГИЯСИДА ТАКРОРИЙ АРАЛАШУВЛАРГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР ВА КОНЦЕПЦИЯЛАР

Turg'unov A.I., Turg'unov B.A., Jo'rayev G'.G'.

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60. Email: info@adti

✓ Резюме

Орттирилган юрак нуқсонлари (ОЮН) мавжуд бўлган беморларда сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) оғир даражаси (NYHA бўйича III-IV функционал синфида), айниқса бактериал эндокардит, клапан дисфункцияси билан мураккаблашган ҳолларда консерватив даволаш усулларини оптималлаштириш билан бирга юрак клапани аппаратлари тузилмаларини сақлаб қолиш йўли билан митрал-аортал клапанларни протезлаш операциясини ишлаб турган юракда амалга ошириш нафақат даволаш натижаларига изобий таъсир қилади, балки даволаш харажатларини камайтиради, шунингдек операциядан кейинги асоратлиниш даражасини сезиларли даражада пасайтиради.

Калит сўзлар: орттирилган юрак нуқсонлари, механик ва биологик протезларни дисфункцияси, юрак клапанларини қайта операцияси.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И КОНЦЕПЦИИ К ПОВТОРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В ХИРУРГИИ ПРЕОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Тургунов А.И., Тургунов Б.А., Жураев Г.Г.

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистан, Андижон, ул. Атабеков - 1
Тел : (0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

У пациентов с приобретенными пороками сердца (ППС) и тяжелой хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (III-IV функциональный класс по NYHA), особенно при наличии бактериального эндокардита и клапанной дисфункции, выполнение протезирования митрально-аортального клапана на функционирующем сердце с сохранением структур клапанного аппарата сердца, наряду с оптимизацией консервативных методов лечения, не только положительно влияет на результаты лечения, но и снижает затраты на лечение, а также значительно снижает уровень послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, дисфункция механических и биологических протезов, реоперации клапанов сердца.



Долзарблиги

Охирги йигирма йилда орттирилган юрак нуқсонлари (ОЮН)нинг ташхислаш, эрта аниқлаш ва жарроҳлик даволашни тараққий этиши билан тавсифланади. Жаҳонда ОЮНни ташхислашда янги ёндашув ва даволаш усулларини такомиллаштириш натижалари бўйича юқори самарадорликка эришиш мақсадида қатор илмий-амалий тадқиқотлар амалга оширилди [7,9,8,13]. Ташриҳга кўрсатмалар сезиларли кенгайди ва жарроҳлик аралашувлари ҳажми ортди. Буларнинг барчаси ташхисот, жарроҳлик даволаш техникаси, анестезиология, сунъий қон айланиши ва миокардни ҳимоя қилиш усуллари, реаниматология ҳамда беморлар реалибитациясига юқори технологик услубларни жорий қилиш бўйича кенг қўламли чора-тадбирларни амалда қўлланилишига сабаб бўлди [5,6,10].

Замонавий механик ва биологик протезларнинг қўлланиши сунъий юрак клапанлари имплантация қилинган беморлар сонининг сезиларли даражада ошишига олиб келди. Янги маҳаллий ва хорижий сунъий юрак клапанларидан фойдаланиш протезлар дисфункцияси ривожланишини истисно этмайди. Турли муаллифлар маълумотларига кўра, ОЮНлари жарроҳлигида такрорий хирургик аралашувларнинг улуши 12,8 % дан 24 % гача учрайди [1,3,5].

Сўнгги йилларда ОЮНлари жарроҳлигида юрак клапанлари ва коронар артерияларда кўплаб симультант амалиётлар бажарилмоқда. Бироқ, бундай тоифадаги беморларда, такрорий аралашувларни амалга оширишда, кўплаб ҳал қилинмаган тиббий муаммолар келиб чиқмоқда. Жумладан, юракка кириш, миокардни ҳимоя қилиш, решунтлаш учун графтлардан фойдаланиш, шунингдек, сунъий клапанни реимплантацияси учун мақбул протезни танлаш шулар жумласидандир [2,4].

Маҳаллий адабиётларда, юрак клапанларининг шикастланиши сабабли ўрнатилган замонавий механик протезларнинг дисфункциясини келиб чиқиш сабаблари ва муддати илгари ўрганилмаган. Шунингдек, механик протезлар дисфункциясида такрорий аралашувлар (жарроҳлик усуллари)ни оптималлаштириш замонавий тиббиётимизнинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда.

Охирги ўн йилликда катталар кардиохирургияси биопротезлар соҳасида катта қадамлар билан одимлади. Тиббиётда турли ксеноген ва ҳаётий қобилиятга эга биопротезлар катта миқдорда пайдо бўлди. Бироқ, адабиётлардаги маълумотларига кўра, юракнинг биологик клапанлари дисфункциясини учраши 0,5 дан 2,9 гача бемор/ёши кузатилади [6,10,12]. Шу билан бирга, маҳаллий адабиётларда юрак клапанларининг замонавий биопротезлари дисфункцияси ривожланиш омиллари кўриб чиқилмаган. Ундан ташқари, реимплантация учун сунъий протезларни танлаш масаласи ҳали ҳам музокараларга сабаб бўлмоқда.

Такрорий аралашувларда энг мураккаб муаммолардан бири - протез эндокардити ҳисобланади. Бир қатор тадқиқотларда шифохонадаги ўлимни учраш ҳолатлари 20% дан 55% гачани ташкил қилади [16, 32, 45]. ОЮНларида ренуқсон хавфини баҳолаш, уни шакиллантиришга таъсир қилувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда касаллик кечишини прогнозлаш тамойиллари бўйича олиб борилган кўплаб тадқиқотларга қарамай, протез эндокардитининг келиб чиқиши тўғрисида кўплаб муаллифларнинг фикрлари бир-бирига тўғри келмайди. Ҳанузгача ренуқсонни ривожланиш муддатлари, унинг даволаш ва профилактикаси услублари бўйича қатор ечилмаган масалалар ва ягона фикр мавжуд эмас.

Юрак клапанларини протезлашдан кейин 1 - 6 % ҳолатдаги такрорий аралашувлар илгари “соғлом” клапан нуқсонини алмаштириш бўйича амалга оширилади [15, 26]. Қўшалок клапанли нуқсонларни тузатиш бўйича қилинадиган такрорий амалиётларнинг асосий муаммоларидан бири илгари имплантация қилинган протезни алмаштириш ёки уни сақлаб қолиш масаласини ҳал қилиш ҳисобланади. Яна, қўшалок клапанли нуқсоннинг шаклланиш сабаблари, клиник шакллари, беморлар жинси, клапанни зарарланиш даражаси, илгари ўтказилган амалиётлар тури, касалликни кузатув медианаси муҳим бўлиб, бу бирламчи аралашувлар бажарилишида ўзига мос тузатишларни амалиётга киритиш ҳамда ренуқсонларни профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

Юракда такрорий жарроҳлик амалиётини ўтказиш жудаям хавфли ва мураккаб ҳисобланади. Бундай операциялар беморни кўп миқдорда қон йўқотиш хавфи юқорилиги билан фарқланади. Ҳар бир хирург ўша битта органнинг ўзида иккинчи, ҳатто учинчи марта операция қилишнинг биринчисига нисбатан жуда қийин, ноқулай шароитларда ўтказилишини билади. Юрак ва магистрал томирлар атрофида ҳосил бўлган битишмалар ва чандиқлар, уларнинг қўшни органларга ва кўкрак қафасининг деворига битишиб кетиши, ана шу битишмалардан юрак-қон томирларни ажратиб олиш вақтида қўшимча қон оқиши ва шунга ўхшаш қийинчиликлар кузатилади.

Адабиётлар таҳлилидан маълум бўладики, ревматик ОЮН мавжуд беморларда ревматизмни қайталаниши боис ривожланган СЮЕни даволаш муаммоси санокли илмий ишлар доирасида ўрганилган, бу илмий ишлар муаммонинг ҳолатини тўлиқ очиб бера олмаган [12,13,15]. Бизнинг республикамиз учун такрорий аралашувларга бағишланган тадқиқотлар биринчи илмий ишлардан ҳисобланади. Айтиш жоизки, беморларни жарроҳлик йўли билан даволашга йўллаш, ҳар доим ҳам ўтказилган хирургик амалиётлар беморларда СЮЕни даволаб ва юрак фаолиятини тўлиқ тикламайди. Ревматик ОЮНларини такрорий ривожланишини олдини олиш учун жарроҳлик амалиётларидан кейин ҳам консерватив даволаш ишларини давом эттириш долзарб ҳисобланади.

Адабиётлардаги охириги маълумотларга кўра, ревматик ОЮН мавжуд беморларнинг ўлим кўрсаткичи (йилига 20 минг ва ортик) юқорилиги, ушбу муаммонинг долзарблигини акс эттирган ҳолда, беморларнинг мутахассисларга кеч мурожаат қилиши ва жарроҳлик амалиётларидан сўнг профилактик даволаш муолажаларини етарли даражада ўтказилмаслигини кўрсатади. Беморларда хирургик амалиётлардан кейин эрта ва узоқ даврларда антиревматик профилактик-даволаш схемалари ўтказиш ва касалликнинг олдини олиш бўйича мавжуд ёндашувларни кўриб чиқиш ҳамда тузатишга сабаб бўлади [2,7,15].

2013 йилда Россияда СЮЕга бағишлаб ўтказилган тадқиқотда, ревматик ОЮНларини юрак етишмовчилиги ривожланишдаги ҳиссаси 4,1 %ни ташкил этган. Бошқа тадқиқотларнинг натижаларига кўра, ревматик ОЮНлари артериал гипертензия ва юракнинг ишемик касалликларидан кейин, учинчи ўринда, беморларда СЮЕ ривожланишига сабаб бўлиши натижасида беморлар нафақат меҳнат қобилиятини йўқотади, балки улар орасида эрта ўлим кузатилади [3, 13, 4].

Тадқиқот мақсади: орттирилган юрак нуқсонларида такрорий хирургик амалиётлар натижаларини комплекс даволаш-профилактик тадбирларини ишлаб чиқиш йўли билан жарроҳлик амалиётини натижаларини яхшилаш.

Клиник материаллар

Илмий тадқиқот ретро- ва проспектив тадқиқот кўринишида 2012-2023 йилларда академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМнинг катталар кардиохирургияси бўлимида ва Андижон давлат тиббиёт институти клиникасининг юрак ва қон-томир жарроҳлиги бўлимида 436 нафар беморларда 470 та такрорий операциялар ўтказилган, бу операциялар, шу давр давомида ўтказилган кардиохирургик амалиётлар умумий соннинг 9,8 % ни ташкил этган. Тадқиқотга киритилган беморларнинг (мезони) анамнезида илгари ОЮНлари билан хирургик амалиётлар ўтказилган, СЮНнинг турли оғирлик даражалари қайд этилган ва такрорий ташхисотлар натижасига кўра қайта жарроҳлик амалиётлари ўтказилган.

Тадқиқотда ОЮНлари мавжуд беморларда нуқсонларни асоратланиши (“ренуксон”ни ривожланиши) туфайли ўтказилган такрорий ташхисот ва хирургик амалиётларни натижалари таҳлил қилинган. Клиник материалга киритилган 470 тасидан 106 (22,5 %) нафарида такрорий операциялар 5 йилгача бўлган даврда ва 364 (77,5 %) нафарида эса - 6-11 ва ундан ортик йиллар ўтиб ўтказилган. Беморларда илгари ўтказилган операциялардан ҳозирги ташхисот ва реоперацияга бўлган давр ўртача 13,7 йилни (6 ойдан 40 йилгача) ташкил этган. Касалликнинг давомийлиги эса (касаллик белгилари намаён бўла бошлаган даврдан тадқиқотгача бўлган давр) ўртача 23,6 йилни ташкил қилган.

Беморларни клиник ҳолати ва “ренуксон”ни асоратланиш даражасини имкон борича аниқ баҳолаш, тўғри ва сифатли даволашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. “Ренуксон”ни клиник белгилари ва оғирлик даражасининг объектив белгиларини эрта аниқлаш ва даволаш ишларини оптималлаштириш, шунингдек, оптимал хирургик даволаш тактикасини танлаш орқали беморларни ҳаёт сифатини яхшилаш мумкин.

Тадқиқотда илгари ўтказилаган операция билан ва такрорий жарроҳлик ўртасидаги давр (кузатив медианаси) 6 ойдан 40 йилгача бўлган муддатларда ўтказилган бўлиб, бу ревматизмнинг клиник кечишига ва “нуқсон”нинг хусусиятига боғлиқ бўлган. Энг эрта такрорий аралашувлар митрал клапан стенозида транслюминал баллонли вальвулопластика амалиётидан 6 ойдан кейин ривожланган митрал клапан етишмовчилигини бартараф этиш бўйича ўтказилаган операция, энг узоқлашган муддатда ўтказилган такрорий аралашув, бу биринчи операциядан 40 йилдан кейин митрал клапан рестенозида клапанни протезлаш амалиёти ҳисобланади.

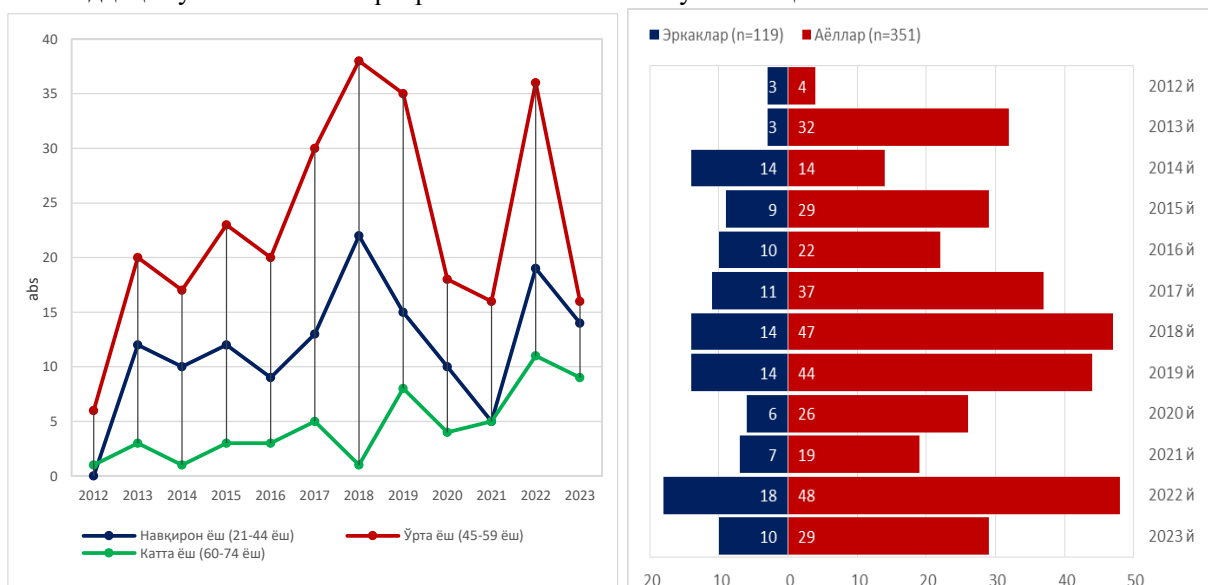
Тадқиқотда 34 (7,2 %) та беморлар уч марта операция қилинган. Улардан 29 (85,3 %) тасида митрал клапанни рестенози ривожлангани сабабли клапанни протезлаш амалиётлари ўтказилган. 5

(14,7 %) та беморда икки ва учинчи операциялар СҚА шароитида ўтказилган; улардан 3 (8,8 %) таси митрал клапан нуқсони ва 2 (5,9%) тасида митрал-аортал клапан нуқсонлари аниқланган.

Тадқиқот ўтказилган беморларнинг ёши 21 ёшдан 72 ёшгача, ўртача ёши $48,7 \pm 45-59$ ёшгача бўлган. Эркаклар 119 (25,3 %) тани, аёллар 351 (74,7 %) кишини ташкил қилган. Эркаклар ва аёллар нисбати 1 : 2,94 ни ташкил этган (**жадвал 1.1**). 1.1.- жадвалдан кўринадики, беморлар орасида 21-40 ёшли беморлар улуши 21,3 % ни, 41-59 ёшли беморлар улуши 67,2 % ни ва кекса ёшдаги беморлар улуши 11,5 % ни ташкил қилган. Тадқиқотда аёллар сезиларли (мос) даражада устунлик қилган (74,7%; 25,3%).

1.1 жадвал

Тадқиқот ўтказилган беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши



Тадқиқотда беморларни клиник кечишини оптимал баҳолаш билан бирга адекват дифференциал ташхислашни таъминлаш, шунингдек, индивидуаллаштирилган хирургик даволаш тактикасини оптималлаштириш баённомаси дастурини ишлаб чиқиш режалаштирилган. Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ, ОЮНлари билан илгари жаррохлик амалиётлари ўтказилган беморларнинг такрорий ташхисотларга асосланиб 3 гуруҳга бўлинган (**1.2 – жадвал**). Барча гуруҳларда касалликни қайталаниш омиллари, клиник ташхисот ва такрорий хирургик даволаш усуллари таҳлил қилинган.

Биринчи гуруҳга ревматик орттирилган митрал клапан “ренуксон”лари аниқланган 372 (79,1 %) нафар беморлар киритилган, ушбу гуруҳ яна учта кичик гуруҳга бўлинган:

Биринчи кичик А гуруҳига илгари ревматик митрал клапан стенози бўйича ёпик митрал комиссуртомия амалиётлари ўтказилган 226 (48,1%) нафар беморлар киритилган.

Биринчи кичик Б гуруҳига илгари митрал клапан стенозида транслюминал баллонли вальвулопластика (ТЛБВП) амалиётлари ўтказилган 91 (19,4%) нафар беморлар киритилган. Биринчи кичик В гуруҳига илгари митрал клапанда “очиқ” юракда реконструктив-тиқловчи ёки митрал клапанни протезлаш амалиётлари ўтказилган 55 (11,7%) нафар беморлар киритилган.

Иккинчи асосий гуруҳга орттирилган митрал-аортал клапанларда “ренуксон”лар аниқланган, илгари ревматик қўшалоқ юрак (митрал-аортал) клапани нуқсонлари бўйича турли хирургик амалиётлар ўтказилган 65 (13,8 %) нафар беморлар киритилган, ушбу гуруҳ ҳам учта кичик гуруҳларга бўлинган:

Иккинчи кичик А гуруҳига илгари рематик митрал-аортал клапан стенози бўйича ёпик митрал-аортал комиссуртомия амалиётлари ўтказилган 40 (8,5 %) нафар беморлар киритилган.

Иккинчи кичик Б гуруҳига илгари ревматик митрал-аортал клапан стенози бўйича митрал-аортал клапанларда ТЛБВП амалиётлари ўтказилган 17 (3,6 %) нафар беморлар киритилган.

Иккинчи кичик В гуруҳига илгари ревматик митрал-аортал клапан нуқсони бўйича юракнинг митрал-аортал клапанларида СҚА ва КП шароитида хирургик амалиётлар ўтказилган 8 (1,7%) нафар беморлар киритилган.

Орттирилган юрак нуқсонлари жарроҳлигида такрорий ташхисот ва хирургик аралашувлар ўтказилган беморларни гуруҳлари бўйича тақсимои

№	ОЮН анатомик вариантлари	Кичик гуруҳлар бўйича тақсимои	Сони	
			абс	%
I	Орттирилган митрал клапан нуқсонлари	Ёпик митрал комиссуртомия амалиётлари ўтказилган беморлар	226	48,1
		Митрал стенозида ТЛБВП дан кейинги беморлар	91	19,4
		Митрал клапанда реконструктив-тикловчи ёки протезлаш амалиётларидан кейинги беморлар	55	11,7
II	Орттирилган митрал-аортал клапан нуқсонлари	Ёпик митрал-аортал комиссуртомия амалиётларидан кейинги беморлар	40	8,5
		Митрал-аортал стенозида ТЛБВП амалиётларидан кейинги беморлар	17	3,6
		Митрал-аортал клапанларини протезлаш амалиётларидан кейинги беморлар	8	1,7
III	Орттирилган кўп клапанли нуқсонлар	Митрал-аортал-трикуспидал клапанларда ўтказилган амалиётлардан кейинги беморлар	33	7
ЖАМИ			470	100

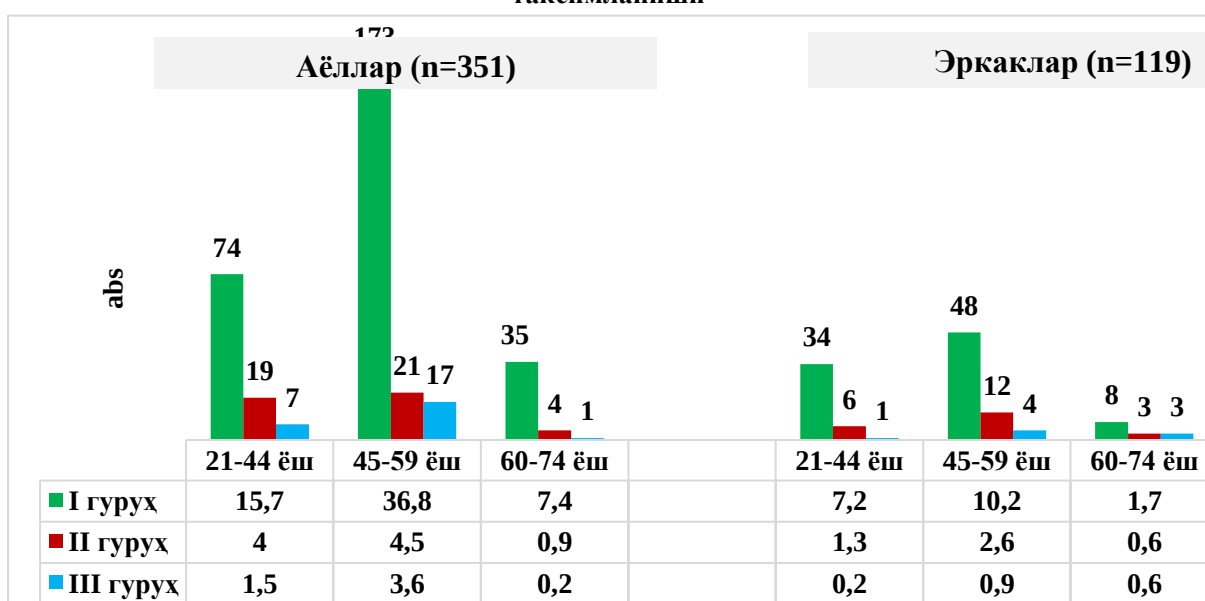
Учинчи гуруҳга кўп клапанли орттирилган ревматик митрал-аортал-трикуспидал клапан нуқсонлари билан хасталанган, илгари юракнинг митрал-аортал-трикуспидал клапанларида жарроҳлик амалиётлари ўтказилган 33 (7 %) нафар беморлар киритилган, ушбу гуруҳ ҳам иккита кичик гуруҳларга бўлинган:

Учинчи кичик А гуруҳига илгари ревматик кўп клапанли юрак нуқсонлари бўйича ёпик митрал-аортал комиссуртомия амалиётлари ўтказилган 31 (6,6%) нафар беморлар киритилган.

Учинчи кичик Б гуруҳига илгари ревматик кўп клапанли юрак нуқсонларда СҚА ва КП шароитида “очик” хирургик амалиётлар ўтказилган 2 (0,4%) нафар беморлар киритилган.

Юқоридаги жадваллардан ОЮН тавсифига кўра қайта хирургик амалиётлар ўтказилган вақтдаги ёши бўйича тақсимотдан кўриниб турибдики, барча гуруҳ ва кичик гуруҳларнинг асосий контингенти меҳнат фаолиятидаги инсонларни ташкил қилган, бу ҳам тиббий, ҳам ижтимоий нуқтаи назардан муаммонинг муҳимлигини билдиради.

Орттирилган юрак туғма нуқсонлари бўйича такрорий ташрихлар ўтказилган беморлар тақсимланиши



Натижалар:

Операция усул ва услубларига кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни белгилашда у ёки бу усулнинг устунлиги (афзаллиги) ҳамда асоратланиш хавфининг даражаси таҳлилларига асосланади. Тадқиқотда кўп йиллик тажрибалар ва “ренуксон” ривожланишига таъсир қилувчи омилларни эътиборга олган ҳолда ишлаб чиқилган даволаш стратегияси алгоритми ОМКНлари мавжуд бўлган беморларни илгари ўтказилган хирургик аралашувларнинг тури, юрак клапанларини асоратланишлари даражаси ва операцион хавфга боғлиқликда комплекс даволаш тадбирлар олиб борилган.

Тадқиқот натижаларига боғлиқликда консерватив ёки жарроҳлик даволаш усулларига кўрсатмалар ҳамда у ёки бу усулнинг афзалликлари ўрганилган. СЮЕнинг оғир даражалари бор бўлган беморларда интенсив кардиал терапия ўтказилган. Бу нафақат даволаш натижаларига ижобий таъсир қилади, балки даволаш харажатларини камайтиради, шунингдек операциядан кейинги асоратланиш даражасини пасайтиради.

ОМКНларини такрорий хирургик даволаш стратегияси жарроҳлик усулларига кўрсатма ва қарши кўрсатма ишлаб чиқиш, даволашнинг барча босқичларида асоратларни прогнозлаш ва унинг ривожланиш хавфини камайтириш ва ўлим кўрсаткичини пасайтириш ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

Кичик гуруҳларда СЮЕни консерватив даволаш курслари орасидаги интервал 10 кунни ташкил қилган. Барча беморларда юрак-ўпка ва жигар-буйрак тизимларининг фаолияти назорат қилинган ва қоннинг коагуляцион хусусиятлари даволанишдан олдин ва даволаш курсининг ҳар 10–кунда мониторинг қилинган. Даволаш курслари давомида клиник-гемодинамик кўрсаткичларда ижобий ўзгаришлар кузатилмаган беморлар қаттиқ назоратга олинган ва улар кардиологлар назоратида даволанишни давом эттиришган.

Бўлимда, юқорида айтиб ўтилганидек, СЮЕни даволаш тасдиқланган комплекс базис терапия негизида олиб борилган. Бу нуқсонни қайталанишини олдини олишнинг муҳим омилларидан бири, баъзан эса ягона усул ҳисобланади. Такрорий жарроҳлик аралашувларига қарши кўрсатмалар аниқланган, СЮЕнинг IV ФСда бўлган 66 (14,04 %) нафар беморларда консерватив терапияни қўллаш реоперация натижасига ижобий таъсир қилган. Шунинг учун ушбу комбинацияни стационар ва амбулатор шароитда қўллаш тавсия этилади. Тадқиқотда ОМКНлари мавжуд беморларни реоперацияга тайёрлов жараёнида СЮЕнинг III ва IV ФСни даволашда тасдиқланган комплекс базис терапия самарали усул эканлиги исботланган.

Шунингдек, беморларни операциягача бўлган босқичида замонавий текшириш усуллари мажмуасини қўллаш беморларни ташхислаш, жарроҳлик билан даволашнинг рационал тактикасини танлаш имконини беради. Такрорий операциялар стратегиясида илгари ўтказилган амалиётлардан кейин ривожланган жарроҳлик спайкаларидан юрак ва коронар артерияларни ажратиш босқичига ҳавфли босқич сифатида қараш ва асоратланишини

олдини олувчи барча усул ва услубларни қўллаш орқали беморни ўлимдан сақлаб қолиш мумкин.

Бу мақсадда реоперацияларда жарроҳлик усулини тўғри танлаш, юракка кириш ва ундан чиқиш учун методологик ёндошувлар ва объектив мезонлардан фойдаланган ҳолда далиллар ва ёндошувларга асосланган тамойилларга амал қилиш муҳим аҳамият касб этади. Сўнги йилларда ОМКНлари жарроҳлигида энг замонавий текшириш усуллари ва такомиллаштирилган жарроҳлик усул ва услубларидан самарали фойдаланиш беморларда ҳаёт учун хавфли асоратларни учрашини 50 % дан 11 % гача камайтирди.

Маълумки, юрак митрал клапанларини протезлаш ёки реконструктив-тиқловчи амалиёт усулларини у ёки бу тури ва услублари ҳозиргача универсал деб топилмаган, оптимал усули ҳали амалиётга тавсия этилмаган. Митрал клапан табақаларини фиброз халқага бириктирувчи асосини ташкил қилувчи хордаларни (клапанни тортиб турувчи толалар) бўшаши ва чўзилиши оқибатида ёриқлар ҳосил бўлган ҳамда клапан халқалари атрофида яллиғланиш ва эндокардит аниқланган ҳолларда такрорий реконструктив-тиқловчи амалиётлар ўтказилган 13 (3,49 %) нафар беморларнинг клиник-гемодинамик кўрсаткичларида оғир даражадаги бузилишлар аниқланган.

2 (0,54 %) нафар беморларда такрорий операцияларда илгари ўтказилган амалиётлардан кейин клапан митрал клапан оқимаси (фистулеси) фиброз халқасини яллиғланиши кучайиши ва

клапан фиброз халқасидаги атравматик ипни бўшаши кузатилиши ҳисобига пайдо бўлганлиги аниқланган. Бундан ташқари 10 (2,7 %) та такрорий операцияларда илгари ўтказилган амалиётлардан кейин сунъий клапан тромбози ривожланиши ҳисобига аниқланган.

Такрорий операцияда сунъий митрал клапанни протезлаш амалиётидан кейин пайдо бўлган клапан тромбозини кўриниши



Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, бўлимда узоқ йиллар давомидаги илмий изланишлар натижасида амалиётда кенг қўлланиладиган митрал клапанни протезлаш усулининг такомиллаштирилган усулини қўллаш орқали даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини яхшилаш имкони яратилган.

Таклиф этилган ва амалиётда кенг қўлланиб келаётган митрал клапанни протезлашнинг анъанавий усули бўлимда митрал клапанни протезлашни асосий босқичини такомиллаштириши орқали унинг натижаларига ижобий таъсир қилган. Оптималлаштирилган усулни митрал клапанни протезлашда қўлланиладиган анъанавий усулдан фарқи бу сунъий клапан ва митрал фиброз халқаси орасидаги бўшлиқни бартараф этиши натижасида операциядан кейинги асоратни - клапан оқмаси (фистуласи)ни учраш эҳтимолини камайтириш учун хизмат қилади.

Такомиллаштирилган усулда митрал клапанни протезлашда клапан фиброз халқасида ялиғланиш кузатилмаган ва хирургга яқин жойлашаган табақага антибиотик суюқлигига синдирилган синтетик тўқимали (прокладкали) атравматик ипларни (этибонд 2/0) “П”-симон чоклар кўринишида тикиш билан бошлаш тавсия этилади. Тикилаётган ҳар бир кейинги чоклар орлиғидаги масофа 2 мм дан катта бўлмаслиги керак. Ҳаммаси бўлиб 14-16 та “п”-симон чоклар қўйилади. Сунъий клапан ва митрал клапан фиброз халқаси орлиғидаги бўшлиқни бартараф этиш ва қолдирилган клапан тўқималарда ялиғланиш жараёнини ривожланишини олдини олишга катта эътибор қаратилади. Такомиллаштирилган усулни анъанавий усулдан яна бир афзаллиги - операцияларда клапан фиброз халқасига чокларни қўйиш қийинчиликларсиз қисман кардиолизда амалга оширилади.

ОМҚНлари такрорий жарроҳлиги бўйича бўлимда 372 та беморларда ўтказилган реоперацияларнинг яқин ва узоқ даврдаги натижалари ўтганилган. Тадқиқотда, ОМҚНлари такрорий жарроҳлик аралашувларда юракка ва СҚАга кириш ва митрал клапандаги зарарланишни бартараф этиш, СҚАдан чиқиш ҳамда реанимация ва бўлимда даволаниш босқичларида кузатилган хавфли асоратлар ва операция натижаларини таҳлили натижасида олинган.

ОМҚНларда такрорий операциялардан кейинги эрта даврда олинган натижалар, уларни яхши, қониқарли ва қониқарсиз гуруҳларга бўлинган ҳолда кичик гуруҳлар бўйича баҳоланган. Кузатилган ўлим ҳолатлари кичик гуруҳларда алоҳида таҳлил қилинган.

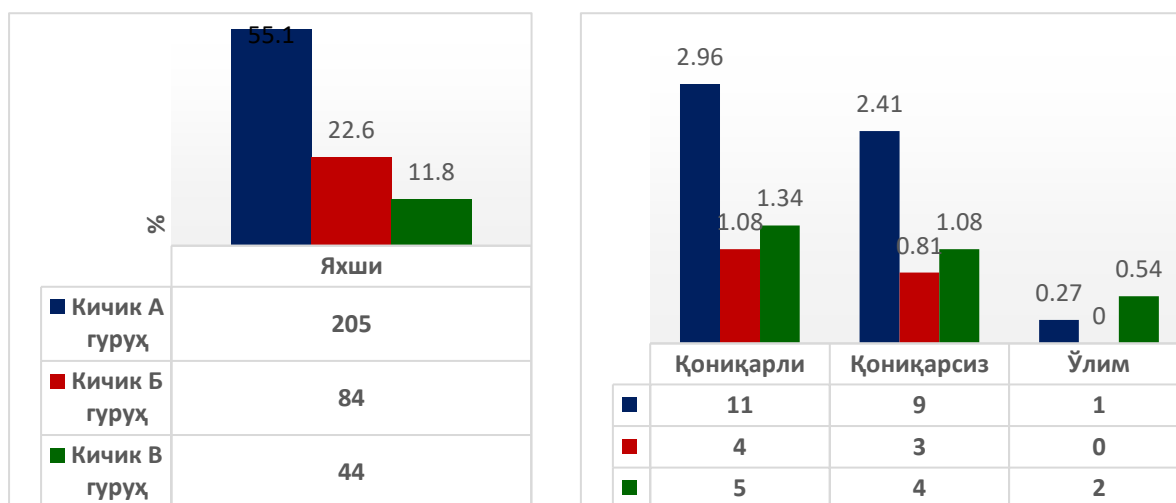
Яхши натижалар қайд этилган 333 (89,52%) нафар беморларнинг ўртача ёши 48,7 ёш бўлган. Такрорий жарроҳлик вақтида 372 (79,14 %)та беморнинг 2 (0,42 %) нафари II ФСда, 318 (67,65%)та бемор III ФСда ва 52 (11,06 %)та бемор IV ФСда бўлишган. Улардан 226 (60,75 %)

нафари кичик А гуруҳида, 91 (24,46 %) нафари кичик Б гуруҳида ва 55 (14,79 %) нафари кичик В гуруҳида бўлишган. Тадқиқотда 40 (10,75%) нафар беморларда митрал клапанни протезлаш операцияси анъанавий усулда ва қолган 332 (89,25 %) нафарида такомиллаштирилган усул ва услубларда реоперациялар ўтказилган. Такрорий операцияларда қониқарли натижалар қайд этилган 20 (5,37 %)та ҳолатда қайд этилган беморларнинг ўртача ёши 48,7. ёш бўлган. Улардан 17 (4,57 %)таси III ФСда ва 3 (0,81 %)таси IV ФСда бўлишган. Беморлардан 11 (2,96 %) нафари кичик А гуруҳида, 4 (1,08 %) нафари

кичик Б гуруҳида ва 5 (1,34 %) нафари кичик В гуруҳида бўлган. 15 (4,03%) нафар беморларда митрал клапанни протезлаш операцияси анъанавий усулда ва қолган 5 (1,34%) нафарида такомиллаштирилган усулларда реоперациялар ўтказилган.

3.1 жадвал

Орттирилган митрал клапан нуқсонларида ўтказилган такрорий операцияларни кичик гуруҳлар бўйича эрта даврдаги натижалари



Такрорий операцияларда қониқарсиз натижалар кузатишган 16(4,3%) нафар беморларнинг ўртача ёши 48,7 ёш бўлган. Улардан 0 (0 %)таси бемор II ФСда, 11(2,95 %) таси III ФСда ва 5(1,34 %)таси IV ФС да бўлишган. Улардан 9 (2,41%) нафари кичик А гуруҳида, 3 (0,81 %) нафари кичик Б гуруҳида ва 4 (1,08 %) нафари кичик В гуруҳида бўлишган. 12 (3,22%) нафар беморларда митрал клапанни протезлаш операцияси анъанавий усулда ва қолган 4(1,08%) нафарида такомиллаштирилган усулда реоперациялар ўтказилган.

Хулоса

ОМКНлари жарроҳлигида қониқарсиз натижаларини таҳлили асосида такрорий хирургик даволашнинг қуйидаги салбий прогностик омиллари аниқланган: 1) СЮЕ нинг оғир даражаси (NYHA бўйича IV ФС); 2) инфекцион эндокардитни автив даври; 3) такрорий операцияда қолдирилган ТКнинг 2-даражаси ва ундан юқори; 4) сунъий клапанни тотал тромбози.

Такрорий операциялардан кейинги ўлим 3 (0,81%) нафар беморларда кузатишган: кичик А гуруҳда ўлим 1 (0,27%) ҳолатда ва кичик В гуруҳида 2 (0,54%) ҳолатда кузатишган. Ўлимга олиб келувчи омиллар орасида юракдан кучли қонаш ва қон йўқотиш натижасида ривожланган ўткир юрак-қон томир ва буйрак-жигар етишмовчилиги (полиорган етишмовчилиги) асосий ўринни эгаллаган.

ОМКНлари жарроҳлигида такрорий аралашувлардан кейинги ўлим асосан (2 нафар – 6,66 %) даволашнинг биринчи даврида кузатишган. Такидлаш жоизки, ушбу нуқсонларни даволашнинг иккинчи даврида беморларни ташхислашда янги ёндошувларни жорий этилиши ва даволаш ишлари дифференцирланган ва индивидуаланган тактика алгоритми асосида олиб борилиши натижасида ўлим кўрсаткичини пастлашига эришилган.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдуллаева М. А. Особенности тактики лечения стеноза митрального отверстия у беременных с применением эндоваскулярных технологий. Дис.. доктора философии (PhD). - Ташкент, 2020. – С.128.
2. Абдуллоев О. К., Шамсиев Г. А., Никитина Т. Г. И др. Применение добутаминовой стресс-эхокардиографии в диагностике низкоградиентного аортального стеноза с выраженной дисфункцией миокарда левого желудочка. Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. 2021; 22 (S6): 34.
3. Алиев Ш.М. Повторные вмешательства в хирургии приобретенных пороков сердца после операций в условиях искусственного кровообращения. Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. – М. – 2007.
4. Ганюков И. В., Ганюков В. И., Тарасов Р. С., Кочергин Н. А. Транскатетерное транссептальное репротезирование митрального клапана // Российский кардиологический журнал. 2023; 28 (7S),
5. Иванов В.А. «Спонтанный» разрыв левого желудочка сердца после репротезирования митрального и аортального клапанов: клиническое наблюдение, изменившее мой взгляд на проблему // Клиническая и экспериментальная хирургия. // Журнал имени академика Б.В. Петровского. 2022;10(4):51-54.
6. Лысенко А.В., Леднев П.В., Салагаев Г.И., Дракина О.В., Маркина А.Д. Репротезирование трикуспидального клапана механическим протезом у пациентки с повторной ранней дисфункцией биопротеза. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021; 07: 98-101.
7. Малышенко Е.С., Петко С.А., Попов В.А., и др. Клинический случай торакоскопически видеоассистированной повторной стернотомии при первичной дисфункции гомографта корня аорты. Патология кровообращения и кардиохирургия. 2022; 26(3): 91-96.
8. Новоселова А.А., Якушин С.С. Тромбоз механического клапана сердца: трудности диагностики на примере клинического случая с летальным исходом. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2020; 16 3): 399-403.
9. Самедов Я.С. К вопросу об естественном течении кальцинированного аортального стеноза / Я.С. Самедов, В.А. Кривопапов, Н.Н. Шихвердиев, Д.И. Ушаков // Профилактическая и клиническая медицина. 2021;78(1):46-52.
10. Скопин И.И., Мироненко В. А., Алиев Ш.М. и др. Повторные операции при дисфункциях биологических протезов клапанов сердца // Грудная и сердечно - сосудистая хирургия. 2006;6:33-39
11. Холод И, Бухман Э, Грисару-Грановски С, и др. Экстренное кесарево сечение с репротезированием митрального клапана в связи с его дисфункцией. // Вестник Авиценны. - 2023; - №. 25 (3), - С. 441-7.
12. Adam Karolina. Pregnancy in Women with Cardiovascular Diseases. Methodist Debaque Cardiovasc J. 2017 Oct-Dec; 13(4): 209-215.
13. American College of Obstetricians Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 656: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. Obstet. Gynecol. 2016;127:75-80.
14. Asaph Z., Munyaradzi N., Annie F., et al.. Rheumatic heart disease in pregnancy: a report of 2 cases. Pan African Medical Journal. 2017;28:298.
15. Novoselova A.A., Yakushin S.S. Thrombosis of prosthetic cardiac valve: difficulties of diagnostics on the example of a clinical case with lethal outcome. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2020;16(3):399-403.

Қабул қилинган сана 20.10.2025