

ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ДЕСТРУКТИВ ШАКЛЛАРИ ТАШҲИСОТИ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ



Хайдаров Фаррух Нуриддинович

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали,
Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Хайдаров Фаррух Нуриддинович

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Республика Узбекистан, г. Бухара

IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS METHODS FOR DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE CALCULOSIS CHOLECYSTITIS

Khaydarov Farrukh Nuritdinovich

Bukhara branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medical Care,
Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: khaydarov.farrux@bdti.uz

Резюме. Долзарблиги. Ўт-тош касаллиги ва ўткир калькулёз холецистит овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари орасида энг кўп тарқалган турларидан бири саналади. Тадқиқот мақсади: ўткир калькулёз холециститда ўт пуфаги девори тўқималарида деструктив жараённинг бошланишини эрта таъхислаш усулларини оптималлаштириши. Ушбу тадқиқотни олиб бориши учун таъхис қўйилгандан сўнг ўткир калькулёз холецистит билан оғриган 91 нафар бемор текширилди: улардан 57 нафари аёл, 34 нафари эркак. Беморлар 2 та ёш гуруҳига бўлинишди; I гуруҳ (48) 65 ёшгача бўлган беморлар, II гуруҳ (43) 65 ёшдан юқори бўлган беморлар. Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси: Олиб борилган морфологик тадқиқотларда катарал, флегмоноз ва гангренозли деструктив холециститда ўт пуфаги девори тўқималарида иммунокомпетент ҳужайраларнинг турли нисбатлари аниқланди. Морфологик хусусиятлардан келиб чиққан ҳолда, касалхонада беморларнинг ушбу контингентини бошқаришда қисқа вақт ичида таъхис қўйиши ва жарроҳлик тактикасини аниқлаш, яъни шошилинч жарроҳлик кўрсатмаларини белгилаш вақтини аниқлаш қийинлиги маълум бўлди. Хулоса. Таъкидлаш лозимки, кекса ёшли беморларда ўткир калькулёз холецистит янада яққол лаборатория натижалари кўрсаткичлари билан кечади, бу эса организмнинг умумий реактивлиги пасайиши, ёндош касалликлар мавжудлиги билан боғлиқ.

Калит сўзлар: деструктив холецистит, лактоферин, прокальцитонин.

Abstract. Relevance. Gallstone disease and acute calculous cholecystitis are among the most common types of diseases of the digestive system. Purpose of the study: to optimize methods for early diagnosis of the onset of a destructive process in the tissues of the gallbladder wall in acute calculous cholecystitis. For the study, 91 patients with acute calculous cholecystitis were examined after diagnosis: 57 women and 34 men. Patients were divided into 2 age groups; Group I (48) - patients under 65 years of age, Group II (43) - patients over 65 years of age. Research results and discussion: Morphological studies have revealed a different ratio of immunocompetent cells in the tissue of the gallbladder wall in destructive cholecystitis with catarrhal, phlegmonous and gangrenous course. On the basis of morphological features, it became known that when managing this contingent of patients in a hospital, it is difficult to make a diagnosis in a short time and determine the tactics of surgical intervention, i.e., to determine the timing of urgent surgical instructions. Conclusion. It should be noted that acute calculous cholecystitis in elderly patients is accompanied by more pronounced laboratory parameters, which is associated with a decrease in the overall reactivity of the body, the presence of concomitant diseases.

Key words: destructive cholecystitis, lactoferrin, procalcitonin.

Долзарблиги. Ўт-қоп тоши касаллиги ва ўткир калькулёз холецистит овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари орасида энг кўп тарқалган турларидан бири саналади [6, 8, 14, 15, 16, 19]. Сўнги вақтларда аҳолининг умр кўриш давомийлиги ошиши билан бирга Республикамизда ва хорижда ўткир калькулёз холецистит ташхиси билан оғриган, жумладан қари ва кекса ёшли беморларнинг стационар муолажага эҳтиёжи ортиб бормоқда. Адабиёт манбалари тахлили шуни кўрсатдики, ўт пуфаги деворидаги деструктив жараёнлар 27,0 - 32,0 % бўлган ораликда яширин ҳолатда содир бўлади ва ривожланиб бўлган асоратлар билан ташхисланади [4, 25]. Шу билан бирга, холециститнинг деструктив шакли билан оғриган беморларни консерватив ва жарроҳлик усулида даволашнинг муваффақиятлари ўт пуфаги деворларидаги патологик ўзгаришларни ўз вақтида аниқ ташхислашга боғлиқ бўлиб, бу даволаш тактикаси ҳамда жарроҳлик аралашувининг тезкорлигини белгилаб беради. Маълумки, ўт пуфаги деворларидаги патологик ўзгаришларни объектив баҳолаш учун юқори даражада маълумот берувчи ультратовушли текширув ва компьютер томографиясидан фойдаланилади [1, 2, 9, 20]. Компьютер томография текшируви орқали ташхислаш усулининг асосий камчиликлари куйидагилардан иборат: беморга зарур бўлмаган кучли нур таъсири, махсус ўқитилган ходимларга бўлган эҳтиёж, натижаларни қайта ишлаш жараёнининг машаққатлилиги, усқунанинг катталиги ва юқори нархи ва шу билан бир қаторда текширувнинг ҳам юқори нархлилиги, кўпинча ўткир калькулёз холецистит билан оғриган беморлар стационар даволанишга ётқизиладиган туман поликлиникалари ва касалхоналарида усқунанинг мавжуд эмаслиги [3, 5, 10, 22]. Ўткир калькулёз холецистит ва унинг асоратларини даволашга патогенетик ёндашув гомеостаздаги ўзгаришларни баҳолашнинг янги ва инновацион усуллари талаб қилади, шу ўринда ўт пуфаги девори тўқималаридаги некроз ва деструктив, шунингдек, касалликнинг оғир шакллари олиб келувчи бошланғич, қайта тикланмас ўзгаришларни аниқлашга ёрдам беради. Юқорида баён этилганларнинг барчаси кекса ва қари ёшли беморларда ўткир холециститда ўт пуфаги деворидаги деструктив жараёнлар ривожланишини кўрсатадиган яллиғланишнинг энг қулай диагностик маркерларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқлигини кўрсатади, бу эса ўз навбатида, даволашнинг жарроҳлик усулига қийосий ёндашишга имкон беради [7, 11, 12, 13, 17, 18, 21, 23, 24].

Тадқиқот мақсади: ўткир калькулёз холециститда ўт пуфаги девори тўқималарида

деструктив жараён бошланишини эрта ташхислаш усулларини оптималлаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари:

Ушбу тадқиқотни олиб бориш учун ташхис қўйилгандан сўнг ўткир калькулёз холецистит билан оғриган 91 нафар бемор текширилди: улардан 57 нафари аёл, 34 нафари эркак. Беморлар 2 та ёш гуруҳига бўлинишди; I гуруҳ (48) 65 ёшгача бўлган беморлар, II гуруҳ (43) 65 ёшдан юқори бўлган беморлар. Назорат сифатида ўт тош касаллиги билан оғриманган ва клиник кўринишларни текширишда бирор-бир яллиғланиш жараёнлари мавжуд бўлмаган 50 ёшдан 70 ёшгача бўлган 15 нафар кўнгиллининг қон зардоби текширилди. Касаллик пайдо бўлгандан бир кун ичида касалхонага 45 (49,45%) нафар бемор ётқизилган, уларнинг аксарияти (62,3%) касаллик бошланишидан 12 соат олдин ётқизилган. Шу ўринда, кеч касалхонага ётқизилганларнинг умумий фоизи асосий гуруҳда (12 соатдан кейин) 37,7% ташкил этган бўлиб, бу кўрсаткич касалликнинг асоратли шакллари частотасига таъсир кўрсатмай қолмаган. Барча беморларга касалхонага келганда ва зарур ҳолатда динамикада Esaote - MyLab™X6» (Италия) ёки «Mindray M5» (Хитой) аппаратларида 3,5 МГц, 7,5 МГц частотали конвексли датчиклар ёрдамида қорин бўшлиғи аъзолари ультратовушли текширувдан ўтказилди. Жигар, ўт пуфаги, жигардан ташқари ўт йўллари ва ошқозон ости беши ҳолати баҳоланди. Ультратовушли текширув маълумотларига кўра (УТТ) калькулёз холецистит 100% беморда аниқланди. Беморларни яллиғланиш шакли – ўт пуфаги ва экстравезикал асоратлар мавжудлигига кўра тақсимлаш таққосланаётган гуруҳларда патология тузилишида сезиларли фарқ борлигини кўрсатди. Шундай қилиб, қатарал холецистит беморларда пуфакдан ташқари асоратлар мавжуд бўлмаганда деструктив холецистит частотасига қараганда 3,5 баравар кам учраган. Энг кўп ёндош патология артериал гипертензия ҳамда юрак ишемик касалликларининг қандли диабет ва семизлик билан бирлашиши бўлган. Иккита ва ундан кўпроқ органлар ёки тизимлар патологияси мавжудлиги асосий гуруҳдаги 92% беморда аниқланди, бу эса асосий касалликнинг клиник кечиши хусусиятлари ва турли ёш тоифасидаги беморларнинг прогнозига таъсир кўрсатади. Умумклиник маълумотлардан периферик қон кўрсаткичларини (эритроцитлар, гемоглобин, лейкоцитлар, лейкоцитар формула) тадқиқ қилдик. Классик биокимёвий кўрсаткичлар орасида оксил миқдори, протромбин индекси, пешоб, креатинин, билирубин, ишқорий фосфатаза, калий ва натрий миқдори аниқланди. Барча тадқиқотлар касалхонага ётқишида, шунингдек, операциядан кейинги 1-3 кунда

амалга оширилди. Барча беморларга ҳолат оғирлик даражасидан қатъий назар қисқа муддатли операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг шошилиш тартибда операция аралашуви, холецистэктомия ва қорин бўшлиғини дренажлаш амалга оширилди. Қон зардобида лактоферрин ва прокальцитонин концентрациясини ЗАО «Вектор-Бест» тижорат тест тизими ёрдамида нг/мл ўлчамда иммунофермент усулида аниқладик.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси:

Олиб борилган морфологик тадқиқотларда катарал, флегмоноз ва гангренозли деструктив холециститда ўт пуфаги тўқималарида иммунокомпетент хужайраларнинг турли нисбатлари аниқланди. Морфологик хусусиятлардан келиб чиққан ҳолда, касалхонада беморларнинг ушбу контингентини бошқаришда қисқа вақт ичида ташхис қўйиш ва жарроҳлик тактикасини аниқлаш, яъни шошилиш жарроҳлик кўрсатмаларини белгилаш вақтини аниқлаш қийинлиги маълум бўлди. Шу билан бирга, сўнгги 5 йил ичидаги адабиёт манбаларининг таҳлили кўплаб деструктив ҳолатларни ташхислашда прокальцитонин ва лактоферрин яхши самара берганини кўрсатди ва бу кўплаб тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, уларнинг юқори диагностик аҳамиятидан далолат беради.

1-жадвалда келтирилган тадқиқот натижалари кўрсатиб турганидек, қон зардобидаги прокальцитонин ва лактоферрин миқдори динамикаси ўзига хос ўзгаришлар хусусиятига эга. Шу ўринда таъкидлаш лозимки, соғлом одамлар қон зардобида прокальцитонин миқдори камида 0,1 нг/мл ни ташкил этади. Холециститнинг катарал формаси ташхисланган

1-гуруҳ беморларида прокальцитонин миқдори ишончли тарзда назорат ўлчамидан бир неча юз марта юқори. Прокальцитонин миқдоридаги бу сезиларли ортиш олдинги ишда келтирилган яллиғланишга қарши цитокинлар миқдорининг ошиши билан мос келиши мумкин. Шунга ўхшаш динамика 2- гуруҳ беморларида прокальцитонин кўрсаткичларида ҳам аниқланди, бироқ бунда ушбу кўрсаткич дастлабки миқдордан бир неча минг марта ошиқ. Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрича, қонда прокальцитонин миқдорининг кескин ошиши ушбу беморда септик ҳолат ривожланиш эҳтимолини кўрсатади ва нохуш прогноз мезони ҳисобланади, чунки бундай вазиятда бактериал энтоксин прокальцитонин синтези учун стимулятор ҳисобланади. Холециститнинг деструктив шаклида ўрганилаётган кўрсаткич ҳам 1- ва 2- гуруҳдаги текширилган беморлар қон зардобида ошган динамикага эга бўлган, бироқ шу ўринда аниқланган рақам кўрсаткичлари калькулёз холециститнинг катарал шакли билан оғриган беморлар маълумотларидан бир мунча юқори бўлган. Холециститнинг турли шакллари мавжуд бўлган ва турли ёшдаги беморларнинг икки гуруҳида прокальцитониннинг аниқланган кўрсаткичлари яққол яллиғланиш ва деструктив жараёнга ўтиши ҳамда турли оғир асоратлар билан яқунланиши мумкин бўлган яллиғланиш жараёни кўринишларининг тизимли табиатини кўрсатди. Тадқиқот натижаларидан кўриниб турганидек, ушбу клиник ҳолат холециститнинг деструктив шакли мавжуд 2 - гуруҳ беморларида кескин акс этган.

Жадвал 1. Ўткир калькулёз холециститнинг деструктив шакли билан оғриган беморларда прокальцитонин ва лактоферрин миқдорининг қиёсий баҳоси

| Кўрсаткичлар | Назорат гуруҳи (n =15) | Операциягача бўлган беморлар | |
|----------------------|------------------------|------------------------------|------------------|
| | | I гуруҳ (n =38) | II гуруҳ (n =23) |
| Прокальцитонин нг/мл | 0,005±0,0001 | КХ | 0,123±0,01* |
| | | ДХ | 1,012±0,08* |
| Лактоферрин нг/мл | 253,71±16,84 | КХ | 414,56±16,73 |
| | | ДХ | 2173,14±19,56* |

Изоҳ: *- фарқлар ишончилиги (P< 0,05), катарал холецистит (КХ), деструктив холецистит (ЎФХ, ЎГХ)

Жадвал 2. Ўткир калькулёз холециститли беморлар қонида прокальцитонин ва лактоферриннинг операциядан олдин ва кейинги 1-кунда қиёсий баҳоси

| Кўрсаткичлар | | 1-гуруҳ беморлари (n=38) | | 2-гуруҳ беморлари (n=23) | |
|----------------------|----|---------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| | | Операциядан кейинги 1 кун | | | |
| | | гача | кейин | гача | кейин |
| Прокальцитонин нг/мл | КХ | 0,123±0,01 | 0,178±0,02 | 3,08±0,26 | 5,12±0,41* |
| | ДХ | 1,012±0,08 | 1,164±0,15 | 8,08±0,67 | 13,51±1,18* |
| Лактоферрин нг/мл | КХ | 414,61±12,73 | 509,56±14,52 | 1618,79±14,96 | 1802,34±17,43 |
| | ДХ | 2173,12±17,56 | 2373,14±19,14 | 2968,53±21,83 | 3209,81±24,52 |

Изоҳ: *- фарқлар ишончилиги P< 0,05, катарал холецистит (КХ), деструктив холецистит (ЎФХ, ЎГХ)

Жадвал 3. Ўткир калькулёз холециститнинг деструктив шакли мавжуд беморлар қонида прокальцитонин ва лактоферрин миқдорини операциягача ва операциядан 3 кун кейинги қиёсий баҳоси

| Кўрсаткичлар | | 1-гурӯх беморлари (n=38) | | 2-гурӯх беморлари (n=23) | |
|----------------------|----|-----------------------------|--------------|--------------------------|---------------|
| | | Операциядан кейинги 3-сутка | | | |
| | | гача | кейин | гача | кейин |
| Прокальцитонин нг/мл | КХ | 0,123±0,01 | 0,098±0,02* | 3,08±0,26 | 2,19±0,21* |
| | ДХ | 1,012±0,08 | 0,278±0,03* | 8,08±0,67 | 4,02±0,37* |
| Лактоферрин нг/мл | КХ | 414,42±12,73 | 303,56±11,68 | 1618,79±14,96 | 519,27±13,69* |
| | ДХ | 2173,02±19,56 | 619,14±14,56 | 2968,79±21,83 | 885,14±17,13 |

Изоҳ: *- фарқлар ишончилиги ($P < 0,05$), катарал холецистит (КХ), деструктив холецистит (ЎФХ, ЎГХ)

Шунингдек, биз турли оғирлик даражасидаги ўткир холецистит билан оғриган беморлар ҳамда турли ёшдаги беморлар қон зардобидаги лактоферрин миқдорини таҳлил қилдик ва тадқиқот лактоферриннинг ўт пуфаги деворида деструкция даражасига аниқ боғлиқлигини кўрсатди. Маълумки, лактоферрин яллиғланиш ўчоғида нейтрофилларни ушлаб туришда иштирок этади (2,11). Нейтрофил фазанинг ҳаддан зиёд узок вақт давом этишида тўқималарнинг йирингли эриши ва абцесс ривожланиш хавфи юзага келади. Бундан ташқари, лактоферрин бактериал деворларнинг липополисахаридларини (ЛПС) боғлаб туради, оксил таркибига кирувчи темирнинг оксидланган шакли эса уларнинг перекисли оксидланишини юзага келтиради. Бу мембрана ўтказувчанлигининг ўзгаришига ва оқибатда хужайралар лизисига олиб келади (12,13,17).

1-жадвалда келтирилган тадқиқот натижаларидан кўришиб турибдики, қон зардобидаги лактоферрин миқдори касаллик оғирлик даражаси ва бемор ёшидан келиб чиқиб, ўзига хос характерга эга бўлган. Шундай қилиб, холециститнинг катарал шакли билан оғриган 1-гурӯх беморларида лактоферрин миқдори 1,6 баравар ошгани аниқланган бўлса, 2-гурӯх беморларида ушбу кўрсаткич соғлом кишилар маълумотларидан 6,4 баравар юқори бўлган. Таъкидлаш лозимки, холециститнинг деструктив шаклида қон зардобида лактоферрин кўрсаткичи назоратдагидан юқори миқдорда бўлган. Шундай қилиб, 1-гурӯх беморларида у дастлабки кўрсаткичдан 8,6 баравар юқори бўлган бўлса, 2-гурӯх беморларида 11,8 баравар ошган. ЛФнинг юқори концентрацияси, эҳтимол, моноцитлар – макрофаглар популяциянинг полиморф ядроли лейкоцитлар билан алмашишини секинлаштириб, ўткир яллиғланиш ўчоғида хужайралар фазаси алмашинувига таъсир кўрсатади. Сўнгги вақтларда ЛФ гени, бактериал липополисахаридларга (LPS) тегишли қисми экспрессиясини кучайтириши мумкин бўлган бир қатор агентлар аниқланди. Бинобарин, текширилаётган, хусусан, касалликнинг деструктив шакли билан оғриган беморларда

лактоферриннинг юқори кўрсаткичлари яллиғланиш ўчоғида хужайралар фазаси алмашиши билан кузатилади ва нейтрофил фазалар персистенцияси деструкция ва тўқималарнинг йирингли эришишга олиб келади.

Шундай экан, ўткир калькулёз холецистит билан оғриган беморларни даволаш муваффақияти ўт пуфаги деворидаги патологик ўзгаришларнинг бошланишини ўз вақтида ташхислашнинг тўғрилигига боғлиқ бўлиб, бу даволаш тактикасини ва жарроҳлик аралашувни амалга оширишнинг долзарблигини белгилайди.

Бундай вазиятда жарроҳлик амалиётини танлашда, аввало, унинг организмга, хусусан, дастлабки тизимли бузилишга таъсирдан келиб чиқиб белгиланиши лозим. Шунга кўра, бизнинг кейинги тадқиқотларимиз ўрганилаётган қон кўрсаткичларининг аниқланган оғишмаларини операция аралашуви муддатидан келиб чиқиб баҳолашга йўналтирилган. Олинган тадқиқот натижалари таҳлили бирламчи холецистэктомиядан сўнг, операциядан кейинги биринчи кунда мавжуд бўлган дастлабки бузилишлар, айниқса 2-гурӯх беморларида кучайганини кўрсатди.

Шу ўринда касалликнинг турли шакллари мавжуд 1-гурӯх беморларида операциядан кейинги 1-кунда қондаги прокальцитонин миқдори сезилмас даражада ошади. 2-гурӯх беморларида прокальцитонин кўрсаткичи ишончли тарзда ошган. Шундай қилиб, агар операциягача бўлган даврда катарал холецистит мавжуд беморлар қонида прокальцитонин миқдори $3,08 \pm 0,26$ нг/мл га тенг бўлса, бир кундан сўнг у $5,12 \pm 0,41$ нг/мл га тенглашган. Холециститнинг деструктив шакли билан оғриган 2-гурӯх беморларида ўрганилаётган кўрсаткич операциягача бўлган кўрсаткичларга нисбатан 65,7% ҳолатда дастлабки маълумотлардан юқори бўлган.

Янада яққол динамика текширилаётган беморлар қонида лактоферрин кўрсаткичларига нисбатан аниқланган. Шундай қилиб, 1-гурӯх беморларида ўрганилаётган кўрсаткич катарал холециститда дастлабки кўрсаткичдан ўртача 23%га ошган бўлса, деструктив шаклда у

дастлабки кўрсаткичга нисбатан 9%га ошган. 2-гуруҳ беморларида касалликнинг катарал шакли мавжуд беморлар қонида лактоферрин миқдори дастлабки кўрсаткичдан ўртача 12% юқори бўлган, деструктив шакли мавжуд беморларда – 8%га юқори бўлган.

Операциянинг 3-кунида 1-гуруҳдаги аксарият беморларда, ўртача 78%ида ахволнинг барқарорлашгани кузатилган бўлса, 2-гуруҳдаги беморларнинг 47%ида яхшиланиш қайд этилди. Касалликнинг турли шакллари билан текширилаётган беморларда олиб борилган қоннинг биокимёвий тадқиқоти шуни кўрсатдики, катарал холецистит мавжуд 1-гуруҳ беморларда қонда прокальцитонин миқдори 1,3 марта пасайгани кузатилган, касалликнинг деструктив шакли билан оғриган беморларда эса 3,6 баравар пасайгани қайд этилди. 2-гуруҳ беморларида уларнинг ёши билан боғлиқ бўлган ўзига хос манзара кузатилди. Шундай қилиб, катарал холециститли беморларда прокальцитонин миқдори 29%га пасайган бўлса, касалликнинг деструктив шакли мавжуд беморларда 2 баравар камайган.

Тақдим этилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики (3-жадвал), операциядан кейинги 3-куни текширилган беморларнинг қонида лактоферриннинг динамикаси ўзига хос хусусиятга эга. Шундай қилиб, катарал холецистит билан оғриган 1-гуруҳдаги беморларда лактоферрин миқдорининг бошланғич кўрсаткичларидан 27% га пасайиши қайд этилган бўлса, касалликнинг деструктив шакли бўлган беморларда эса кўрсаткичлар операциядан олдинги ҳолатга нисбатан 3,5 баравар камайган. Катарал холецистит мавжуд 2-гуруҳдаги беморларда операциядан кейинги 3-куни лактоферрин даражаси 3,1 мартага камайган. Худди шундай динамика деструктив холецистит билан оғриган беморларда кузатилди, бу ерда ўрганилган кўрсаткич операциядан олдинги кўрсаткичлардан 3,4 баравар паст бўлди. Шундай қилиб, тадқиқотдан олинган натижалар шуни кўрсатдики, қонда прокальцитонин ва лактоферрин концентрацияси ўт пуфаги тўқималаридаги деструкция жараёни ривожланишига боғлиқ бўлиб, бу 2-гуруҳ беморларида қондаги лактоферрин кўрсаткичларига нисбатан яққол акс этган.

Хулосалар: 1. Ўткир калькулёз холециститнинг клиник ва лаборатор кўринишларининг акс этиши ўт пуфаги деворидаги морфологик ўзгаришлар даражасига тўғридан-тўғри пропорционал бўлиб, бунда касалликнинг яққол кечиши деструктив холециститда кузатилади.

2. Таъкидлаш лозимки, кекса ёшли беморларда ўткир калькулёз холецистит янада

яққол лаборатория натижалари кўрсаткичлари билан кечади, бу эса организмнинг умумий реактивлиги пасайиши, ёндош касалликлар мавжудлиги билан боғлиқ. Шу сабабли, жарроҳлик аралашуви масаласини ҳал қилиш учун ўткир калькулёз холецистит билан оғриган барча беморлар лаборатория текширувини ўтказишлари керак, бунда қон зардобида прокальцитонин ва лактоферриннинг юқори миқдори касаллик бошланишини эрта таъхислаш ва ўт пуфаги деворидаги деструкция маркери учун энг информатив усул ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Адамян А.И., Гуляев А.А., Иванина Т.А. и др. Острофазный ответ и белки плазмы крови при остром холецистите. Клини. лаб. диагностика. - 1997. - №11. - С.8-10;
2. Алешкин В.А., Новикова Л.И., Лютов А.Г. и др. Белки острой фазы и их клиническое значение. Клини. мед. - 1988. - №8. - С.39-48;
3. Алешина Г.М., Кокряков В.Н., Шамова О.В., Орлов Д.С., Андреева Ю.В. Современная концепция об антимикробных пептидах как молекулярных факторах иммунитета. Медицинский академический журнал. 2010; (4): 149-160.
4. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Чичкова М.А. Острофазовые маркеры патологического процесса в прогнозировании характера клинического течения экссудативного перикардита после кардиохирургических вмешательств. Современ. медицина: теория и практика. - 2004. - №4. - С.2-8
5. Белая О.Л., Фомина И.Г., Байдер Л.М. и др. Влияние биофлавоноида дикувертина на антиоксидантную систему церулоплазмин/трансферрин и перекисное окисление липидов у больных стабильными формами ишемической болезни сердца с дислипидемией. Клини. мед. - 2006.- №7. - С.46-50
6. Борисов А.Е., Земляной В.П., Левин Л.А. и др. Современное состояние проблемы лечения острого холецистита // Вестник хирургии им. Грекова. 2001. Т.160, №6. С.92-95
7. Воротникова Т.А., Ноздрин Е.Н., Телепова И.Б., Шатова Т.Н. Лактоферрин в сыворотке крови женщин во время беременности. Новости «Вектор-Бест. 2012; 65 (3): 10-12.
8. Кузнецов Н.А., Аронов Л.С., Харитонов С.В. и др. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите // Хирургия. 2003. №5. С.35-40
9. Кчибеков Э.А. и соавт. Острофазовые белки в диагностике острого холецистита. // Материалы 79-й итоговой научно-практической конференции сотрудников академии, врачей города и области по актуальным проблемам медицинской науки и биологии. - Астрахань, 2002. - С. 70-74
10. Кчибеков Э.А., Оганесян А.А., Никулина Д.М.,

Кутуков В.Е., Кривенцев Ю.А. Мониторинг острофазовых белков при холециститах // Материалы научно-практической конференции и школы-семинара для молодых ученых с международным участием. «Современные достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины». - Астрахань-Москва, 2004.-С. 106-109

11.Илюкевич Г.В., Смирнова Л.А. Ферропротеины как маркеры системного воспалительного ответа при остром распространенном перитоните. Весці НАН Беларусі Сер. мед-біял. навук. - 2002. - №2. - С.23-25

12.Макеева И.М., Смирнова Т.Н., Черноусов А.Д., Романченко А.И., Годьдман И.Л., Садчикова Е.Р. Применение лактоферрина в комплексном лечении стоматологических заболеваний (обзор литературы). *Стоматология*. 2012; (4): 66-71.

13.Получение рекомбинантного лактоферрина человека из молока коз-продуцентов и его физиологические эффекты / В. С. Лукашевич [и др.] // Доклады НАН Беларуси. 2016. - Т. 60, №1. - С.72-81.

14.Хамдамов Б.З., Давлатов С.С., Хайдаров Ф.Н., Хамдамов И.Б. Оптимизация хирургического лечения острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом. Доктор ахборотномаси 2021, № 3, -С.116-119.

15.Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А., Хайдаров Ф.Н., Хамдамов И.Б. Дифференцированный подход в хирургическом лечении острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом. Вестник ТМА №4,2021.-С.-167-169

16.Хайдаров Ф.Н., Хамдамов Б.З., Хамдамов И.Б. Дифференцированный подход в хирургическом лечении острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом / The XVII International Science Conference «Current trends in the development of science and practice», June 07 – 09, Haifa, Israel. European Conference. – С. 100-103.

17.Alexander D., Iigo M., Yamauchi K., Suzui M., Tsuda H. Lactoferrin: an alternative view of its role in human biological fluids. *Bio- chem. Cell Biol.* 2012; 90 (3): 279-306.

18.Al-Delaimy, W.K., Jansen, E.H. Reliability of biomarkers of iron status, blood lipids, oxidative stress, vitamin D, C-reactive protein and fructosamine in two Dutch cohorts. - *Biomarkers*. - 2006. - 11(4):370-382).

19.Kimura, Y. et al.: Definition, pathophysiology, and epidemiology of cholangitis and cholecystitis. // *J Hepatobiliary Pancreat Surg* (2007) 14:15-26).

20.Kanwar J.R., Roy K., Patel Y., Zhou S.-F. et al. Multifunctional iron bound lactoferrin and nanomedicinal approaches to enhance its bioactive functions. *Molecules*. 2015; 20: 9703-31.

21.Recombinant human lactoferrin from transgenic goats: isolation and physicochemical properties / I. Semak [et al.] // The Xth International Conference on Lactoferrin, Structure, Function and applications, 08-12 May, 2011. - Mazatlan, Mexico. P-VI-6. - P. 74.

22.Recombinant human lactoferrin expressed in transgenic goats / A. Budzevich [et al.] // The Xth International Conference on Lactoferrin, Structure, Function and applications, 08-12 May, 2011. - Mazatlan, Mexico. O-VI-2. - P. 66.

23.Multifunctional iron bound lactoferrin and nanomedicinal approaches to enhance its bioactive functions / J. R. Kanwar [et al.] // *Molecules*. - 2015. - Vol. 20, No. 6. - P. 9703-9731.

24.Shimizu, H. Development of an enteric-coated lactoferrin tablet and its application / H. Shimizu // *BioMetals*. - 2004. - Vol. 17. - P. 343-347.

25. Hamdamov B. Z., Musoev T. Y., Khaidarov F. N., Gaziev K. U. Dynamics of cytokine blood profile at destructive forms of acute calculous cholecystitis /*Europe's Journal of Psychology* 2021, Vol. 17(3), 93-101 <https://doi.org/10.5978/ejop.5453>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Хайдаров Ф.Н.

Резюме. *Актуальность. Желчнокаменная болезнь и острый калькулёзный холецистит являются одними из наиболее распространенных видов среди заболеваний органов пищеварения. Цель исследования: оптимизировать методы ранней диагностики начала деструктивного процесса в тканях стенки желчного пузыря при остром калькулёзном холецистите. Для проведения исследования было обследовано 91 больных острым калькулёзным холециститом после постановки диагноза: 57 женщин и 34 мужчины. Пациенты были разделены на 2 возрастные группы; I группа (48) – пациенты до 65 лет, II группа (43) – больные старше 65 лет. Результаты исследования и обсуждение: Морфологические исследования выявили различное соотношение иммунокомпетентных клеток в ткани стенки желчного пузыря при деструктивном холецистите с катаральным, флегмонозным и гангренозным течением. На основании морфологических особенностей стало известно, что при ведении данного контингента больных в условиях стационара затруднительно в короткие сроки поставить диагноз и определить тактику оперативного вмешательства, т.е. определить сроки неотложных оперативных указаний. Вывод. Следует отметить, что острый калькулёзный холецистит у пожилых больных сопровождается более выраженными лабораторными показателями, что связано со снижением общей реактивности организма, наличием сопутствующих заболеваний.*

Ключевые слова: *деструктивный холецистит, лактоферрин, прокальцитонин.*