

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С НЕКРОЗОМ КЛЕТЧАТКИ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ И ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Б.Р. ИСХАКОВ¹, А.А. АЛИЖАНОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

A CASE OF ACUTE PANCREATITIS WITH NECROSIS OF THE CELLULAR TISSUE OF THE ROUND LIGAMENT OF THE LIVER AND THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

B.R. ISKHAKOV¹, A.A. ALIJANOV¹, N.B. ISKHAKOV², SH.B. ROBIDDINOV¹

¹Namangan branch of Republican research center of emergency medicine, Uzbekistan

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Представлено клиническое наблюдение пациента с атипичным течением панкреонекроза – некроза ткани поджелудочной железы, парапанкреатической, параколитической, паранефральной, забрюшинной клетчатки с массивной инфильтрацией и некрозом клетчатки круглой связки печени, передней брюшной стенки. Авторами показано, что своевременное выявление и радикальное лечение с выполнением программируемой санационной бурсооментоскопии на современном этапе позволяет повысить выживаемость пациентов с этой патологией.

Ключевые слова: панкреонекроз, некроз круглой связки печени, передней брюшной стенки, программируемая санационная бурсооментоскопия, осложнения.

The article presents a clinical case of a patient with an atypical course of pancreatic necrosis-necrosis of pancreatic tissue, parapancreatic, paracolic, paranephral, retroperitoneal tissue with massive infiltration and necrosis of the cellular tissue of the round ligament of the liver, anterior abdominal wall. In the observations analyzed by the authors, timely detection and radical treatment with the implementation of programmed rehabilitation bursoomentoscopy.

Keywords: pancreatic necrosis, necrosis of the round ligament of the liver, anterior abdominal wall, programmed rehabilitation bursoomentoscopy, complications.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss5/a13

Введение

Острый панкреатит (ОП) – одна из самых сложных и часто обсуждаемых проблем современной хирургии, актуальность которой обусловлена неуклонным ростом заболеваемости. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит составляет от 4,7 до 15,6%. У 15-25% больных острым панкреатитом встречаются тяжелые инфицированные формы, сопровождающиеся различными осложнениями, летальность при которых достигает 25-70% [1-5].

По мнению большинства авторов, консервативная терапия эффективна у 75-85% больных. Хирургическое лечение показано при неэффективности консервативной терапии, нарастающей эндогенной интоксикации и развитии различных гнойных осложнений. Ранние операции на высоте эндогенной интоксикации и шокового состояния дают высокий процент летальных исходов в раннем послеоперационном периоде. В то же время длительная задержка хирургического вмешательства может привести к развитию гнойных осложнений, прогрессированию некроза ткани поджелудочной железы (ПЖ), нарастанию полиорганной недостаточности [6-8].

Несмотря на постоянное расширение арсенала методов и средств интенсивной терапии, летальность при остром панкреатите колеблется от 1,5 до 86%, достигая 98% при молниеносной его форме [6, 7, 9, 10].

В настоящее время отмечается значительная вариабельность и полиморфизм клинических проявлений заболеваний внутренних органов. В 44% случаев ОП протекает атипично, под различными клиническими масками, что приводит к запоздалой диагностике, ошибкам в диагностической и лечебной тактике [10-12]. Наиболее частыми масками ОП являются «печеночная», «илеусная», «сердечно-сосудистая», «аппендикулярная», «перфоративная», «инфекционная». Важной особенностью «печеночной» маски является ее сходство с механической желтухой, которая также может сопровождать ОП, если он протекает как панкреонекроз билиарного генеза с холедохолитиазом, холангитом или если имеется желчная гипертензия вследствие сдавления терминального отдела холедоха увеличенной отечной головкой ПЖ [13].

В литературе мы не нашли описания такого атипичного течения геморрагического панкреонекроза, как сочетание некроза ткани поджелудочной железы, гепатодуоденаль-

ной зоны с массивной инфильтрацией и некрозом клетчатки круглой связки печени, передней брюшной стенки.

Описание клинического случая

Больная Ж.Ш., 58 лет, переведена из Янгиурганского РМО 24.01.2021 г. в хирургическое отделение Наманганско-го филиала РНЦЭМП с диагнозом: ЖКБ. Острый калькулённый холецистит. Билиарный панкреатит.

Основные жалобы при поступлении – на боли в верхних этажах брюшной полости, загрудинные боли, повышение температуры тела, нехватку воздуха, сухость во рту.

Из анамнеза известно, что периодические боли в левом подреберье и эпигастральной области стали беспокоить пациентку с 2016 г., лечилась желчнокаменной болезнью (ЖКБ) амбулаторно, с улучшением. Резкое ухудшение состояния, которое отмечает с 22.01.2021 г., связывает с погрешностью в диете.

Состояние на момент осмотра тяжелое, дыхание ослаблено в нижних отделах легких, хрипов нет, ЧДД – 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 160/80–140/80 мм рт.ст., ЧСС – 92–100 в мин. Температура тела – 38,5–39,0°C. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника: выслушиваются единичные шумы.

При проведении рентгенологического исследования органов грудной клетки № 3322 выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Правосторонний малый гидроторакс.

УЗИ брюшной полости № 1629: Печень умеренно увеличена, внутрипеченные желчные ходы не расширены. Эхогенность паренхимы печени усиlena. Желчный пузырь 10,8x4,5 см, стенки – 0,5 см, в просвете мелкие конкременты. Холедох не расширен – 5 мм. На проекции головки ПЖ определяется гипоэхогенная зона размерами 5,8x3,8 см. Незначительная свободная жидкость под правой долей печени. Пневматизация кишечника.

При осмотре кардиологом установлен сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II ст., АГ2, назначены гипотензивные препараты.

Лабораторные анализы: Общий анализ крови: Нв – 102–100г/л, эр. – 4,41x10¹²/л, цв. пок. – 0,9, л. – 16,0–14,0–15,9–12,3–9,8x10⁹/л, п. – 4%, с. – 68%, лимф. – 25%,

мон. – 3%, СОЭ – 10 мм/ч. Общ. белок – 52,4–61,4 г/л, глюкоза в крови – 6,2–6,0, мочевина в крови – 10,4–9,6 ммоль/л, билирубин: общ. – 58,2–46,4 ммоль/л, прямая фракция – 24,2. АЛТ – 1,0 ммоль/л. Амилаза в крови – 107, в моче – 32 ед. Свертываемость крови: начало – 3,10, окончание – 3,23 с. время рекальцификации 110–70,0 с., тромботест. V–VI ст., этианоловый тест – отр., фибриноген – 6,10–7,77 – г/л, Ht – 46–37%. Остальные показатели – в пределах нормы.

Больной назначены инфузионные, антибактериальные препараты, статины, Н2-блокаторы, спазмолитики, анальгетики, антиагреганты, антикоагулянты, антигипертензивные средства. Питание – парентеральное. Диурез по катетеру. По зонду – желудочное отделяемое с желчью.

Установлен предварительный диагноз: Основной: ЖКБ. Острый калькулённый холецистит. Острый панкреатит. Тяжелое течение по Ranson.

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь II ст., АГ 2, риск 2. Алиментарное ожирение II степени.

Проводимые консервативные мероприятия оказались неэффективными, состояние больной не улучшилось, боли в эпигастрии усилились, появилось напряжение мышц передней брюшной стенки. По жизненным показаниям большую решено оперировать.

25.01.2021 г. под эндотрахеальным наркозом была выполнена операция № 82: верхнесрединная лапаротомия. Отмечалась массивная распространенная геморрагическая инфильтрация подапоневротического пространства передней брюшной стенки, массивная геморрагическая инфильтрация и некроз круглой связки печени размерами 15x8x5 см (рис. 1). Круглая связка печени багрово-синюшного цвета, напряженная, при вскрытии брюшины связки выявлен некротический секвестр массой более 100 г. При дальнейшей ревизии желчный пузырь 11,0x4,5 см, напряженный, окутан инфильтрированным сальником. В большом сальнике определяются мелкие множественные участки стеатонекроза. При вскрытии желудочно-ободочной связки из сальниковой сумки выделилась геморрагическая жидкость. Поджелудочная железа отечна, напряжена, парапанкреатическая клетчатка, особенно в области головки, инфильтрирована с участками некроза (рис. 2).

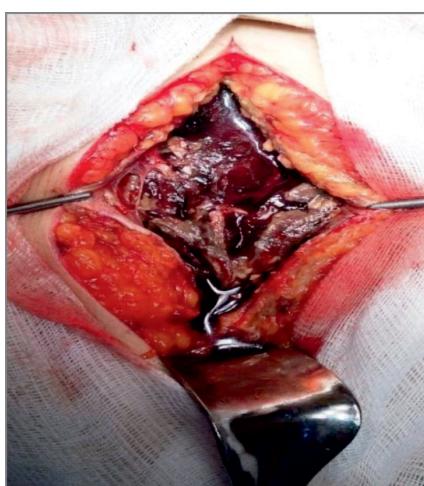


Рис. 1. Верхнесрединная лапаротомия: геморрагические некрозы предбрюшинной жировой клетчатки, массивная геморрагическая инфильтрация, некроз круглой связки печени

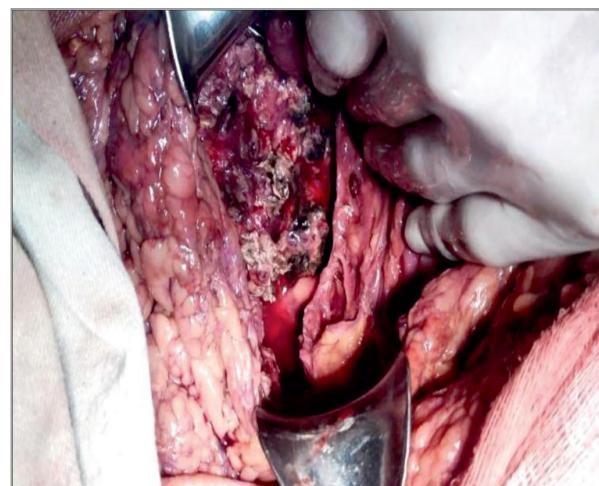


Рис. 2. Этапы некрсеквестрэктомии из ПЖ, гепатодуоденальной зоны и передней брюшной стенки

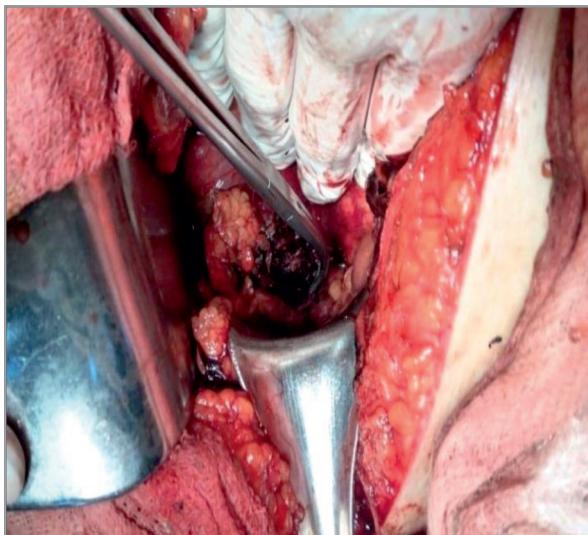


Рис. 3. Этапы некреквестрэктомии из ПЖ, гепатодуоденальной зоны

Инфильтрация распространяется в гепатодуоденальную, параколитическую зону забрюшинного пространства справа. Выполнена некреквестрэктомия из ПЖ и круглой связки печени (рис. 3, 4).

Была выполнена холецистэктомия с ревизией холедохапупсоватым зондом через пузирный проток с интраоперационной холангиографией. При интраоперационной холангиографии общий желчный проток 5 мм, камни не выявлены. Из-за гипербилирубинемии холедох дренирован по Пиковскому. Во всех отделах брюшной полости обнаружено около 300 мл жидкости геморрагического характера. Брюшная полость осушена, промыта физиологическим раствором. Желудочный зонд проведен ниже уровня связки Трейтца для раннего энтерального питания. Через отверстие Винслоу дренирована сальниковая сумка. Брюшная полость дренирована тремя силиконовыми трубками. Сформирована оментобурсостомия с подведением аппендикулярного тампона с мазью левомеколь в области головки ПЖ. Лапаротомная рана ушита до оментобурсостомы.

Послеоперационный диагноз: ЖКБ. Острый калькулёрзный обтурационный флегмонозный холецистит. Тотальный геморрагический панкреонекроз с инфильтрацией парапанкреатической, параколитической, паранефральной, забрюшинной клетчатки. Атипичное течение панкреонекроза с массивной инфильтрацией и некрозом клетчатки круглой связки печени, передней брюшной стенки. Диффузный геморрагический перитонит.

Осложнение: Правосторонняя нижнедолевая пневмония. Печеночно-почечная, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность.

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь II ст., АГ2, ХСН IIA. Алиментарное ожирение II ст.

Программированная санационная буркооментоскопия назначена через 72 часа.

28.01.2021 г. под внутривенным наркозом была выполнена первая программируемая санационная буркооментоскопия. Удален тампон, выделение – геморрагическое. Новых очагов некроза в подапоневротической клетчатке передней брюшной стенки не выявлено, секвестрации ткани ПЖ нет. Выполнена санация сальниковой сумки антибиотиками. На область головки ПЖ подведен тампон с ма-



Рис. 4. Удаленная некротическая масса (более 100 г) из зоны головки ПЖ, круглой связки печени при первой операции

зью левомеколь. Вторая программируемая санационная буркооментоскопия назначена через 72 часа.

УЗИ № 1629 от 30.01.2021 г. Печень незначительно увеличена в размерах. Эхогенность паренхимы усиlena, внутрипеченочные желчные ходы не расширены. Ложе желчного пузыря инфильтрировано. Холедох не расширен. В проекции головки ПЖ отмечается гиперэхогенная зона размером 5,8x3,8 см, где визуализируется тень дренажной трубки. Под правой долей печени визуализируется незначительное количество жидкости. В других отделах свободная жидкость не определяется.

31.01.2021 г. при второй программируемой санационной буркооментоскопии, после удаления тампона в сальниковой сумке, наблюдалась свободно «плавающая» секвестральная некротическая масса весом около 60 г, которая удалена, отмечалась грануляция ткани ПЖ (рис. 5).

Проходимость дренажной трубы в сальниковой сумке восстановлена, функция – удовлетворительная. Отсутствие



Рис. 5. Секвестральная некротическая масса (60 г), удаленная из зоны головки ПЖ при второй программируемой санационной буркооментоскопии



Рис. 6. МСКТ пациентки 58 лет. Топограмма. Коронарная проекция. 6-е сут. после первой операции

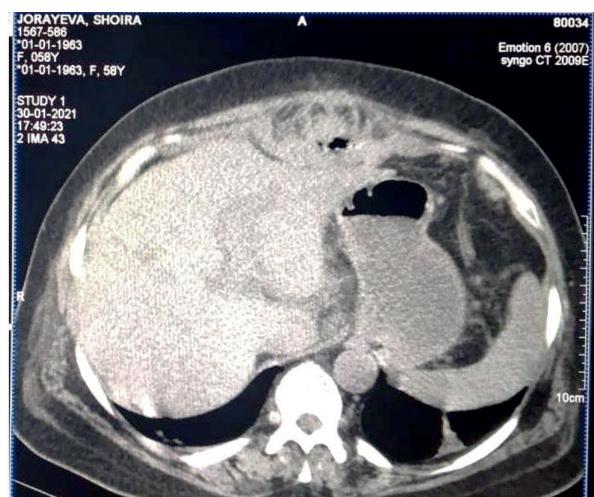


Рис. 7. МСКТ пациентки 58 лет. Аксиальная проекция. 6-е сут. после операции. Инфильтрация предбрюшинной клетчатки, гепатодуоденальной зоны в динамике уменьшается

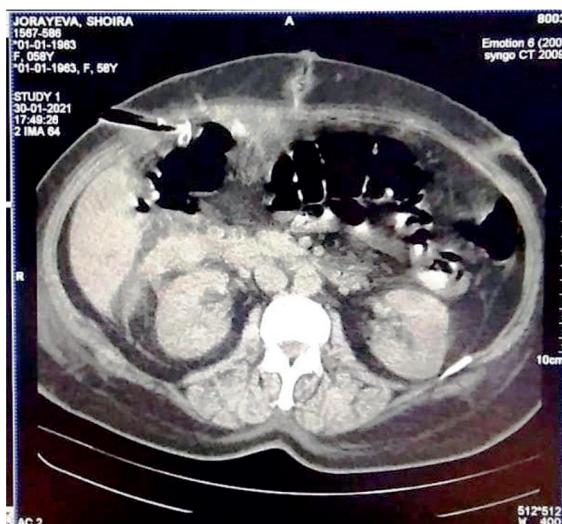


Рис. 8. МСКТ пациентки 58 лет. Аксиальная проекция. МСКТ: картина забрюшинной инфильтрации гепатодуоденальной зоны, области головки ПЖ, паранефральной, параколитической клетчатки

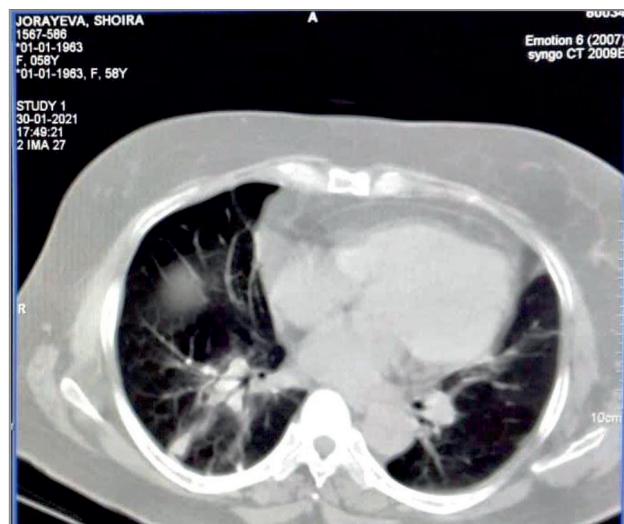


Рис. 9. МСКТ пациентки 58 лет. Аксиальная проекция. Правосторонняя нижнедолевая пневмония

новых очагов некроза, гноя и появление грануляционной ткани ПЖЖ явились показанием к прекращению программной санации и установлению дренажной трубки через оментобуростомы у в сальниковой сумке для фракционного лаважа.

30.01.2021 г. проведена МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства, на которой выявлены косвенные признаки панкреонекроза, инфильтрации в области головки ПЖ, параколитической и паранефральной клетчатки справа. Свободной жидкости в брюшной полости нет (рис. 6-9).

04.02.2021 г. при рентгеноскопии грудной клетки № 3886 была выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Больная осмотрена кардиологом повторно. АД – 140/90 мм рт. ст., пульс – 86 уд. в мин. Установлен диагноз: Гипертоническая болезнь II ст., АГ 2, ХСН II А. На-

значены сердечные гликозиды, мочегонные и антигипертензивные препараты.

С 8-х суток после операции ежедневно проводили фракционный лаваж сальниковой сумки антисептическими растворами с положительной динамикой. Назоинтестинальный зонд удален на 9-е сутки после операции. Энтеральное питание начинали с 8-х суток после первой операции. Дренажные трубки из брюшной полости удаляли на 8-12-е сутки. Лапаротомная рана в верхнем углу зажила вторичным натяжением.

Проведенная терапия дала положительную динамику, состояние пациентки улучшилось. Состояние при выписке удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧСС – 80 в мин, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот умеренно болезненный



Рис. 10. Пациентка 58 лет. Через 1 месяц после операции

в области дренажной трубы, в верхнем углу лапаротомной раны. Перистальтика кишечника высушивается. После заживления послеоперационной раны пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Дренажные трубы, установленные для фракционного лаважа за сальниковые сумки, удалены на 30-е сутки после операции.

Отдаленные результаты лечения пациентки прослежены в течение 1-го и 6 месяцев. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет (рис. 10, 11).

Заключение

Течение панкреонекроза тяжелое, многие пациенты погибают от вторичных осложнений, но своевременное выявление и радикальное лечение с выполнением программированной санационной бурсооментоскопии на современном этапе позволяет повысить выживаемость пациентов и улучшить качество их жизни. Сложность диагностики, определения тактики лечения, проблемы послеоперационного ведения больных с тяжелыми формами острого панкреатита диктуют целесообразность концентрирования их в специализированных центрах с привлечением к процессу лечения хирургов, реаниматологов, анестезиологов, кардиологов и других специалистов.

Особенностью клинического наблюдения является наличие атипичного течения панкреонекроза как сочетания некроза ткани поджелудочной железы, гепатодуodenальной зоны с массивной инфильтрацией и некрозом клетчатки круглой связки печени, передней брюшной стенки.

Литература / References

1. Ваккасов М.Х. Пути улучшения диагностики и хирургического лечения распространенного панкреонекроза и его последствий. Дис. ... д-ра мед. наук. М. 2002 [Vakkasov M.Kh. Puti uluchsheniya diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya rasprostranennogo pankreonekroza i ego posledstviy. Dis. ... d-ra med. nauk. M 2002. In Russian].
2. Назиров Ф.Г. Острый панкреатит. Вестник экстренной медицины. 2010;4:8-14 [Nazirov F.G. Ostryy pankreatit. Vestnik ekstrennoy meditsiny. 2010;4:8-14. In Russian].
3. Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Алиджанов Ф.Б., Баймурадов Ш.Э. Пути улучшения хирургического лечения больных инфицированным панкреонекрозом. Вестник экстренной медицины медицины. 2016;1:22-27 [Rizaev K.S., Altyev B.K., Alyidzhanov F.B., Baymuradov Sh.E. Puti uluchsheniya khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh infitsirovannym pankreonekrozom. Vestnik ekstrennoy meditsiny. 2016;1:22-27. In Russian].
4. Хаджибаев А.М., Ризаев К.С., Юлдашев Ф.С., Сабиров Д.С. Опыт применения прокальцитонинового теста в диагностике септических осложнений острого деструктивного панкреатита. Вестник экстренной медицины. 2011;1:20-23 [Khadjibaev A.M., Rizaev K.S., Yuldashev F.S., Sabirov D.S. Opyt primeneniya prokal'tsitoninovogo testa v diagnostike septicheskikh oslozhneniy ostrogo destruktivnogo pankreatita. Vestnik ekstrennoy meditsiny. 2011;1:20-23. In Russian].
7. Thoeni R.F. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its Importance for the Radiologist and Its Effect on Treatment. Radiology. 2012;262(3):751-63. doi: 10.1148/radiol.11110947.
8. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Комплексное лечение панкреонекроза. Анналы хирургической гепатологии. 2000;2:61-67 [Savel'ev V.S., Gel'fand B.R., Filimonov M.I. i dr. Kompleksnoe lechenie pankreonekroza. Annaly khirurgicheskoy hepatologii. 2000;2:61-67. In Russian].
9. Хаджибаев А.М., Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении острого панкреатита. Материалы Пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Самара 21-22 мая. 2015:153 [Khadjibaev A.M., Rizaev K.S., Altyev B.K., Baymuradov Sh.E. Laparoskopicheskie vmeshatel'stva v diagnostike i lechenii ostrogo pankreatita. Materialy Plenuma pravleniya assotsiatsii hepatopankreatobiliarnykh khirurgov stran SNG. Samara 21-22 maya. 2015:153. In Russian].
10. Beger H.G., Rau B.M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management. WldJ Gastroenterol. 2007;13(38):5043-5051.doi: 10.3748/wjg.v13.i38.5043.
11. Гришин А.В. Неотложные состояния и клинические маски острого панкреатита: основные принципы



Рис. 11. Пациентка 58 лет. 6-й месяц после операции

- диагностики и лечения. Доказательная гастроэнтерология. 2013; 1: 28-35 [Grishin A.V. Neotlozhnye sostoyaniya i klinicheskie maski ostrogo pankreatita: osnovnye printsipy diagnostiki i lecheniya. Dokazatel'naya gastroenterologiya. 2013;1:28-35. In Russian].
12. Дарменов О.К., Оразбеков Н.И., Дарменов Е.О., Оразбекова Г.А. Клинические маски течения острого панкреатита. Вестник Казахского национального медицинского университета. 2016;2:19-21 [Darmenov O.K., Orazbekov N.I., Darmenov E.O., Orazbekova G.A. Klinicheskie maski techeniya ostrogo pankreatita. Vestnik Kazakhskogo natsionalnogo meditsinskogo universiteta. 2016; 2:19-21. In Russian].
13. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Современные проблемы диагностики острого панкреатита и разработка клинической системы его диагностики. Медицинский журнал Узбекистана. 2005;2:14-18 [Karimov Sh.I., Kim V.L., Khakimov M.Sh. Sovremennye problemy diagnostiki ostrogo pankreatita i razrabotka klinicheskoy sistemy ego diagnostiki. Meditsinskiy zhurnal Uzbekistana. 2005;2:14-18. In Russian].
14. Ризаев К.С., Эрметов А.Т., Рузматов А.Э. и др. Результаты хирургического лечения деструктивного панкреатита. М Юпоком Инфо Мед. Медицинские новости. 2016;9:264 [Rizaev K.S., Ermetov A.T., Ruzmatov A.E. i dr. Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya destruktivnogo pankreatita. M Yupiter Info Med. Meditsinskie novosti. 2016;9:264. In Russian].
15. Ярмоленко О.А., Малаева Е.Г., Худяков И.А. и др., Атипичное течение острого панкреатита у пациента молодого возраста. Проблемы здоровья и экологии. 2020;3(65):138-143 [Yarmolenko O.A., Malaeva E.G., Khudyakov. A. i dr. Atipichnoe techenie ostrogo pankreatita u patsienta molodogo vozrasta. Problemy zdorov'ya i ekologii. 2020;3(65):138-143. In Russian].

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ВА ЖИГАР ЮМАЛОҚ БОҒЛАМИ КЛЕТЧАТКАСИ НЕКРОЗИ БИЛАН КЕЧГАН ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ ҲОЛАТИ

Б.Р. ИСХОҚОВ¹, А.А. АЛИЖНОВ¹, Н.Б. ИСХОҚОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали, Ўзбекистон

²Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада панкреонекрознинг атипик кечиши билан беморнинг клиник кузатув натижаси тақдим этилган. Бунда ошқозон ости безининг, парапанкреатик, параколик, паранефрал, қорин пардаси орти тўқималарининг- жигарнинг думалоқ боғлами ва қорин олд девори тўқималарининг массив инфильтрацияси ва некрози билан бирга кечиши кузатилган. Муаллифларнинг таҳдил этилган кузатуvida касалликнинг ўз вақтида радикал давосини программалаштирилган санацион оментобурсоскопия ҳозирги замон босқичида бирга амалга оширилганида беморнинг яшаб кетиш қобилиятини кўтаришга кўмак бериши кўрсатилган.

Калим сўзлар: панкреонекроз, жигарнинг думалоқ боғлами ва қорин олд девори тўқимасининг некрози, программалаштирилган санацион бурсооментоскопия, асоратлари.

Сведения об авторах:

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП.
Тел: +99891-360-22-03.

Алижанов Аброр Алижон угли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП.

Исхаков Нурбек Баркамолович – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Робиддинов Шоҳбек Баркамолович – кардиолог Наманганского филиала РНЦЭМП.
Тел: +99899-9732147.

Поступила в редакцию 03.07.2021

Information about authors:

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.
Phone: +99891-3602203.

Abror Alijanov – MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Nurbek Iskhakov – doctor surgeon of the Department of Transplantology of Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Shohbek Robiddinov – cardiologist of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.

Received 03.07.2021