

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№2 (Том 1)

2020



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.
(ответственный секретарь);
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный Совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
М.К. Азизов (Самарканд)
Н.Н. Володин (Москва)
Х.М. Галимзянов (Астрахань)
С.С. Давлатов (Самарканд)
Т.А. Даминов (Ташкент)
М.Д. Жураев (Самарканд)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
В.В. Никифоров (Москва)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ/ CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1.	Абдуллаев Р.Б., Дусанов А.Д. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ КУРЯЩИХ ТАБАК «НАС».....	5
2.	Абдухалилова Г.К., Бектемиров А.М., Отамуратова Н.Х., Ахмедов И.Ф., Ахмедова М.Д., Мирзаджанова Д.Б. ГЕНОТИПЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ SALMONELLA ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ОКИ И ИЗ ТУШЕК БРОЙЛЕРНЫХ КУР.....	11
3.	Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Ахматов А.А. ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	18
4.	Гарифуллина Л.М. КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	22
5.	Давлатов С.С., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	26
6.	Джураева З.А., Расулов С.К., Муминов О.Б. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА.....	30
7.	Джураева З.А., Муминов О.Б., Курбонова Н.С. АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ МИКРОЭЛЕМЕНТНЫХ ДИСБАЛАНСОВ СИСТЕМЕ «МАТЬ – РЕБЕНОК».....	37
8.	Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р. ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ.....	41
9.	Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А. СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ.....	48
10.	Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ.....	52
11.	Рузибаев С.А., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	56
12.	Рузибоев С. А., Авазов А. А., Мухаммадидиев М. Х., Худойназаров У. Р. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	61
13.	Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГАНГРЕНОЗНО - НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	65
14.	Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ.....	69



УДК 616.352-007.253

Ураков Шухрат Тухтаевич

д.м.н., заведующий кафедрой хирургических
заболеваний и реанимации,
Бухарский Государственный медицинский институт,
Бухара, Узбекистан.

Кенжаев Лазиз Раззокович


Врач ординатор Бухарского филиала
Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи,
Бухара, Узбекистан

Рузибоев Санжар Абдусаломович

д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №2,
Самаркандского государственного медицинского института,
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

For citation: Urakov Shukhrat Tukhtaevich, Kenzhaev Laziz Razzokovich, Ruziboev Sanzhar Abdusalomovich. Features of the diagnosis of obstructive jaundice, accompanied by cirrhosis of the liver. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 72-77

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-2-15>

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлены результаты исследования 66 пациентов с механической желтухой, вызванная желчнокаменной болезнью, сопутствующая циррозом печени (ЦП). Все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 46 пациентов с механической желтухой с ЦП, а во вторую - всего 20 пациентов с механической желтухой. Причиной механической желтухи у 64% пациентов выявилась желчнокаменная болезнь, пролеченных в этой хирургической клинике, из них у 20,4% различные стадии цирроза печени были идентифицированы как сопутствующие заболевания. Сравнивались жалобы пациентов обеих групп, клиническое течение, результаты объективного осмотра, лабораторного исследования, результаты дополнительного инструментального обследования и их специфичность.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, механическая желтуха, цирроз печени, холедохолитиаз

O'roqov Shuxrat To'xtaevich

t.f.d., Xirurgik kasalliklar va reanimasiya kafedrasini mudiri,
Buxoro davlat tibbiyot instituti,
Buxoro, Uzbekiston.

Kenjaev Laziz Razzoqovich

Vrach ordinator, Respublika tez tibbiy yordam
ilmiy markazi Buxoro filiali,

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich

t.f.d., Samarqand davlat tibbiyot instituti,
2 son Xirurgik kasalliklar kafedrasining dosenti,
Samarqand, O'zbekiston

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ТАШХИСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Ушбу илмий мақолада жигар циррози (ЖЦ) ҳамда ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик ташхиси билан даволанган 66 беморнинг текшириш натижалари ёритилган. Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб, яъни биринчи гуруҳга механик сариқликнинг ЖЦ билан биргаликда келган 46 бемор, иккинчи гуруҳда эса фақат механик сариқлик билан касалланган 20 бемор ташкил қилган. Мазкур жарроҳлик клиникасида даволанган барча механик сариқлик билан келган беморларнинг 64 % сабаби ўт тош касаллиги бўлиб, уларнинг 20,4% да жигар циррозининг турли босқичлари йулдош касаллик сифатида аниқланган. Ҳар иккала гуруҳдаги беморларнинг шикоятлари, клиник кечиши, объектив кўриш натижалари, лаборатория мониторинги, кўшимча инструментал текшириш натижалари ва уларнинг ўзига хослиги таққослаб ўрганилган.

Калит сўзлар: ўт-тош касаллиги, механик сариқлик, жигар циррози, холедохолитиаз.

Urakov Shukhrat Tukhtaevich

Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgical diseases and resuscitation, Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

Kenzhaev Laziz Razzokovich

Resident physician of the Bukhara branch Republican Scientific Center emergency medical care

Ruziboev Sanzhar Abdusalomovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2, Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

FEATURES OF THE DIAGNOSIS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE, ACCOMPANIED BY CIRRHOSIS OF THE LIVER

ANNOTATION

This article presents the results of a study of 66 patients with obstructive jaundice caused by gallstone disease, concomitant with cirrhosis of the liver (LC). All patients were divided into 2 groups: the first group included 46 patients with obstructive jaundice with LC, and the second - only 20 patients with obstructive jaundice. Obstructive jaundice in 64% of patients was caused by cholelithiasis treated in this surgical clinic, of which 20.4% of them were identified as concomitant diseases with various stages of liver cirrhosis. Compared were the complaints of patients of both groups, the clinical course, the results of objective observation, laboratory research, the results of additional instrumental examination and their specificity.

Key words: cholelithiasis, obstructive jaundice, cirrhosis of the liver

Мавзунинг долзарблиги. Тиббиётда эришилаётган улкан ютуқларга қарамасдан, охириги 20 йил ичида жигарнинг диффуз ва ўчоқли касалликлари билан касалланиш ҳолати тез сураатларда ўсиб бормоқда [5].

Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК), айниқса жигар циррозининг (ЖЦ) учраш даражаси сезиларли ўсиши ва ўлим кўрсаткичининг юқори бўлганлиги сабабли ҳозирги вақтгача медицинанинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [2]. Ҳозирги вақтда бутун дунёдагидек Ўрта Осиё давлатлари учун ҳам сезиларли даражада тарқалаётган вирусли гепатитлар худудий касаллик ҳисобланади [1,7,10,11,12].

Бугунги кунга келиб, юқорида кўрсатилган касалликларнинг нафақат ўзи, уларнинг қўшма ҳолда яъни биргаликда келиши ҳам эътибордан холи эмас [9,12].

Изланишлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, барча яшаётган аҳоли орасида холелитиаз 6-16% ташкил қилса [3,4,6,9,13], турли хил этиологияли жигар циррози мавжуд кишилар орасида ўт тош касаллиги 23- до 54 % эканлиги аниқланган [10,14].

Ҳар иккала касаллик яъни ўт тош касаллиги ва жагар циррози орасидаги патогенетик, анатомо-

физиологик алоқаси ва ўзаро боғлиқликка патогенетик нуқтаи назардан ёндошишимиз мумкин.

Илмий иш 2018-2020 йиллар давомида Република шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилич хирургия бўлимларида жигар циррози ҳамда ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик ташхиси билан даволанган 66 беморда олиб борилган изланиш натижаларига асосланган.

Илмий изланишдан мақсад жигар циррози ва механик сариқлик биргаликда келган беморларда касалликни клиник кечинининг ўзига хос томонларини ўрганиш.

Ушбу мақсадда жигар циррози ва механик сариқлик билан 46 бемор ва фақат механик сариқлик билан 20 беморнинг клиник кўриниши, биокимёвий таҳлиллари ва ускунавий текшириш натижалари таҳлил қилинди.

Биз олиб борган тадқиқотларда яъни ўрганилган беморлар орасида болалар ва ўсмирлар йўқ, ёшлар 13 (%), ўрта ёшдагилар 20 (%) ва кекса ёш 21 (%) кишини ташкил қилди. Қари ёшдагилар 12 (%) ва узоқ яшовчилар ичида эса аниқланмади.

Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб таққослаш асосида ўрганилди. Биринчи (асосий) гуруҳга механик

сарикликнинг жигар циррози билан биргаликда келган 46 бемор бўлса, иккинчи (назорат) гуруҳида эса фақат механик сариклик билан касалланган 20 бемор ташкил қилди.

Ҳар иккала гуруҳда ҳам эркаклар сони кўпроқ бўлиб, текширилган беморларнинг 61% ни ташкил этди. Бизнинг маълумотларимиз, адабиётларда келтирилган ЖЦ аёлларга нисбатан кўпроқ эркакларда учраши тўғрисидаги маълумотларга мос келди.

Беморларнинг анамнезидан 31 (47%) кишида жигар циррозининг келиб чиқиш сабаби вирусли гепатитлар билан боғлиқлиги аниқланди. Беморлардан 25 кишида жигар циррози ташхиси клиникага келгунга қадар аниқланиб ушбу касаллик сабабли даво мулоажаларини қабул қилиб юрган. 12 беморда ЖЦ касалхонага ётқизилгач текширишлар натижасида ва 19 беморда ЖЦ фақатгина операция вақтида аниқланган.

Жадвал №1.

Жигар циррози билан касалланган беморларнинг ташхислаш босқичлари.

Босқичлар	ЖЦ+МС
ЖЦ ташхиси мавжуд бўлган.	25 (38%)
ЖЦ ташхиси касалхонада қўйилган.	12 (18%)
ЖЦ ташхиси операция вақтида қўйилган.	9 (14%)
Жами.	46 (70%)

Жигар портал тизим қон айланиш ҳолати (портопеченочное кровообращения) М.Д. Пациора (1984) классификацияси бўйича аниқланди. Портал гипертензиянинг компенсация даражаси 32 (%) беморда, портал гипертензиянинг субкомпенсация даражаси билан 22 (%) бемор ва декомпенсация даражаси билан 12 (%) бемор аниқланди.

Биринчи гуруҳдаги 46 бемордан 38 кишида, иккинчи гуруҳдан эса 8 беморга эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС) текшируви ўтказилди. Шундан фақатгина биринчи гуруҳдаги беморлардан 17 кишида қизилўнгач ва ошқозон веналарининг турли хил даражадаги кенгайганликлари аниқланди. Палпацияда жигар ўлчамларининг кенгайиши 31 беморда, спленомегалия 22 кишида аниқланди. Охириги симптом яъни спленомегалия, ЖЦ нинг асосий белгиларидан бўлиб сонография (УТС) ёрдамида яна 12 кишида, жами эса 34 кишида аниқланди. Айнан ушбу симптом касалхонага келган беморларга ЖЦ мавжудлигини ва ушбу соҳада текширишлар олиб борилишига тўртки бўлди.

Механик сариклик ва ЖЦ биргаликда келган ҳолатларда асосий эътиборни қаратадиган ҳолат бу ҳар иккала патологик жараённинг қайси бирини устунлиги бўлиб бу касалликнинг нафақат ташхислаш, ҳаттоки кейинги даволаш тактикасини ҳал қилишда ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Жигар циррози билан оғриган беморларда жигарнинг функционал ҳолатини баҳолайдиган асосий усул жигар функционал ҳолатини баҳолашнинг Child-

Pugh (1967) синфлари бўлиб (жадвал №2) ушбу усул текшириладиган беморларга қўлланилди.

Жадвал №2.

Child-Pugh (1967) бўйича факторлар тизими.

Клиник белгилар	Баҳоловчи гуруҳлар		
	1	2	3
Билирубин (мкмоль/л)	35 гача	35-50	50 дан юқори
Альбумин (мг%)	35 дан юқори	30-35	30 дан паст
Протромбин индекси	80-100%	79-60%	60% дан паст
Асцит	Йук	Транзитор	Яккол
Энцефалопатия	Йук	Минимал	Кома

Беморларнинг умумий аҳоли ва юқоридаги омиллар ҳисобга олиниб, Child-Pugh бўйича биринчи «А» гуруҳига 26 бемор, иккинчи «В» гуруҳга 14 бемор ва учинчи «С» гуруҳга эса 6 бемор тўғри келди.

Текширув усулларида беморшикоятлари, асосий ва қўшимча касаллик анамнези, этиологик омиллари, тери ва шиллик қаватлар сариклик даражаси, қорин соҳасидаги ўзгаришлар, иштаха, кўнгил айниши, ушбу симптомлар даврийлиги, ирсий мойилликлар, қабзият, спленомегалия, капут медуза ва ҳ.к. ўрганилди.

Лаборатор усуллар, қон клиник таҳлили, қон ивиш тизими ва қон биохимик таҳлили, сийдик умумий таҳлили текширувлари ўтказилди.

Шу жумладан тўрт хил биокимёвий усул яъни цитолиздан далолат берувчи АЛТ ва АСТ, холестаздан далолат берувчи Билирубин ва Ишкорий фосфотаза, гепатодепрессиядан далолат берувчи Гипоальбуминемия ва ПТИ, ҳамда мезенхимал яллигланиш жараёнидан дарак берувчи тимол ва сулема синамалари натижалари орқали жигарнинг функционал ҳолати ўрганилди.

АЛТ ва АСТ ферментлари 1,2-3,0 баробар кўтарилганлиги енгил ферментемия, 3,1 дан 10 баробаргача ўрта даражадаги ва 10,1 дан баланд бўлса юқори даражадаги ферментемия деб қабул қилинди (А.И. Хазанов, 1997).

48 беморга ЭГДФС давомида ЭРПХГ ва ЭПСТ мулоажаси анъанавий усулда бажарилди.

УТС орқали асосий эътибор икки нарсага, яъни биринчи навбатда билиар тизим ва жигар паренхимасига эътибор берилди. Жигар ичи, ва жигардан ташқи ўт йўллари структурасига, унинг ўлчамларига, кенглиги, ўт пуфаги ҳолати унинг ўлчамлари ичидаги суюқликка алоҳида эътибор берилди. Бир қисм беморларда портал қон айланиши портатизим аностомозларининг ҳолати УТС ва доплерография усулида урганилди.

Таблица №3.

Механик сариклик билан ЖЦ бирга келган беморларда ташхис босқичлари.

Босқич	ЖЦ+МС	МС	Жами
Механик сарикликнинг устунлиги.	34 (74%)	20 (100%)	54 (82%)
ЖЦ устунлиги.	12 (26%)		12 (18%)
Жами	46 (100%)	20 (100%)	66 (100%)

Касалликнинг кечиши, текшириш ва таҳлил натижаларини ўрганиш ҳар иккала гуруҳдаги беморларни таққослаш асосида олиб борилди.

Биринчи гуруҳдаги беморларда ўнг ковурга остида, ёки эпигастрал соҳадаги огриклар, иккинчи гуруҳдаги беморларга нисбатан кўпгина ҳолатларда касалликнинг асосий ёки бошланғич симптоми сифатида кечмади. Яъни I гуруҳдаги беморларда огрик кам ҳолларда кузатилди. Ушбу тоифа беморларда умумий ҳолсизлик кўнгил айнаши, қайд қилиш, эндоген интоксикация белгилари (тахикардия, оғиз қуришигипертермия ва ҳ.к.), иштаханинг йўқлиги, корин дам қилиши, қабзият, гўштлик ва қовурилган овқат махсулотига кўнгил айнаши каби белгилар кўпроқ намоён бўлди.

ЖЦ узоқ вақт давомида яширин кечишини ҳисобида ушбу касаллик беморда неча йилдан буён давом этаётганлигини аниқлаш кийинчилик тугдирди.

Беморларни касалхонага келган вақтдаги барча шикоятлари куйидаги жадвалда кўрсатилган (Жадвал 4).

Жадвал.4

Шикояти	ЖЦ МС	МС	Жами
Умумий ҳолсизлик	42 (64%)	6 (9%)	48 (73%)
Эпигастрал соҳада огрик.	17 (26%)	18 (27%)	35 (53%)
Ўнг ковурга остидаги огрик	9(14%)	14(21%)	23 (35%)
Қайд қилиш.	34 (51.5%)	5(7.5%)	39(59%)
Кўнгил айнаши.	36 (54.5%)	3(4.5%)	39(59%)
Тана вазнининг камайиши	41 (62%)	2(3%)	43(65%)
Иштаханинг бузилиши	39 (59%)	4(6%)	43 (65%)

Шу нарсага алоҳида эътибор беришимиз керакки УТС билан текширганда назорат гуруҳидаги 20 беморнинг ҳаммасида жигар ичи ва ташки ўт йўллари кенгайиши кузатилиб ушбу ҳолат биринчи гуруҳдаги беморларда ҳамма вақт ҳам намоён бўлмаслиги аниқланди. Яъни асосий гуруҳдаги беморлардан 19 кишида жигар ичи ўт йўллари кенгайиши кузатилмади. Демак биринчи гуруҳ беморлардан 29% да УТС орқали текширишда жигар ичи ва жигардан ташки ўт йўллари кенгаймаганлиги аниқланди. Жигар циррозининг охириги босқичларида билиар гипертензия бўлсада доим ҳам жигар ичи ва жигардан ташқаридаги ўт йўллари кенгаймамаслик ҳолатини, жигар туқимаси архитектоникасининг бузилиши яъни циррозли трансформация ва ўт йўлларидаги дағаллашиш, узоқ вақт давом этган яллиғланиш натижасидаги дегенератив ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб билиар тизим ўз эластиклигини йўқотан деб хулоса қилинди.

Биринчи гуруҳдаги беморларда айниқса МС устунлик қилиб келган ҳолатларда МС ташхисини қуйиш деярли кўп кийинчилик тугдирмайди. Чунки касалхонага келган беморларнинг деярли барчасида ҳаттоки шошилч

ҳолатларда ҳам бемор ётқизилгунга қадар ўт тош касаллигида асосий самарали диагноз қуйиш усули бўлган УТС текширувидан ўтади. Қийинчилик тугдирадиган нарса бу МС устунлик қилиб келганда ЖЦ га ташхис қуйишидир.

Периферик қонни текшириш ҳар иккала гуруҳ беморларда биринчи гуруҳдаги анемияни қисобга олмаганда чуқур ўзгаришлар кузатилмади. Текширилган умумий қон таҳлилида биринчи гуруҳдаги 32 беморда Гемоглобин миқдорининг 100 г/л дан пастлиги аниқланди.

Биокимёвий таҳлиллар натижасини киёсий таққослаш шуни кўрсатдики биринчи гуруҳ беморларда билирубинэмиядан ташқари АЛТ ва АСТ ферментларининг активлиги 3-6 баробарга ошган. Демак, механик сариклик натижасидаги билиар гипертензия жигар туқимасидаги яллиғланишни кучайтириб патологик жараёни чуқурлаштиради ва беморнинг аҳволини оғирлаштиради.

Биокимёвий таҳлилларда ҳар иккала гуруҳда гепатодепрессия даражасини киёсий таққослаш куйидаги натижаларни кўрсатди. Биринчи гуруҳ беморларда альбумин миқдори ва протромбин индекси, иккинчи гуруҳга нисбатан сезилар-ли даражада пасайганлиги аниқланди. Бундан шундай фикрга бориш мумкинки цирротик ўзгарган жигар паренхимасидаги патологик жараён билиар гипер-тензия натижасида янаям чуқурлашиб ўткир жигар етишмовчилигини келтириб чиқаришга туртки бўлади.

Шунингдек холестаз синдромини ўрганиш умумий билирубин, боғланган ва боғланмаган билирубин миқдори ҳамда ишкорий фосфотазага қараб таҳлил қилинди. Албатта жигар ичи сариклиги билан жигар ости сариклигини ажратишда билирубиннинг миқдори доим ҳам аниқ натижа бермайди.

Биринчи гуруҳдаги беморларда бир вақтнинг ўзида ҳам боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорининг деярли бир хилда кўтарилганлиги кузатилди. Яъни дастлаб билиар гипертензия натижасида боғланган билирубиннинг кўтарилиши кузатилса кейинчалик ушбу кўрсаткичга боғланмаган билирубиннинг ҳам кўтарилиши кузатилди. Демак билиар гипертензия жигарда мавжуд бўлган цирротик ўзгаришли патологик жараёни активлаштириши қайд этилди.

Ўт тош касаллиги этиологияли МС ЖЦ билан бирга келган беморларда жигар функционал ҳолатини текшириш шуни кўрсатдики, ушбу патологик жараёнда деярли барча ҳолатларда биохимиявий текшириш натижаларида ўзгаришлар кузатилди. Биринчи гуруҳдаги 46 бемордан 32 кишида юқорида қайд этилган биокимёвий ўзгаришлар яққол намоён бўлди.

Текширилган 66 бемордан юқорида қайд этилган ўсиб боровчи патологик жараён, яъни жигар функционал ҳолатининг бузилиши белгилари айниқса йирингли холангит мавжуд булган 34 беморда яққол қайд этилди. Ушбу беморларнинг деярли барчасида (97% да) гипоальбуминэмия, протромбин кўрсаткичининг пасайиши ва цитолиздан далолат берувчи ферментларнинг кўтарилиши аниқланди.

Шунингдек ЖЦ механик сариклик ва холангит билан бирга келган ҳолатларда ривожланиб боровчи жигар етишмовчилиги ва эндотоксикоз натижасида касалликнинг атипик кечиши кузатилди.

Шундай қилиб ЖЦ ҳамда механик сариклик биргаликда келган беморларнинг, клиник кечиши, объектив кўриш натижалари, лаборатория мониторинги, кўшимча инструментал текшириш хулосалари механик сарикликнинг ЖЦ сиз келган ҳолатлардагига нисбатан махсус ўзига хослик характериға эға бўлиб бу хар иккала патологик жараённинг ажратиш учун қўл келиши мумкин.

Биринчи гуруҳ беморларда Чайлд Пью “А” синфидаги беморларда чуқур патологик ўзгаришлар кузатилмасада лекин Чайлд Пью “В” ва “С” синфлар (78%) да жигар функционал ҳолатининг бузилганлигини яққол намоён бўлиши кузатилди.

Механик сариклик сабабли пайдо бўлган билиар гипертензия, жигарда метаболик функцияни пасайтириб, тўкимада патологик жараённинг активлигини ошириб жигарнинг функционал ҳолатини янаям чуқурлаштиради. Касаллик қанчалик кўп давом этса юқорида қайд этилган патологик жараён янада кучаяди.

Беморларни ретроспектив тахлили яъни уларнинг анамнез, шикоятлари, клиник кечиши, клиник ва биохимиявий лаборатор кўрсаткичлар ҳамда ускунавий текшириш усуллари, шунингдек даволаш натижалари ўт тош касаллиги сабабли МС ва ЖЦ бирга келган беморларда куйидаги ташхислаш ва даво алгоритмиға риоға қилишға замин яратди: беморнинг шикоятлари - анамнез маълумотлари - кимёвий лаборатория тахлили – билиар тизим УЗС-ФСКН (жигар эластометрияси) – ЭГДФС ва ЭРПХГ (кўрсатма асосида).

Механик сариклик ва жигарнинг сурункали диффуз касалликлари биргаликда келган ҳолатларда, механик сарикликни бартараф қилиш илк даволаш усули бўлиб, бу борада билиар тизимда ўт ҳаракатини таъминлаш, эндоскоп орқали умумий ўт йўлини ўтказувчанлигини таъминлаш самарали даво усул хисобланади. Ушбу мининвазив муложа бир вақтнинг

ўзида ҳам механик сарикликни ҳам жигар тўкимасидаги сурункали диффуз касалликларни ҳам фаоллигини пасайтиради. Юқорида қайд этилган патологик жараёнда мининвазив усуллар яъни ЭРПХГ ва ЭПСТ нинг иложи бўлмаган ҳолатларда лапаротомия, холедохолитомия ва ўт йулларини ташқарига найлаш операцияси бажарилади. Ушбу операцияларни иложи бориға Чайлд-Пью синфи «А» ва «В» синфларида бўлган беморларда бажариш мақсадға муофик. Ўт йулларини ташқарига найлаш жигар етишмовчилиги фаоллигини пасайтириб жаррохлик усулида даволанган беморларда операциядан кейинги натижаға самарали таъсир кўрсатади.

Шундай қилиб жаррохлик бўлимида даволанган барча беморларнинг 4,6 % механик сариклик ташқил қилиб, шундан 64 % сабаби ўт тош касаллигидир. Ўт тош касаллиги сабабли келган механик сарикликларнинг 20,4% да жигарнинг сурункали диффуз касалликлари йулдош касаллик сифатида аниқланди.

Механик сариклик ва жигар циррози биргаликда келган ҳолатларда қорин соҳасидаги оғриқлар касалликнинг асосий ёки бошланғич симптоми сифатида кечмайди. Ушбу беморларда умумий ҳолсизлик ва диспептик симптомлар ҳамда эндоген интоксикация белгилари устунлик қилади.

Жигар циррози МС билан бирга кечганда билиар гипертензия бўлсада УТС текширувида доим ҳам жигар ичи ва жигардан ташқаридаги ўт йуллари кенгаймаслиги мумкин.

Жигарнинг циррозининг турли босқичлари ташхиси 37% ҳолатларда касалхонаға текширишлар натижасида аниқланди. Бу тоифа беморларға ташхис қўйишнинг қийинлиги ёки кечиктириб қўйилишиға асосий сабаб, унинг узок вақт хеч қандай симптомсиз кечишидир.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Акилов Х.А. Хирургическое лечение больных циррозом печени в условиях декомпенсации портальной гипертензии с синдромом асцита. Автореф. Дисс. ... Доктор. мед. наук. Ташкент – 1998. С. 2-6.
2. Алексеева О.П., Курьшева М.А. // Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и антагонисты рецепторов ангиотензина II в клинике внутренних болезней. Новгород. 2004.,
3. Арипов У.А., Арипова Н.У. Обтурационный холецистит. Мат. Респ. Науч.-прак. конф. с межд. нар. участ.» Холецистит и его осложнения» Бухара, 1997. - С.4.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей // М.: Издательский дом Видар – М. 2009 560 с.
5. Гальперин Э.И., Дюжевой Т.Г. \Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии. Москва. 2011
6. Даценко Б.М., Борисенко В.Б., 2013., Механическая желтуха, острый холангит, билиарный сепсис: их патогенетическая взаимосвязь и принципы дифференциальной диагностики. Новости хирургии. Том 21.№5. 2013. Стр.31-39.
7. Девятов А.В. Пути оптимизации портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией. Автореф. док. мед. наук. Ташкент-1999.
8. Ерамышанцев А.К., Гордеев П.С., Ахмеджанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия. - 1992. - № 1. - С. 15-17.
9. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адыхходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. Лечение осложнений хронических эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями. // Анналы хирургической гепатологии. 2015. № 3. С 68-74.
10. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Современное состояние реконструктивной хирургии портального кровообращения у больных циррозом печени с угрозой кровотечения из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка //Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - № 2.- С. 245.
11. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В., Асабаев А.Ш. Прогноз выживаемости при циррозе печени и формирование групп реципиентов для трансплантации печени после портосистемного шунтирования //Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - № 2.- С. 7-10

12. Ураков Ш.Т. Особенности лечебно диагностической тактики у больных циррозом печени, сочетанным с абдоминальной хирургической патологией. Автореф. дисс. ... док. мед. наук. - Ташкент-2005.
13. Schwarts S.J. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination. *Surgery*, 1981, v.90, n.4, p.577-582.
14. Steinberg H.V., Becrett W., Chezmar J.L. Incidence of Cholelithiasis Among Patients with Cirrhosis and Portal Hypertension. *Gastrointest. Radiolog.*, 1988, v.13, p.347-350.

**ЖУРНАЛ ГЕПАТО-
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**
НОМЕР 2, ВЫПУСК 1

**JOURNAL OF
HEPATO-GASTROENTEROLOGY
RESEARCH**
VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000