

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO TIBBIYOT INSTITUTI

АХМЕДОВ ФАРХОД ХАКИМОВИЧ

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИДА ЎТ ПУФАГИ , ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ
УЛЬТРАТОВУШ ДИАГНОСТИКАСИ

BUXORO-2025

УДК: 616.33-002.27:615.281/611.321

F.H. Axmedov

O't – tosh kasalligida jigar ichi va tashqarisida joylashgan o't yo'llarining ultratovush diagnostikasi, o't-tosh kasalligida xolesistektomiyadan keyingi o't yo'llarining solishtirma morfometriyasi va morfologiyasi: monografiya/

F.H. Axmedov

Taqrizchilar

Xushnazarov X.X.

- tibbiyot xodimlarini malakasini rivojlantirish
markazi 2-UTT kafedrasi assistenti PhD

Sohibova Z.R.

- Buxoro davlat tibbiyot instituti Yadro tibbiyoti va
tibbiy radiologiya kafedrasi dotsenti, PhD

Мундарижа

1-БОБ ЎТ ПУФАГИ АНАТОМИЯСИ, УЛЬТРАТОВУШ АНАТОМИЯСИ.....	
§1.1.Ўт пуфаги анатомияси ва физиологияси.....	
§1.2. Нормал ўт пуфаги ультратовуш анатомияси.....	
2боб Ўт-тош касаллиги тўғрисида.....	
2.1. Ўт-тош касаллиги этиопатогензи,тошлар таснифи,клиник формалари, асоратлари.....	
2.2. Ўт-тош касаллигида ультратовуш диагностикаси.....	
2.3. Жигар ичи ва ташкарисида жойлашган ўт йўллари ультратовуш диагностикаси.....	
3боб. Шахсий текширувлар натижалари.....	
3.1.Ўт тош касаллигида лапароскопик ва анъанавий холецистэктомиядан кейин жигар ичи ўт йўлларининг ультратовуш текшируви.....	
3.2. Постхолецистэктомик синдром.....	
ХУЛОСА.....	
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	
МОНОГРАФИЯ АННОТАЦИЯСИ.....	

АНОТАЦИЯ

Монография ўт йўлларины ультратовуш диагностикаси, ўт-тош касаллигида холецистэктомиядан кейинги ўт йўлларининг солиштирма морфометрияси ва морфологиясини ўрганишга қаратилган. Ушбу монографиянинг назарий аҳамияти ўткир калкулёз холециститларга ўз вақтида ташхис қўйиш, уларнинг ўт йўллари, гепатобиллиар системага бўлган ножўя таъсирини ўз вақтида аниқлаш, ташхис қўйиш ва даволашдаги муаммоларга дуч келмоқда. Холецистэктомия жарроҳлик амалиётидан сўнг жигар ичи ва ташки ўт йўлларидаги димланишлар, сфинктерлардаги ўзгаришлар, секретор функцияларни бузилишларини ўрганиб чиқишга имкон беради. ЖССТ маълумотида кўра ўт-тош касаллиги билан аҳолининг 12-15% касалланган. Ёши катталар ва қариялар орасида хар учинчисида учрайди. Тадқиқот натижасида олинган маълумотлар эрта ташхис сифатини яхшилашга, холецистэктомиядан кейинги ўт йўлларидаги ўзгаришлар ва асоратларини олдини олиш, турли локализацияли абзолар ва тизимлари учун касалликнинг умумий ва ўзига хос белгиларини аниқлаш ва чора тадбирларини ишлаб чиқишга ёрдам беради.

ҚИСКАРТМАЛАР РҶЙХАТИ

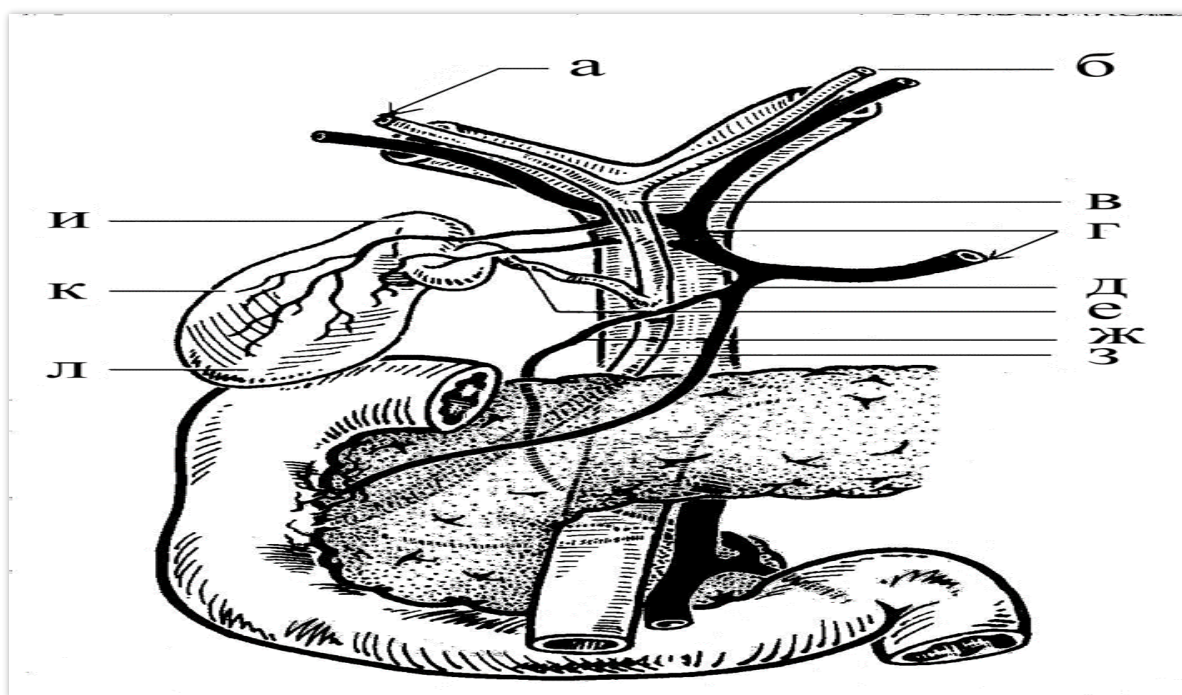
КТ	компьютер томографияси
ЛХЭ	лапароскопик холецистэктомия
МРТ	магнит- резонанс томографияси
МСКТ	мультиспирал компьютер томография
ОИТ	ошқозон ичак тракти
ПХЭС	постхолецистэктомик синдром
ПХЭ	постхолецистэктомия
АХЭ	ананавий холецистэктомия
УТТ	ультратовуш текшируви
УТДГ	ультратовуш доплерографияси
УЎЙ	умумий ўт йўли
ЎТК	ўт тош касаллиги
ЎП	Ўт пуфаги
ЎКХ	ўткир калкуёз холецистит

1606 Ўт пуфаги анатомияси, ультратовуш анатомияси.

1.1. Ўт пуфаги анатомияси ва физиологияси. Ўт йўллари ва ўт пуфагининг анатомияси

Сафро тизими ўт капиллярларидан бошланади, улар орқали сафро лобуляр, кейин эса сегментар ўт йўлларига киради. Сегментал йўллар ўнг ва чап жигар йўлларини ҳосил қилади, улар бирлашиб (қўшилиши) умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Муковицидознинг умумий жигар йўлига қўшилиш даражасида, иккинчиси ўн икки бармоқли ичакка оқадиган умумий ўт йўлига ўтади. Ўт пуфаги жигардан ташқари ўт йўлларининг бир қисми ва сифими 60-80 мл бўлган нок шаклидаги резервуар бўлиб, жигарнинг ўнг бўлагида жойлашган, ўт пуфаги ўт йўлига (d.cysticus) ўтади, йўлнинг диаметри 2-3 мм, узунлиги 1-3 см. Кўпинча д.сйстисус умумий каналга латерал томондан бир оз бурчак остида ётади. 20% ҳолларда умумий ўт йўлига қўшилиши кузатилади. Ўт пуфаги йўли умумий жигар йўли олдидан ва орқасидан ўтади, уни спирал тарзда қоплайди, медиал томондан оқади, умумий ўт йўлига параллел равишда ўтади. Ўт пуфагининг жигар юзасида жойлашган шиллиқ қаватида жигар ичи ўт йўллари билан боғлайдиган Люшка йўллари мавжуд. Умумий жигар ўт йўлининг ўртача узунлиги 3 см бўлиб, ўнг ва чап жигар ўт йўлларининг туташуви ҳисобига жигар дарвозаси соҳасида ҳосил бўлади. Узунлиги 4 дан 12 см гача бўлган умумий ўт йўли ўт пуфаги йўлининг умумий жигар йўлига қўшилишидан бошланади. Ўртача диаметри 8 мм бўлиб, дистал умумий ўт йўли орқа медиал контур бўйлаб 65-80% ҳолатларда ўн икки бармоқли ичакнинг тушаётган қисмининг бўшлиғига очилади. Каналнинг бу қисми ошқозон ости бези билан муносабатига қараб турли хил физиологик бурмаларга эга. Безнинг бутун паренхимасидан ўтади, унинг тўқималари билан қисман боғланади ёки бездан ташқарида жойлашади ва унинг юқори қисмида ўн икки бармоқли ичакка очилади. Катта ўн икки бармоқли ичак сўргичи каналида тўртта бўлим ажралиб туради: 1)

супрадуоденал, 2) ретродуоденал, 3) панкреатик, 4) дуоденал (интрамурал). Бунда ўзаро боғланган мушак элементлари мажмуасини, тартибга солишда муҳим рол ўйнайдиган Одди сфинктери мавжуд. Билиар тизимнинг сфинктер аппарати бир нечта сфинктерлардан ташкил топган, жумладан умумий жигар йўлининг d.custicus билан қўшилиш жойида Мирриззи сфинктери, дистал Хайстер сфинктери, шиллик қаватнинг спирал бурмаси ва Люткенс проксимал сфинктери жойлашган. Эхографияда ўт йўли ва ўт пуфаги кўринади. Ўт йўллари анатомик-функционал хусусиятларига кўра жигар ичи ва ташқарисида жойлашган ўт йўлларига бўлинади. Жигар ичи ўт йўллари лобуляр, субсегментал, сегментар, лобар турларга ажратилади. Жигардан ташқаридаги ўт йўлларига умумий жигар, умумий ўт йўллари (холедох) ва ўт пуфаги йўллари киради. Кўп ҳолларда умумий жигар йўлининг узунлиги 1,5-3 см дан ошмайди. Ўт пуфаги йўлининг ички диаметри 1-2 мм, узунлиги 2 дан 6 см гача бўлади(1-2-расмлар)[11;17;35;83.].



Расм-1.А-ўнг жигар йўли

б- чап жигар йўли

б – умумий жигар йўли

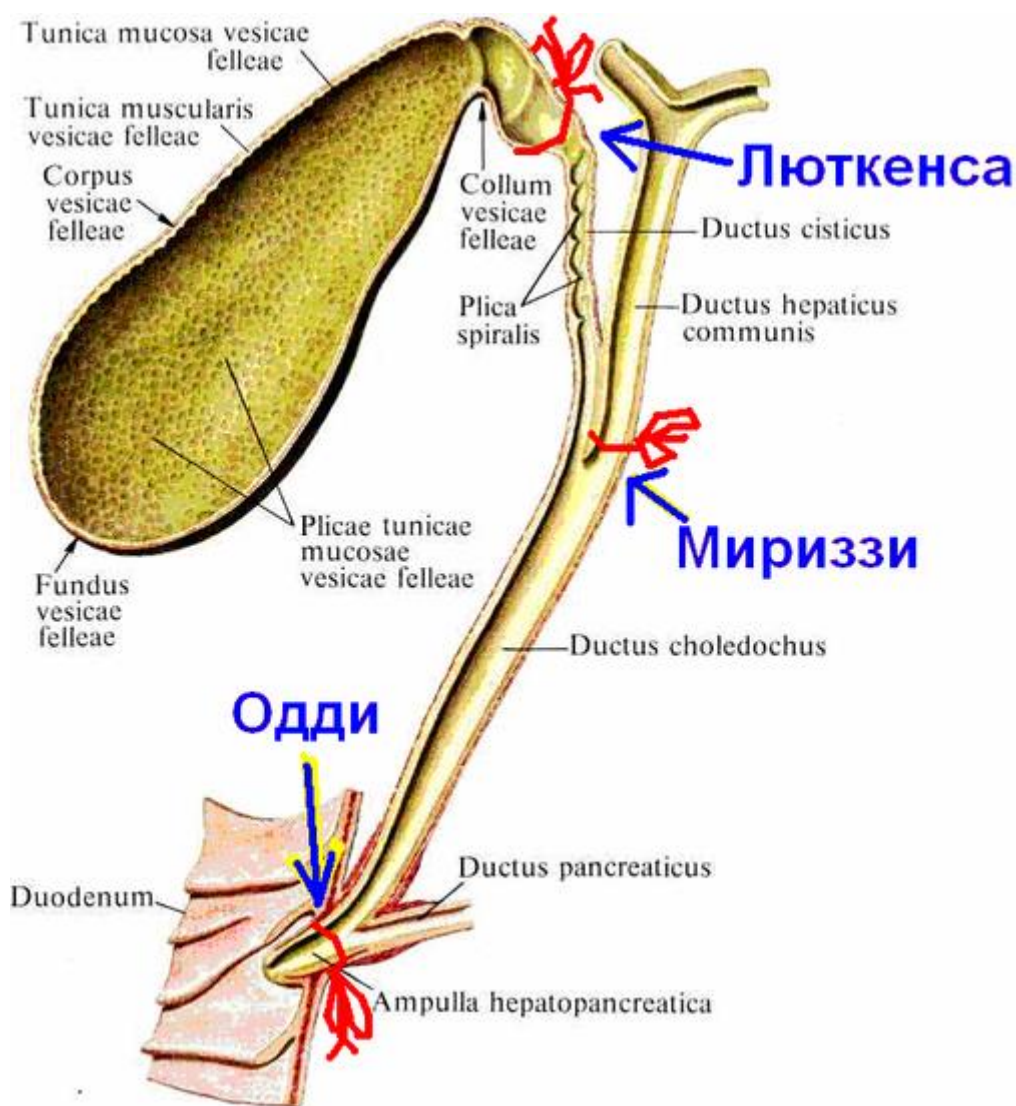
з - умумий ўт йўли (холедох)

э - ўт пуфаги йўли

и - ўт пуфаги бўйни

К - ўт пуфаги танаси

Л – ўт пуфаги туби



Расм 2. Ўт йўллари сфинктер тизимларининг тузилиши :

(1) - Одди сфинктери, (2) - Мириззи сфинктери, (3) - Люткенс сфинктери, (4) - Хайстер сфинктери, (5) - жигар, (6) - ўт йўли, (7) - ўт пуфаги , (8)) - ошқозон ости бези канали, (9) - ошқозон, (10) - ўн икки бармоқли ичак.

1.2. Нормал ўт пуфаги ультратовуш анатомияси.

Ультратовуш текширувида (УТТ) ўзгармаган ўт пуфаги девори 1,5-3 мм қалинликда, ноксимон шаклда бўлади. Ўт пуфаги деворининг қалинлиги барча бўлимларда бир хил эмас, чунки бўйин соҳасида девор уларни атрофдаги ёғ тўқималардан фарқлаш қийинлиги сабабли катта кўринадиган қалинликка эга. ЎП (ўт пуфаги) шаклининг тасвири кесишнинг йўналиши ва даражасига боғлиқ. Катталардаги ўт пуфагининг узунлиги 60 дан 100 мм гача, максимал майдони 15-18 кв.см дан ошмайди. Бўйлама ва кўндаланг бўлимларда ўт пуфагининг ташқи ва ички контурлари аниқ ва текис, ўт пуфагининг бўшлиғи анэхоген бир хил кўрилади. ЎП тасвирининг орқасида, суюқликни ўз ичига олган кўпгина тузилмаларнинг орқасида бўлгани каби, дистал псевдо-кучайтириш эффекти мавжуд. ЎП (ўт пуфаги) бўшлиғидаги бурилишлар ва бўлинишлар одатда аниқланмайди, бўйин бундан мустасно, бу ерда физиологик бурилиш мавжуд. Ўт йўллариининг кўп ҳолларда кичик диаметри ва жойлашиши туфайли кўринмайди. Жигар дарвозаси фонида, ўт йўлини фарқлаш мумкин бўлган ҳолларда, унинг эхографик тасвири нозик гиперэхоген деворларга эга бўлган қувурли тузилиши билан ифодаланади. Барча жигар ичи ўт йўллариининг, одатда, фақат асосий лобар йўллариини кўриш мумкин, улар дарвоза венасининг буфиркациясидан олдида аниқланади, юқори эхоген деворларга эга ва диаметри 1 дан 4 мм гача бўлади. Жигардан ташқари ўт йўллариининг диаметри 4 мм дан 6-8 мм гача , деворлари гиперэхоген бўлиб кўрилади ва қувурли структура шаклида эхонегатив кўринишда бўлади. Ўт пуфагининг ультратовуш текшируви оч қоринга ўтказилади, кўпчилик беморларда ўзгармаган ўт пуфагини осонгина кўриш мумкин. Юзаки жойлашуви бўлган озғин беморларда 3,5 МГц ёки 5,0 МГц

конвекс ва секторли датчиклар ёрдамида кўрилади. ЎПнинг қисқариш функциясининг пасайиши тош шаклланишига мойил бўлган омил ҳисобланади, чунки майда холестерин кристаллари тошга айланмасдан олдин ўт сафро оқими билан ичакка эркин тушиши мумкин. ЎП қисқаришининг бузилиши, гормонал регуляциянинг ўзгариши, холестериннинг бевосита ўт пуфаги силлиқ мушакларига таъсири билан боғлиқ. (3,4,5,6-расмлар)[17;49;59;66.]

3-расм



4-расм



5-расм



6-расм



2-боб. Ўт-тош касаллиги тўғрисида

2.1. Ўт-тош касаллиги этиопатогензи, тошлар таснифи, клиник формалари, асоратлари.

Ўт тош касаллиги полиэтиологик касалликдир. Тош ҳосил қилувчи омиллар:

- ўт суюқлигининг қуюқлашиши (ҳаддан ташқари тўйинганлик; сафро холестеринли сафро ва ядроларнинг қўпайиши) етакчи омилдир,
- ўт пуфаги қисқариш қобилятининг пасайиши (дискинезия),
- ўт гипертензияси,
- инфекция.

Холестерин билан тўйинган сафрода ядроланиш пайдо бўлади – бу конденсация ва агрегация жараёни бўлиб, унда холестерин моногидратининг микроскопик кристаллари ҳосил бўлади. Ўт пуфаги томонидан доимий равишда чиқариладиган муцин гликопротеин унинг шиллиқ қаватига маҳкам ёпишади, холестерин кристалларини ва ёпишган пуфакчаларни - суюқ кристалларнинг суспензиясини ушлайди. Ўт пуфагининг қисқариш қобиляти пасайганда, холестерин билан ўта тўйинган пуфакчалардан каттиқ кристаллар ҳосил бўлади. Бу жараёнда тош ҳосил бўлувчи ролни кальций тузлари ўйнайди, улар холестерин кристалланишининг дастлабки ядролари бўлиб ҳам хизмат қилиши мумкин. Ўт пуфагининг қисқариш қобилятининг пасайиши тош пайдо бўлишининг асосий омилдир, чунки майда холестерин кристаллари тошга айланишидан олдин сафро орқали ичакка эркин оқиб чиқиши мумкин. Қисқарувчанликнинг пасайиши ўт пуфагининг бўшатилиши устидан назоратнинг бузилиши, гормонал тартибга солишнинг ўзгариши ва холестериннинг ўт пуфаги деворининг силлиқ мушакларига бевосита таъсири билан боғлиқ. Ўт пуфаги ва пуфак йўлининг бўйнини ўт қумлари ёки тош билан тўсиб қўйиш ўт пуфагида гипертензияга олиб келади. Бундай

гипертензия пайдо бўлган пайдан бошлаб инфекциянинг ривожланиши учун кулай шароитлар пайдо бўлади.

Сафро тузлари ва тошлар ўт пуфагининг шиллиқ қаватига зарарли таъсир кўрсатади, хужайра мембраналарининг ўтказувчанлигини бузади, сафронинг коллоид ҳолатини ўзгартиради ва ўт пуфаги деворининг асептик яллиғланишини келтириб чиқаради. Сафро гипертензияси ва ўт пуфагининг чўзилиш шароитида томирларнинг механик сиқилиши микроциркуляциянинг бузилиши, капиллярлар, венулалар ва артериолаларда қоннинг турғунлиги пайдо бўлади. Агар босимнинг ошиши узок вақт давом этса, у ҳолда ўт пуфаги деворининг гемоперфузияси пасайиши туфайли эндоген инфекция вирулент ошиб боради.

Ўт пуфагидаги тошларни таркиби бўйича таснифлаш:

- холестеринли тошлар,
- пигмент (қора, жигар ранг),
- оҳактош,
- аралашган.

Холестерин тошлари фақат ўт пуфагида ҳосил бўлади, умумий ўт йўлида ёки умумий жигар йўлларида топилган холестерин тошлари ўт пуфагидан кўчиб кетган деб ҳисоблаш керак. Қора пигмент тошлари одатда гемолиз, алкоголизм ва жигар циррози бўлган кекса беморларда ҳосил бўлади; улар ҳам ўт пуфагидан келиб чиқади ва камдан-кам ҳолларда каналларга ўтади. Каналлардаги пигмент тошларининг аксарияти жигар ранг пигментли тошлардир. Улар сафро пигментлари ва фосфолипидларга бактериал ферментатив таъсир натижасида каналларда ҳосил бўлади ва кўпинча такрорий йирингли холангит билан бирга келади.

Холелитиаз учун хавф омиллари: аёл жинси, кекса ва қарилик ёши, семизлик, ҳомиладорлик (эстрогеннинг юқори даражаси, холестериннинг сафрога секрециясини ошиши), вазн йўқотиш ёки узок муддат рўза тутиш, узок муддатли парентерал овқатланиш, баъзи дорилар (эстрогенлар, оғиз

контрацептивлари, цефтриаксон ва бошқалар). бошқа касалликлар (диабет, ёнбош ичак касалликлари).

Дивер (бешта "F") ва Торек (етти "F") формулалари, уларга кўра ўт пуфагида тош бўлган беморларда шубҳа қилиш эҳтимоли юқори:

- 1) Female (аёл);
- 2) Fat(тўлик);
- 3) Forty (40 ёш ва ундан катта);
- 4) Fertile (ҳомиладор);
- 5) Fair (сарик сочли);
- 6) Flabbi (қорин осилган)
- 7) Flatulent (газ билан оғриган)

Холелитиазнинг клиник шакллари

- яширин ,
- диспептик,
- оғрик;
- ўткир оғриқли,
- ўт пуфаги саратони

Ўт пуфагидаги тошларни ташувчиларнинг сезиларли қисми (ўт пуфагида тош бўлганларнинг 60-80% ва умумий ўт йўлида 10-20%) ҳеч қандай шикоят қилмаслиги мумкин. Бироқ, тош ташишни кўпроқ Холелитиаз даври сифатида кўриб чиқиш керак, чунки "жим" тошлар дастлабки аниқланганидан кейин 10-15 йил ичида беморларнинг 30-50 фоизида Холелитиазнинг бошқа клиник шакллари ва унинг асоратлари ривожланади. Тош ташувчи тошлар бўлса, касаллик белгиларининг ривожланиш эҳтимоли йилига тахминан 2-3% ни ташкил қилади. Диспептик шаклда шикоятлар ошқозон-ичак трактининг бузилиши билан боғлиқ. Беморлар вақти-вақти билан ёки доимий равишда, тез-тез овқатдан сўнг, эпигастрал сохада оғирлик ҳиссити, метеоризм, турғун бўлмаган нажас, кўнгил айланиши ва оғизда аччиқлик, қайд қилишлар

кузатилади. Холелитиазнинг бу шакли кам учрайди, чунки объектив текширув эпигастрал ва ўнг қовурға остида оғриқлар бўлиши мумкин.

Билиар санчиқ - холелитиазнинг энг кенг тарқалган (75%) клиник шакли. Ўнг қовурға остида тўсатдан, вақти-вақти билан такрорланадиган оғриқли оғриқли хужумлар сифатида намоён бўлади. Кўпинча, хужум диетада хатоликдан кейин содир бўлади. Оғриқ ўткир, эҳтимол орқа ёки ўнг елка соҳасида пичоқ санчиғидек тарқалади ва рефлексли қусиш билан бирга келади, бу эса енгиллик келтирмайди. 6 соатдан ортиқ давом этадиган оғриқ хужуми ўткир холециститнинг ривожланишини кўрсатади. Оғриқли хужумлари орасида бемор ўзини қониқарли ҳис қилади. Тана ҳароратининг кўтарилиши, лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, тезлаштирилган ЭЧТ ва ўртача перитонеал симптомлар билан бирга ўнг қовурға остида ва эпигастрал соҳада оғриқнинг такрорий хужумлари ўт пуфагининг ўткир яллиғланишига хосдир. Яллиғланишнинг ҳар бир такрорланиши жаррохлик йўли билан фаол даволанишни талаб қиладиган ўткир касаллик сифатида қаралиши керак.[1;7;9;18;21;24;25;82.]

Холелитиазнинг оғриқли торпид шаклида ўткир холецистит хуружлари кузатилмайди, беморда тана ҳарорати нормал, лейкоцитоз нормал, аммо ўт пуфаги проекцияси соҳасида доимий оғриқ ва пальпацияда сезувчанлиги сақланиб қолади. Холелитиазнинг оғриқли торпид шакли бўлган беморлар тўлиқ фаровонлик даврлари ҳақида хабар бермайдилар. Хатарли ўсмаларнинг ривожланиши, холелитиазли беморларнинг тахминан 3 фоизда қайд этилган. Ўт пуфаги саратонининг Холелитиаз билан комбинацияси 80-100% ҳолларда аниқланади. Сафронинг кимёвий таркибидаги ўзгаришлар, шиллиқ қаватнинг тошлар билан узоқ вақт механик тирнаш хусусияти ва инфекциянинг мавжудлиги ўт пуфаги саратони ривожланишида маълум роль ўйнайди, деб ишонилади. Бу омиллар ўт пуфаги деворида нафақат яллиғланиш инфильтрациясининг ривожланишига, балки регенератив, метапластик ва диспластик ўзгаришларга олиб келади.[12;13;23;31;]

Ўт пуфагидаги тош касаллигининг асоратлари

- ўткир холецистит,
- ўт пуфагининг томчилари ва эмпиемаси,
- панкреатит,
- обструктив сариклик,
- холангит,
- иккиламчи билиар цирроз,
- сафро оқмалари (ташқи, ички),
- ўт пуфагидаги тош ичак тутилиши,
- Мириззи синдроми,
- ўт йўллариининг чандикли стриктуралари.

Ўткир холецистит. Холелитиазнинг энг кенг тарқалган асоратлари. Тахминан 90% ҳолларда ўткир холецистит Холелитиаз фонида, 10% да ўт пуфагида тошлар бўлмаганда ривожланади ва шунинг учун ўткир калкулёз холецистит деб номланади (оғир касал, кекса одамларда у кўп сонли холецистит билан бирга келади) . Ўткир холецистит барча ёшдаги одамларда учрайди, лекин кўпинча 50 ёшдан ошган одамларга таъсир қилади. Кекса (60-74 ёш) ва кекса (75 ёшдан ошган) беморлар умумий ҳолатларнинг 50% ни ташкил қилади. Улар орасида эркаклар ва аёллар нисбати 1:5 ни ташкил қилади. Ўт пуфаги деворидаги ўткир яллиғланиш ва некробиёттик жараёнларнинг асосий сабаби интравезикал босимнинг 200-300 мм/с устунигача ошиши ҳисобланади. Қоидага кўра (90-95%) бу тош, шилимшиқ бўлак ёки ўт йўллари сфинктерининг спазми тўсқинлик қилиш натижасида ўт пуфакдан ўт чиқишининг бузилиши туфайли юзага келади. Интравезикал билиар гипертензиянинг пайдо бўлиши ўт пуфаги шиллиқ қаватининг қон билан таъминланишини камайтиришнинг асосий омилидир. Деворнинг гемоперфузиясининг пасайиши (айниқса, кекса ва кексаларда склеротик ўзгаришлар бўлса) шиллиқ тўсиқнинг бузилишига, микроорганизмларнинг кириб бориши ва кўпайишига ёрдам беради. 75% ҳолларда анаэроблар ажратилади, бу эса ўз навбатида органнинг яллиғланишни оширади. Кўриниб

турибдики, экссудация жараёнининг ўзи интравезикал босимнинг янада ошишига ва шиллиқ қаватнинг шикастланишининг кучайишига олиб келади. Шундай қилиб, патофизиологик ёвуз "шафқатсиз доира" шаклланади. [15;18;21;]

Ўткир холециститнинг қуйидаги шакллари ажралиб туради:

- катарал холецистит;
- флегмоноз холецистит;
- гангреноз холецистит.

Ўткир холециститнинг асоратлари:

- перивезикал инфильтрат;
- перивезикал абсцесс;
- ўт пуфагининг тешилиши;
- перитонит;

Ўткир холециститнинг клиник кўриниши ўт пуфаги яллиғланишининг патоморфологик расмига, перитонитнинг мавжудлиги ва тарқалишига, шунингдек, ўт йўлларида бирга келадиган ўзгаришларга боғлиқ. Касалликнинг клиник кўринишининг хилма-хиллиги туфайли диагностика қийинчиликлари ва хатолар мумкин.

Клиник семиотика. Ўткир холециститнинг этакчи аломати қаттиқ ва доимий қорин оғриғи бўлиб, касалликнинг кучайиши билан унинг интенсивлиги ортади. Оғриқни локализация қилиш - ўнг қовурға остида, елкага сохаларига оғриқ иррадиациялари . Баъзида оғриқ юрак соҳасига тарқалади (С.П. Боткиннинг холецистокардиал синдроми) ўткир холециститнинг доимий белгилари кўнгил айланиши ва такрорий қусишдир, бу эса беморга енгиллик келтирмайди. Касалликнинг дастлабки кунларидан бошлаб, ўт пуфагидаги патоморфологик ўзгаришлар даражасига қараб, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади, беморнинг ҳолати бошқача бўлиши мумкин ва бу ҳам касалликнинг шаклига боғлиқ. Тери одатда нормал рангга эга бўлиб, склеранинг ўртача сарғайиши токсик гепатит ва перихоледохеал лимфаденит пайдо бўлиши мумкин, бу гепатикохоледохда ўтнинг турғунлиги билан юзага

келади. Тери ва склеранинг ёрқин сариқлик кўриниши ўт йўлларидаги литиази билан боғлиқ бўлиши мумкин. Пульснинг тезлиги дақиқада 80 дан 120 гача ва ундан юқори. Тез юрак уриши ўт пуфаги ва қорин бўшлиғида кучли яллиғланиш ўзгаришларини кўрсатадиган аломатдир.

Ўткир холециститнинг ўзига хос белгилари:

Ортнер симптоми: қўлнинг қовурғаси билан ўнг қовурға ёйини урганда оғриқ
Кери симптоми - нафас олиш баландлигида ўт пуфагининг қорин олд деворига проекциялаш соҳасидаги оғриқ;

Мэрфи симптоми- чуқур нафас олганда ўнг қовурға остига босиб кўрилганда оғриқ бўлиши;

Мюсси-Георгиевский симптоми (френикус-симптом) - бу ҳудудни пайпаслаганда нафасни мажбурий равишда ушлаб туриш стерноклеидомастоидал мушакларнинг оёқлари орасидаги бармоқ билан босилган оғриқ, бу ўт пуфагидаги морфологик ўзгаришларнинг табиати ва яллиғланишнинг перитонга ўтишига боғлиқ бўлиб, ўткир холецистит ва унинг асоратлари жигарда структуравий ўзгаришлар. Улар сегментнинг яллиғланиш жараёнида иштирок этишининг натижасидир ўт пуфагига улашган жигар, ва гепатоцитларнинг токсик шикастланиши. Ушбу ўзгаришларнинг даражаси касалликнинг давомийлиги ва яллиғланиш жараёнининг оғирлиги билан чамбарчас боғлиқ, уларнинг чуқурлигига қараб, беморнинг қонида ферментларнинг кўпайиши аниқланиши мумкин: аминотрансфераза, альдолаза, лактатдегидролаза, гамматлутамилтрансфераза, жигар ферментларининг фаоллигини, шунингдек, билирубин ва унинг фракцияларини аниқлаш, беморда паренхимал ёки обструктив бўлиши мумкин бўлган сариқликнинг реологик ҳолатида сезиларли ўзгаришлар бўлиши мумкин, қон ва гемостаз тизими: қон ёпишқоқлигининг ошиши, эритроцитлар ва тромбоцитларнинг агрегация қобиляти, қоннинг коагуляцион фаоллиги. Гемореология ва гемостазнинг бузилиши жигар ва буйрақлардаги микроциркуляция ва тўқималар алмашинувининг бузилишига олиб келиши мумкин, бу эса ўткир жигар-буйрак этишмовчилигининг

ривожланишига, шунингдек, беморларнинг 20 фоизда тромбоэмболик асоратларнинг пайдо бўлишига олиб келади (айниқса кексаларда) юқорида айтиб ўтилганидек, холедохолитиаз, перихоледохиал лимфаденит, ўткир панкреатит ва бошқаларнинг натижаси бўлган ўртача сариқлик бор.

Катарал холецистит- касалликнинг энг энгил шакли, ўт пуфагининг шиллик қаватининг яллиғланиши, шиллик қаватга ўхшаш. Ушбу шаклдаги яллиғланиш жараёни ўт пуфагининг мушак деворига таъсир қилмайди ва сероз қаватда ўзгаришлар кузатилмайди.

Ушбу шакл ўнг қовурға остида ўртача интенсивликдаги оғриқлар, бир ёки икки марта кўнгил айланиши ва қайт қилиш билан бирга келади.

Беморнинг умумий аҳволи озгина азобланади. Пульснинг тезлиги дақиқада 90 мартагача ошиши мумкин. Тил нам. Қорин пальпациясида ўнг қовурға остида маҳаллий оғриқлар қайд этилади. Ўт пуфагининг ўткир яллиғланиш белгилари - Ортнер, Кера, Мерфи ва Мюсси-Георгиевский белгилари - энгил ёки йўқ; Шчеткин-Блумберг симптоми салбий. Ўт пуфаги пайпасланмайди, лекин унинг проекциясида биров оғриқли. Қонда лейкоцитлар сони $9-11 \times 10^9/\text{л}$ гача ошади.

Катарал яллиғланишда касаллик тўлиқ клиник тикланишга олиб келиши мумкин. Дори-дармонларни фаол даволаш билан ўт пуфагидаги яллиғланиш ҳодисалари касалликнинг бошланишидан 6-8 кунгача тўхтайди. Агар яллиғланиш жараёни сусайгандан сўнг, пуфак йўлининг обструкцияси қолса (тўсиқли тош, облитерация, қалин шилимшиқ), ўт пуфагининг гидроцелияси ҳосил бўлади. Бундай ҳолда, қабарик унинг бўшлиғида рангсиз, шилликга ўхшаш стерил суюқлик ("оқ сафро") тўпланиши туфайли катта ҳажмга эга бўлади. Эластик ва оғриқсиз шаклланиш сифатида пальпация қилинади. Ўт пуфагининг гидроцелияси узок вақт давомида мавжуд бўлиши мумкин ва ҳеч қандай азоб-уқубатларга олиб келмайди. Аммо ўт пуфагининг қисқариш функциясини сақланиши бу мумкин кучли оғриқ (билиар хуружларга олиб келади). Бундай беморларга жарроҳлик даволанишга кўрсатма берилади.

Флегмоноз холецистит ўт пуфаги деворининг диффуз йирингли яллиғланиши билан тавсифланади. Морфологик жиҳатдан у диффуз лейкоцитлар инфильтрацияси сифатида намоён бўлади. Шу билан бирга, ўт пуфаги катталашади, унинг девори қалинлашади, сероз қопламанинг ўзгариши қайд этилади (гиперемия, фибрин), ковуқ бўшлиғида йиринг ёки лойқа инфекцияланган сафро кўринади.

Холециститнинг ушбу шакли билан қорин бўшлиғидаги кучли доимий оғриқлар ўнг елкага ёки ўнг курак ости соҳасига оғриқлар тарқалади. Беморлар кўнгил айланиши ва такрорий қайт қилишдан хавотир олади, бу эса енгиллик келтирмайди. Заифлик ва безовталиқ аниқланади, титроқ бўлиши мумкин. Тана ҳарорати $37,8-38,0^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқори кўтарилади ва бир неча кун давом этади.

Беморнинг аҳволи одатда ўртача оғирликда. Пульс тезлашади, дақиқада 90-100 зарба. Тил қуруқ. Қорин шишган, ўнг қовурға остида ва кўпинча эпигастрал соҳада оғриқ бўлади. Деярли ҳар доим маҳаллий перитонит белгилари мавжуд: қорин бўшлиғи мушакларининг кучланиши ва ўнг қовурға остида ижобий Шчеткин-Блумберг белгиси. Қорин деворидаги енгил ифодаланган кучланиш билан кенгайган ва оғриқли ўт пуфагини пальпация қилиш ва Ортнер, Керра, Мерфи, Мюсси-Георгиевскийнинг ижобий белгиларини аниқлаш мумкин. Қонда лейкоцитлар сони $12-15 \cdot 10^9/\text{л}$ га этади, қоннинг лейкоцитлар формуласида нейтрофиллар силжиши кузатилади.

Ўт пуфаги ва қорин бўшлиғи деворидаги яллиғланиш жараёнини бартараф этиш натижасида ўт пуфагининг эмпиемаси пайдо бўлиши мумкин. Ушбу патологик ҳолатда ўт пуфаги зич ва ўртача оғриқли шаклланиш сифатида палпация қилинади, перитонеал тирнаш хусусияти белгилари салбий. "Ногирон" ўт пуфагида йирингли экссудатнинг тўпланиши натижасида беморда вақти-вақти билан титроқ ва юқори иситма пайдо бўлади. Иситма пайтида олинган қонда тармоқли силжиши билан юқори лейкоцитоз аниқланади.

Гангреноз холецистит. Холециститнинг ушбу шаклининг ривожланиш механизмига қараб, унинг клиник кўриниши аста-секин ёки тўсатдан пайдо бўлади. Касалликнинг клиник белгиларининг босқичма-босқич намоён бўлиши холециститнинг флегмоноз шаклидан гангреноз шаклга (иккинчи даражали гангреноз холецистит) ўтиш даврида кузатилади. Морфологик жихатдан қора-яшил некроз ўчоқлари ўт пуфагининг флегмона, хиралашган девори фонида пайдо бўлади.

Ўт пуфаги деворининг некрозининг ривожланиши билан касалликнинг клиник кўринишида интоксикация биринчи ўринга чиқади, оғриқ синдроми эса аниқ бўлмаслиги мумкин. Беморлар динамик ёки аксинча, ҳаяжонланади. Пульс тезлашади, дақиқада 110-120 зарба. Тил қуруқ. Қорин бўшлиғи шиширади ва ичак парезлари кучаяди. Пальпация Ўнг қовурға остида оғриқнинг энгил пасайиши ва қорин бўшлиғи мушакларидаги кучланиш даражасини қайд этиш мумкин. Тана ҳарорати пасаяди ва нормал бўлиши мумкин. Шу билан бирга, лейкоцитлар сони ортади ва қоннинг лейкоцитлар формуласи чапга силжийди. Жиддий интоксикация, анъанавий ҳароратда тахикардия пайдо бўлиши ("токсик қайчи" белгиси) ва тармоқли нейтрофиллар сонининг кўпайиши билан лейкоцитоз некроз ёки умумий гангрена соҳаларининг ривожланиши билан ўт пуфагида чуқур морфологик ўзгаришларни кўрсатади.

Ўт пуфаги артерияси тромбози натижасида юзага келадиган бирламчи гангреноз холецистит касалликнинг дастлабки соатларидан бошлаб тез ўтиши билан тавсифланади. Бу оғир интоксикация ва тез ривожланаётган перитонит белгилари билан намоён бўлади. [2;5;7;52;64;73.]

Ўткир холециститнинг асоратлари

Ўт пуфагининг флегмоноз яллиғланиши билан касалликнинг турли натижалари мумкин. Беморни ўз вақтида касалхонага ётқизиш ва фаол

консерватив терапия билан клиник тикланиш кузатилади. Флегмоноз холецистит билан яллиғланиш жараёни ўт пуфагидан ташқарига чиқади ва париетал қорин пардага ва қўшни органларга, шу жумладан гепатодуоденал бойламга тарқалади, бу уларнинг қаттиқ ёпишишига ва яллиғланишли перивезикал инфилтратнинг шаклланишига олиб келади. Перивезикал инфилтрат касалликнинг 4-6 кунда аниқланади. Клиник жиҳатдан, у ўнг қовурға остида зич, оғриқли ва ҳаракатсиз шаклланиш мавжудлиги билан тавсифланади. Яллиғланиш жараёнининг сусайиши ва яллиғланиш инфилтратининг йўқолиши тенденцияси билан қорин оғриғи камаяди, перитонеал симптомлар йўқолади, лейкоцитоз камаяди ва ҳарорат нормаллашади. Дори терапияси билан инфилтрат 1,5-2 ҳафтадан сўнг сезилмайди, аммо яллиғланиш жараёнининг тўлиқ сусайиши учун камида 1,5-2 ой керак бўлади. Ўт пуфаги деворидаги некротик жараёнларнинг кучайиши билан перивезикал инфилтрациянинг яна бир натижаси - маҳаллий ёки кенг тарқалган перитонитнинг пайдо бўлиши билан ўт пуфагининг тешилишига олиб келади. Аммо ўт пуфагининг қорин бўшлиғига тешилиши фақат 1-3% ҳолларда ривожланади, бу яллиғланиш жараёнининг эркин қорин бўшлиғидан оментум, ичак қовузлоқлари, ошқозон ва бошқалар томонидан тез-тез чегараланиши билан изоҳланади. Ўт пуфаги перивезикал абсцесси шошилиш операцияни талаб қилади (очиш ва дренажлаш). Клиник жиҳатдан, тешилиш моменти ўткир қорин оғриғи ва такрорий қусиш билан намоён бўлади. Бемор совуқ терга тушади, териси оқариб кетади. Биринчи дақиқаларда юрак уриш тезлигининг пасайиши ва гипотензия кузатилади. Кейинчалик қон босими барқарорлашади ва перитонит ривожланиши билан юрак уриши кескин ортади. Қорин бўшлиғини текширишда кенг тарқалган перитонитнинг расми аниқланади.

Кекса одамларда ўткир холециститнинг клиник кўриниши ва ўт пуфагидаги яллиғланиш ўзгаришларининг оғирлиги ўртасида тафовут мавжуд. Шуни таъкидлаш керакки, ўт пуфаги деворидаги гангреноз ўзгаришларнинг ривожланиши клиник жиҳатдан хаёлий фаровонлик даври деб аталадиган

даврд, сезги аппарат рецепторлари некрози туфайли оғрикнинг пасайиши билан намоён бўлиши мумкин. Перитонеал симптомларни, тана ҳароратини, гемодинамикани, лаборатория параметрларини динамик кузатиш, такрорий ультратовуш текшируви (деворнинг 4 мм дан ортиқ қалинлашишини, перивезикал суюқлик пайдо бўлишининг мумкин бўлган кўринишини, ўт пуфаги деворининг "иккита контурини", ўт пуфагининг катталашишини аниқлайди. ва бошқалар), агар керак бўлса, лапароскопия тўғри ташхис қўйиш имконини беради. Ўткир холецистит учун дифференциал диагностика ўткир аппендицит, ўткир панкреатит, уролитиаз ва пиелонефрит, жигар абсцесси, ошқозон яраси, ўнг томонлама пневмония ва плеврит билан амалга оширилиши керак.

Ўт тош касаллигининг бошқа асоратлари

Ўткир панкреатит. Ўткир панкреатит ривожланишининг асосий этиологик омили (кузатишларнинг 45%) экстрагепатик ўт йўллариининг касалликлари ҳисобланади. Панкреатобилиар тизимнинг анатомик ва функционал ўхшашлиги ўткир панкреатитнинг холангиолитиаз, стриктура, спазм ёки катта ўн икки бармоқли ичак сфинктерининг яллиғланиши билан тез-тез ривожланишини белгилайди. Бундай шароитларда у қуйидагича шаклланади "билиар" панкреатит деб аталади, патогенезининг этакчи омиллари: ошқозон ости бези секрециясининг жигардан ташқари ўт йўллари ва ошқозон ости безининг канал тизими орқали чиқиши бузилган; сафро-панкреатик рефлюксиянинг пайдо бўлиши; интрадуктал гипертензия ривожланиши.

Катта ўн икки бармоқли ичак папилласининг таъсирланган тоши"мавжуд бўлганда, ошқозон ости бези яллиғланишининг фулминант шакли юзага келади, бу оғир панкреатитга ўхшайди, шошилишч эндоскопик папиллотомия ёки жарроҳлик аралашувни талаб қилади.

Жигарнинг иккиламчи билиар циррози жигар ичи ва ташқарисида жойлашган ўт йўллари даражасида сафро чиқишининг узоқ муддатли

бузилиши билан ривожланади, яъни узоқ муддатли (ҳал қилинмаган) экстрагепатик колестазнинг натижасидир.

Клиник жиҳатдан жигарнинг иккиламчи билиар циррози қичишиш, сариқлик, жигар ва талоқнинг катталашиши, гемостатик тизимнинг бузилиши, ичакда ёғлар ва ёғда эрийдиган витаминлар (А, Д, К) сўрилишининг бузилиши билан намоён бўлади. асосий касалликнинг намоён бўлиши фонида. Жараённинг ривожланиши билан портал гипертензия синдроми, жигар этишмовчилиги ва буйрак этишмовчилиги ривожланади. Холестаз бартараф этилгач, портал зоналарнинг фибрози ва сафро тўпланиши аста-секин йўқолади.

Сафро оқмаларининг шаклланиши ўт пуфагида ёки ўт йўлларида тошнинг узоқ муддатли мавжудлиги билан боғлиқ. Яллиғланиш инфилтрати ва ўт пуфаги деворининг некрози, тошнинг узоқ муддатли босими туфайли кўшни органлар билан ўт пуфагининг анастомози пайдо бўлади. Билиар оқмалар ҳам сафро тизимининг органларига жарроҳлик аралашувлар натижаси бўлиши мумкин. Ички ва ташқи билиар фистулалар мавжуд.

Ички билиар оқмаларнинг клиник кўриниши кўпинча асосий касалликнинг белгилари билан маскаланади ва холангиография пайтида ёки жарроҳлик пайтида тасодифий топилма бўлиши мумкин. 25-30% ҳолларда сариқлик анамнезда ёки қабул пайтида қайд этилади. Бошқа кўринишлар сафронинг кўп қусилиши, диарея ва нажас ёки қусишда ўт пуфагидаги тошларнинг кўринишини ўз ичига олиши мумкин. Инфекцияланган ичак таркибининг сафро йўлларига кириши натижасида холангит ривожланиши мумкин. Контрассиз рентген текшируви ва ультратовуш текшируви пневматоз белгиларини кўрсатади (ўт йўллари ёки ўт пуфагида газ мавжудлиги). Ички билиар оқмаларни аниқлашнинг асосий усули бу тўғридан-тўғри холангиография ва бошқалар. Усул имкон беради фистуланинг жойлашишини ва патологик жараёнда иштирок этадиган органларни аниқлашда. Эндоскопик тадқиқот усуллари оқмаларни ташхислашда муҳим рол ўйнайди.

Ички билиар оқмаларнинг операциядан олдинги диагностикаси кейинги жарроҳлик аралашуви учун оптимал усулни танлаш имконини беради.

Холелитиазда оқмаларнинг асоратларидан бири ўт пуфагида катта (2,5-3 см) тошнинг бўлиши ичак тутилишига олиб келади.

Ташқи билиар оқмалар орасида қуйидагилар мавжуд:

- ўз-ўзидан (спонтан), камдан-кам ҳолларда учрайди;
 - операциядан кейинги сафро оқиши ёки узоқ вақт туриш натижасида ташқи сафро дренажи;
 - терапевтик мақсадларда қўлланилади (холецистостомия, холангиостомия).
- Сафронинг катта йўқотишлари натижасида ичакда овқат ҳазм қилиш, сув ва электролитларда бузилишлар пайдо бўлиши мумкин.

Мириззи синдроми камдан-кам учрайдиган асорат бўлиб, ўт пуфаги, Хартман халтаси ёки пуфак йўли бўйнига тикилиб қолган тош умумий ўт йўлини ташқи томондан сиқиб чиқаради ва обструктив сариқликни келтириб чиқаради (Мириззи синдроми I тип). Кейинчалик, холецистохоledохиал оқма (Мириззи синдроми II тип) шаклланиши билан босим ярасининг ривожланиши эҳтимоли жуда катта. Синдром ташхисида ультратовуш (умумий ўт йўлининг тош билан сиқилиш белгилари) ва ЭРХПГ (умумий ўт йўли ташқарисидан характерли сиқилиш ёки холецистохоledохиал оқма мавжудлиги) муҳим аҳамиятга эга. Мириззи синдромини операциядан олдин аниқлаш жарроҳлик пайтида умумий жигар ва умумий ўт йўллариининг тасодифий шикастланишининг олдини олиш нуқтаи назаридан жуда муҳим кўринади.[23;33;34;41;42;69.]

Ўт йўллариининг чандикли стриктураси- бу сафро, ўт тошлари ёки инфекциянинг доимий тирнаш хусусияти таъсирида канал деворидаги бириктирувчи тўқималарнинг шиши туфайли ривожланадиган каналнинг торайиши. Чандикли стриктуралар этиологияси (шикастдан кейинги чандиклар стриктуралари, ўт йўллари анастомозлари стриктуралари, бирламчи склерозланган холангит натижасидаги стриктуралар, иккиламчи

яллиғланиш стриктуралари), зарарланиш даражаси (юқори, паст), торайиш даражаси билан ажралиб туради. канал (тўлиқ, тўлиқ бўлмаган), канал узунлиги бўйича (чекланган (1 см гача), кенг тарқалган (1-3 см), субтотал (3 см дан ортиқ), жами), клиник курсга кўра (сариклик билан) , холангит билан, ташқи билиар оқма билан, жигарнинг билиар циррози билан.

Холелитиазда стриктураларнинг пайдо бўлиши умумий ўт йўлида тошнинг узок вақт мавжудлиги ва унинг канал деворига маҳаллий тирнаш хусусияти берувчи таъсири билан изоҳланади. Шикастланишдан кейинги торайишлар миқдорий жиҳатдан сикатрисиял стриктураларнинг асосий сабабидир (90-97% ҳолларда), уларнинг аксарияти холецистэктомия ва ошқозон жарроҳлиги асоратлари натижасидир. Ўртача, кўпчилик муаллифларнинг фикрига кўра, анъанавий усулда амалга оширилган 400-500 холецистэктомия учун умумий ўт йўлида битта жароҳат бор эди. Шунини таъкидлаш керакки, сўнгги йилларда жигардан ташқари ўт йўлларининг шикастланишлари сони 3-6 баробар ошди, бу кўплаб мутахассисларнинг малакаси этарли эмаслиги билан лапароскопик холецистэктомиянинг кенг жорий этилиши билан изоҳланади.

Стриктура устида жойлашган ўт йўлларининг диаметри катталашади, уларнинг девори қалинлашади ва пастда жойлашганлари толали тўқима билан алмаштирилади. Узок муддатли стриктуралар билиар цирроз ва портал гипертензия ривожланишига олиб келади. [74;75;76;77;79;80.]

2.1. Ўт тош касаллигининг ультратовуш диагностикаси

Ультратовуш текширувида (УТТ) ўзгармаган ўт пуфаги девори 1,5-3 мм қалинликда, ноксимон шаклда бўлади. Ўт пуфаги деворининг қалинлиги барча бўлимларда бир хил эмас, чунки бўйин соҳасида девор уларни атрофдаги ёғ тўқималардан фарқлаш қийинлиги сабабли катта кўринадиган қалинликка эга. ЎП (ўт пуфаги) шаклининг тасвири кесишнинг йўналиши ва даражасига боғлиқ. Катталардаги ўт пуфагининг узунлиги 60 дан 100 мм гача, максимал

майдони 15-18 кв.см дан ошмайди. Бўйлама ва кўндаланг бўлимларда ўт пуфагининг ташқи ва ички контурлари аниқ ва текис, ўт пуфагининг бўшлиғи анэхоген бир ҳил кўринади. ЎП тасвирининг орқасида, суюқликни ўз ичига олган кўпгина тузилмаларнинг орқасида бўлгани каби, дистал псевдо-кучайтириш эффекти мавжуд. ЎП (ўт пуфаги) бўшлиғидаги бурилишлар ва бўлинишлар одатда аниқланмайди, бўйин бундан мустасно, бу ерда физиологик бурилиш мавжуд. Ўт йўллариининг кўп ҳолларда кичик диаметри ва жойлашиши туфайли кўринмайди. Жигар дарвозаси фонида, ўт йўлини фарқлаш мумкин бўлган ҳолларда, унинг эхографик тасвири нозик гиперэхоген деворларга эга бўлган қувурли тузилиши билан ифодаланади. Барча жигар ичи ўт йўллариининг, одатда, фақат асосий лобар йўллариини кўриш мумкин, улар дарвоза венасининг буфиркациясидан олдида аниқланади, юқори эхоген деворларга эга ва диаметри 1 дан 4 мм гача бўлади. Жигардан ташқари ўт йўллариининг диаметри 4 мм дан 6-8 мм гача , деворлари гиперэхоген бўлиб кўринади ва қувурли структура шаклида эхонегатив кўринишда бўлади. Ўт пуфагининг ультратовуш текшируви оч қоринга ўтказилади, кўпчилик беморларда ўзгармаган ўт пуфагини осонгина кўриш мумкин. Юзаки жойлашуви бўлган озғин беморларда 3,5 МГц ёки 5,0 МГц конвекс ва секторли датчиклар ёрдамида кўрилади. ЎПнинг қисқариш функциясининг пасайиши тош шаклланишига мойил бўлган омил ҳисобланади, чунки майда холестерин кристаллари тошга айланмасдан олдин ўт сафро оқими билан ичакка эркин тушиши мумкин. ЎП қисқаришининг бузилиши, гормонал регуляциянинг ўзгариши, холестериннинг бевосита ўт пуфаги силлиқ мушакларига таъсири билан боғлиқ [14;38.].

ЎП бўйни ва пуфак йўлини билиар қум ёки тош билан тўсиб қўйилиши, ўт пуфаги гипертензиясига олиб келади. Бундай гипертензия пайдо бўлган пайтдан бошлаб инфекциянинг ривожланиши учун қулай шароитлар юзага бкелади. ЎП касаллигининг хавф омиллари: аёл жинси, кекса ва қарилик, семириш, ҳомиладорлик (юқори эстроген даражаси холестериннинг ўт сафродаги секрециясини оширади), вазн йўқотиш ёки узок муддат рўза тутиш,

узоқ муддатли парентерал озиқлантириш, баъзи дорилар (эстрогенлар, оғиз контрацептивлари, цефтраксон ва бошқалар), бошқа касалликлар (қандли диабет касаллиги ва бошқалар [49;66;].

Анамнезни йиғишда касалликнинг биринчи намоён бўлишидан бошлаб ривожланиш динамикасини, касалликнинг бошланиш вақтини, унинг хуружлар частотасини, уларнинг давомийлиги ва интенсивлигини аниқлаш керак. Хуружларнинг озиқ-овқат истеъмоли билан боғлиқлигини, оғриқнинг локализациясини, уларнинг нурланишини, оғриқнинг сўнгги хуружи давомийлигини аниқлаш керак. Ультратовуш текшируви холелитиаз ташхисида муҳим роль ўйнайди. Ультратовушнинг асосий афзалликлари орасида усулнинг инвазив бўлмаганлиги, радиация таъсирининг йўқлиги ва тез аниқлаш имконини беради. Ультратовуш текшируви ўт пуфагининг ҳажмини, унинг деворининг қалинлашиш даражасини аниқлайди, бурмалар, сиқилишлар, тошлар, полиплар, ўт йўллари куми, ички ва жигардан ташқари йўлларнинг кенгайиши, улардаги тошларнинг мавжудлиги ва локализациясини аниқлайди. Ўт пуфагидаги тошлар дистал акустик сояга эга бўлган турли шаклларда гиперэхоген кўринишда бўлади [52;74;81.].

УТТ орқали тошлар шаклига, ўлчамларига, жойлашишига ва беморнинг танасининг позицияси ўзгарганда унинг ҳаракатчанлиги ва акустик соя беришини характерлаймиз. Кўп миқдордаги кальцийли тошлар ўт пуфагида эгри чизик шаклда, баъзида акустик соянинг проекцияси феномени шаклида янада кучлироқ акс этади. Ўт пуфагидаги тошлар, уларнинг таркибида асосан билирубин ва холестерин тузлари бўлиб, гиперэхоген структуралар кўринишида пайдо бўлади [71;75.].

Қалинлиги 3-4 мм дан кам бўлган тошлар аниқ акустик сояни бермаслиги мумкин, тошларнинг бир жойга тўпланиши акустик соя беради. Тошларнинг шаклини аниқлашда, уларнинг ўлчамини тўғри баҳолашда муҳим рол. Кўп қиррали шаклидаги тошлар бир ёки бир нечта гиперэхоген нукта сифатида кўринади ва ультратовуш нурларининг ён томонлардан акс этиши туфайли акустик соя тарқоқ кўринади. Ягона тошлар УТТда аниқ

кўринади. Текширув пайтида тошлар сонини ва уларнинг жойлашишини аниқлаш керак, баъзида катта тошлар мавжуд бўлиб, уларнинг орқасида кичик тошлар заиф акустик соя билан тушади.

УЎЙ(умумий ўт йўли) да кичик тошлар мавжуд бўлганда ва унинг кенгаймаса УТТ маълумот беролмайди, холедохолитиаз билан оғриган беморларнинг 30% да хатоликлар учрайди. Жигардан ташқари ўт йўллари патологиясини ультратовуш ташхисоти 13,6% ҳолларда нотўғри салбий натижалар беради. Ультратовуш текширувининг диагностик аниқлиги ўт пуфаги тошларини аниқлашда 95-99% ни ташкил қилади ва умумий ўт йўллари тошларини кўриш фақат 29,0-89,6% ҳолларда мумкин. Беморнинг конституциявий хусусиятларидан қатъий назар, олинган маълумотларнинг сифатини ҳисобга олган ҳолда ўт йўлларининг тошларини аниқлашда компьютер томографиянинг самарадорлиги юқоридир [28;53.].

Ультратовуш усулининг кенг амалиётга татбиқ этилиши ўт пуфаги касаллигига ташхис қўйишни сезиларли даражада яхшилади, бу маълум даражада ўт пуфаги касаллигининг «кўпайиши» сабабларидан бири бўлди. Ультрасонография биринчи марта ўт пуфагидаги тошларнинг ўлчамини, сонини ва маълум даражада тузилишини аниқлашга имкон берди, шунингдек, сафро эхоструктурасининг ўзгариши билан касалликнинг дастлабки босқичини очиб берди. Ультратовуш маълумотларига кўра, сафро тузилишининг дастлабки босқичида қалин сафро ёки сафро лойининг (Билиар сладж) турли хил вариантларини аниқлаш мумкин. Бироқ тез-тез учрайдиган микролитиаз 76,1% ни ташкил қилади, касалликни ташхислаш баъзан қийинлашади ва холелитиаз операция ичидаги топилма ҳисобланади. Ўткир холесиститда одатдаги ультратовушли тасвир ўт пуфагининг катталашиши, шакли ўзгариши, деворнинг қалинлашиши, тошлар ва уларнинг акустик сояси анэхоген бўлиб кўриниши, Мерфи симптомининг мусбатлиги билан тавсифланади. Одатда патологик ўзгаришлар касалликнинг кучайиши даврида ўт пуфагининг бўйнида кўпроқ сезилади [54;82.].

Ультратовуш маълумотларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, беморларда ўт пуфагида патологик ўзгаришлар аниқланган, унинг деворининг ўртача катталиги 2,5 дан 5,2 ммни ташкил қилган. Консепсиялар 68,5% гача бўлган ҳолатларда аниқланади, ўт пуфаги турғунлик микдори 14,5% гача аниқланади.

КТ(компьютер томография) ёрдамида холестерин қолдиқларини аниқлаш жуда қийин, чунки зичлиги сафро таркибига яқин ва улар анча кенг тарқалган, шунинг учун ўт йўллариининг обструкциясини аниқлашда ушбу усулнинг сезгирлиги 43,8-96,0% ни, ўзига хослик 90-94% ни ташкил қилади. Магнит-резонанс холангиопанкреатография (МРХПГ) жигардан ташқари ўт йўллариини баҳолашнинг энг информатсион усули ҳисобланади. 1986 йилда Уолнер ва бошқалар биринчи марта МРХПГ техникасини тасвирлаб бердилар. Усулнинг асосий афзаллиги мутлақо инвазив бўлмаган тадқиқот эди, бу бутун гепатобилиар дарахтни қайта тиклаш имконини берди. МРХПГ катта ва кичик тошларни текширишга имкон беради, бу айниқса билиар гипертензия бўлмаган беморларда муҳим аҳамиятга эга, аммо жигар ичи ўт йўлларипатологиясининг клиник кўринишини МРХПГ билан визуализатсия қилиш 100% га етади ва уларнинг диаметрига боғлиқ эмас. Холедохолитиаз ва жигар ичи ўт йўллари патологиясини аниқлашда МРХПГнинг умумий аниқлиги 89-97%, усулнинг сезгирлиги 81-86% ва ўзига хослиги 97-99% ни ташкил қилади. Ушбу техниканинг камчиликларидан бири бу усулнинг техник хусусиятлари туфайли дистал умумий ўт йўлининг ҳолатини баҳолашни қийинлиги ҳисобланади. МРХПГ фойдаланиш чекловлари қуйидагилардир: ўрнатилган юрак стимулятори ва металл имплантлар. Бундан ташқари, ушбу тадқиқот усули махсус қиммат ускуналарни талаб қилади ва ҳозирда фақат айрим йирик тиббиёт муассасаларида мавжуд. Ўткир холециститда беморнинг умумий аҳволи, асосий касалликнинг оғирлиги ва жигардан ташқари ўт йўлларида бирга келадиган ўзгаришлар мавжудлиги билан белгиланади.

Жарроҳлик аралашувининг кўлами тўғрисидаги якуний қарор жигардан ташқари ўт йўллариини тўлиқ қайта кўриб чиқишдан сўнг қабул қилинади, бу

оддий ва арзон тадқиқот усуллари (УТТ текшируви). Интраоператив холангиография ўтказиш ўт йўллари ҳолатини, уларнинг жойлашини, кенглигини, тошлар ва стриктураларнинг мавжудлиги ёки йўқлигини ишончли тарзда баҳолаши мумкин. Холангиографик маълумотларга асосланиб, умумий ўт йўлига аралашув ва усулни танлаш муҳим ҳисобланади. Ультратовуш текшируви ўт сафро тизими касалликларини комплекс ташхислашда асосий рол ўйнайди. МРТ, КТ, ЭРПХГ каби турли хил текшириш усуллари билан тўлдирилиши мумкин[56;64;73].

2.3. Ўт йўллари ультратовуш диагностикаси

Ўт йўллари ультратовуш текшируви диагностика усули бўлиб, унинг давомида терига иғналар ёки турли хил жарроҳлик асбоблари таъсирига дучор бўлмайди. Бу сизга ўт пуфаги ва унинг каналларининг ҳолати ҳақида жуда аниқ маълумот олиш имконини беради. Қоида тариқасида, ушбу органни ўрганиш қорин бўшлиғи органларини кенг қамровли ўрганиш доирасида ва айниқса кўпинча жигар ультратовуш текшируви билан биргаликда амалга оширилади. Гастроэнтеролог қуйидаги ҳолларда ўт пуфagini ташхислаш учун ультратовуш усулини буюриши мумкин:

фақат оғриқ қолдирувчи воситалар ёрдамида бартараф этилиши мумкин бўлган ҳипокондриумнинг ўнг томонида такрорланган оғриқли ҳислар;

жигар ҳудудида ноқулайлик ва оғирлик ҳисси;

оғизда аччиқ таъм;

терининг ва ташқи шиллиқ пардаларнинг сариқ ранги;

тартибсиз овқатланиш;

ёғли, аччиқ, қизариб пишган овқатларни суиистеъмол қилиш;

паст калорияли диетадан жуда тез-тез фойдаланиш;

узоқ вақт давомида дори-дармонларни қабул қилиш;

лаборатория қон тестларида анормал қийматлар (АСТ, АЛТ, билирубин ва бошқалар);

ўт йўлларининг дискинези;

семизлик;

Холелитиаз;

қорин бўшлиғининг шикастланиши;

аёл гормонал контрацептивларни тайинлаш ва танлашда;

пишлар мавжудлигида ўт йўлларининг ҳолатини кузатиш жараёни;

терапиянинг самарали таъсирини кузатиш.

Ушбу тадқиқот мутлақо хавфсиз ҳисобланади. Шунинг учун ўт йўлларининг ультратовуш текширувидан фойдаланишнинг ягона контрэндикацияси - бу текширув [йўлларини диагностика қилишнинг ушбу жараёнига тайёргарлик кўп жиҳатдан бошқа қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текшируви учун тайёргарлик дастури билан бир хил бўлади, ташхисдан бир неча кун олдин спиртли ичимликлар ва ёғли овқатлар, шунингдек, ошқозонни рағбатлантирадиган овқатлардан воз кечиш керак. ичакларда газлар ҳосил бўлиши, уларга қуйидагилар киради:

- хом мевалар, сабзавотлар ва резаворлар;
- сут кислотаси маҳсулотлари;
- донли нон ва хамиртуруш хамиридан тайёрланган бошқа маҳсулотлар;
- дуккаклилар;
- кучли чой, қаҳва ва газланган ичимликлар;
- сувда пиширилган бўтқа;
- ёғсиз пишлок;

- мол гўшти ёки товук;
- буғланган ёки қайнатилган балиқ;
- юмшоқ қайнатилган тухум.

Овқатланиш вақтида турли хил фермент агентларини (Фестал, Мезим) ва метеоризмни камайтирадиган препаратларни (Эспумисан, Астиватед Сарбон, Мотилиум) қўллаш керак, лекин ультратовуш текширувидан олдин кунига уч мартадан кўп бўлмаган ўт йўллари касалликларида қуйидаги қоидаларга риоя қилиш тавсия этилади:

- охирги овқат энгил ва қониқарли бўлиши керак, масалан, шакарсиз сувда пиширилган бўтқа эйишингиз мумкин, лекин кечқурун соат 19:00 дан кечиктирмасдан;
- Ичакларингизни табиий равишда бўшатиш керак. Қийинчиликлар юзага келса микроклизмаларни қўллаш керак;
- агар тадқиқот куннинг биринчи ярмида ўтказилиши режалаштирилган бўлса, унда сиз нонушта қилишни ўтказиб юборишингиз керак;
- агар текширув куннинг 2-ярмига режалаштирилган бўлса, унда энгил нонуштага рухсат берилади (текшириш ва нонушта орасидаги интервал камида 6 соат бўлиши керак);
- Ташхисдан бир неча соат олдин суюқлик ичмаслик керак, шунинг учун ҳаётий дори-дармонларни қабул қилиш ҳақида мутахассис билан маслаҳатлашинг.

Шуни эсда тутиш керакки, ўт йўлларининг эндоультратовушини қатъий равишда оч қоринга ўтказиш керак, чунки бу ҳолда ўт пуфаги максимал даражада сафро билан тўлдирилади, бу унинг кенгайишига олиб келади. Агар сиз озгина суюқлик ичсангиз, сафро жараёнлари бошланади ва ўт пуфаги ҳажми камаяди, бу текширувни анча мураккаблаштиради. Сафро

дискинезияси учун овқат ҳазм қилиш трактининг барча ички органларининг ультратовуш текшируви энг яхши вариант бўлади.

Диагностика усулининг яна бир номи - холеретик нонушта ёки динамик холецинтиграфия билан ультратовуш текшируви. Бу ўт пуфагининг контрактил функцияси нима эканлигини аниқлашга имкон беради, оч қоринга, ўт йўлини ташхислаш учун биринчи процедурадан сўнг икки қайнатилган тухум (ёки хом) сариғи ва 250 г творог (ёки сметана) бир синов нонушта олиш керак. Холеретик нонушта сифатида сорбитол эритмасидан ҳам фойдаланишингиз мумкин. Биринчидан, шифокор ўт йўлининг диаметри ва ҳолатини баҳолайди (қатъий равишда оч қоринга). Шундан сўнг, беморга сувда эриган сорбитол шаклида озик-овқат юки берилади ва кейин 0,5-1 соатдан кейин қайта ташхис қўйилади, ортиши, интенсивлиги, йўқлиги ёки давомийлиги.

Ўт йўллариининг ультратовуш текширувини талқин қилиш

- ўт пуфагининг жойлашиши ва ҳаракатчанлиги;
- орган деворларининг қалинлиги, ўлчами ва шакли;
- неоплазмалар, полиплар ва тошлар мавжудлиги;
- ўт пуфагининг контрактил функцияси;
- ўт йўллариининг диаметри.
- кенглиги тахминан 4 мм;
- узунлиги 8 дан 10 см гача;
- кўндаланг ўлчам 3 дан 3,5 см гача;
- ҳажми 30-70 кубометр. см;
- умумий ўт йўлининг диаметри тахминан 7 мм;
- девор қалинлиги 4 мм дан ошмаслиги керак;

- бу органнинг каналларининг ички диаметри 3 мм дан ошмаслиги керак.

Ўт пуфаги аниқ контурли овал ёки нок шаклига эга бўлиши керак. Пуфагнинг пастки қисмини жигар четидан 1-1,5 см масофада ажратишга рухсат берилади. Ушбу касалликнинг сурункали шаклини қуйидаги белгилар билан аниқлаш мумкин:

- контурлар ноаниқ ва лойқа;
- ўт пуфаги ҳажми камаяди;
- органнинг деворлари зичроқ бўлиб, деформацияланган ва қалинлашган;
- Пуфакнинг кичик тошлар кўриш мумкин.

Билиар дискинезия ўт пуфагида бир ёки бир нечта сиқилиш мавжудлиги, шунингдек, орган деворларининг қалинлашиши ва оҳангини ошириш билан аниқланади.

- нотекис контурлар ва орган деворининг қалинлашиши;
- ўт пуфагининг бўшлиғида тана ҳолатини ўзгартирганда ҳаракатланадиган тошлар мавжудлиги;
- тошнинг орқасида қоронғу соя мавжудлиги;
- ўт чўкиндисида билирубин кристалларининг мавжудлиги.

Шуни эсда тутиш керакки, ультратовуш текшируви кичик тошларни кўрсатмайди. Уларни ўт йўлининг тўсиқдан юқорисида кенгайиши, текширилаётган органнинг деворида юмалоқ шаклланишлар мавжудлиги билан аниқлаш мумкин. Агар полипнинг диаметри 6мм дан ортиқ бўлса, унда малигнизация ўсма ривожланиш хавфи мавжуд. Агар такрорий ультратовуш диагностикаси пайтида полипнинг тезлаштирилган ўсиши қайд этилса, бу жараённинг хавфли эканлигини кўрсатади.

Мавжуд ўсмалар камида 1-1,5 см ўлчамдаги шаклланишлар, текширилаётган органнинг деформацияланган контурлари, шунингдек ўт пуфагининг ҳаддан ташқари қалинлашган девори мавжудлиги билан аниқланади.

- ўт пуфагининг эктопик локализацияси;
- сафро йўллариининг йўқлиги;
- ёрдамчи ўт пуфаги;
- деворнинг чиқиб кетиши.

Сафро йўллариининг ультратовуш текшируви билан аниқланган барча патологиялар аниқлик ва динамик мониторингни талаб қилади. Шу сабабли, биринчи текширувдан сўнг, шифокор иккинчисини тайинлайди - икки ёки уч ҳафта ўтгач, анормаллик топилмаса ҳам, текширувни мунтазам равишда такрорлаш керак.

3боб Шахсий текширувлар натижаси

3.1.Ўт тош касаллигида лапароскопик ва анъанавий холецистэктомиядан кейин жигар ичи ўт йўллариининг ультратовуш текшируви

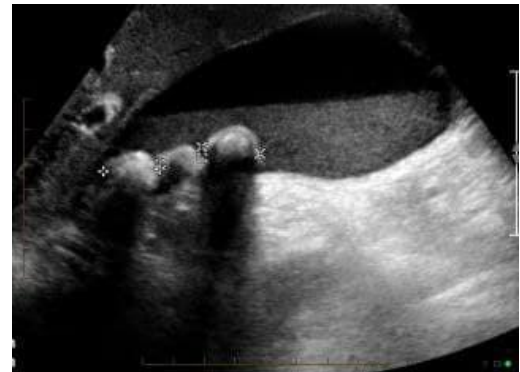
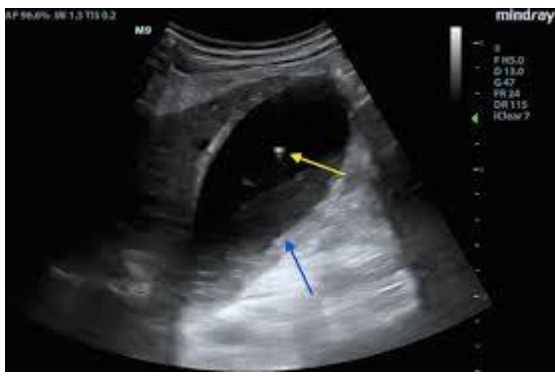
Вазифаларни ҳал қилиш учун биз 80 нафар соғлом ҳисобланган контингентдан, ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 157 нафар беморда ўт пуфагини ультратовуш текширувидан ўтказдик, жарроҳлик амалиётидан олдин ва кейин. Тадқиқот давомида турли ёшдаги 80 нафар шахс профилактик мақсадда УТТ кўригидан ўтказилди. 157 бемор икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ анъанавий холецистэктомия билан, иккинчи гуруҳ лапароскопик холецистэктомия билан, тадқиқот давомида жигар ичи ва ташқарисида жойлашган ўт йўллариининг ҳолати, ўзгаришлари, параметрлари, жарроҳлик пайтида ёшнинг таъсири ўрганилди.

Ушбу тадқиқотда бирламчи текширув учун 157 нафар бемор, шундан анъанавий холесистектомия (АХЭ) 34 бемор ва лапароскопик холесистектомия (ЛХЭ) 123 бемор ултратовуш текширувидан ўтказилди. Ўткир калкулёз холецистит билан оғриган 157 нафар бемор барчаси умумий клиник ва махсус тадқиқот усулларида ўтказилди. Умумий клиник усулларга қўйидагилар киради: умумий қон ва сийдик анализи, биокимёвий қон анализлари, қон ивиш тизимини ўрганиш, қон гуруҳи ва гепатит Б, С ва ОИВ инфекцияси белгиларини аниқлаш учун тест, Вассерман реакциясига текширилди. Ўт пуфаги ва ўт йўлларидаги патологияларини аниқлашда инструментал диагностика усулларида шубҳасиз юқори аҳамиятига қарамай, кўпчилик муаллифлар тўғри ташхис қўйиш учун клиник белгилар ва лаборатория маълумотларига эга бўлиш зарур деб ҳисоблайдилар. Ўткир холесистит ташҳисида клиник ва лаборатория маълумотларидан ташқари ултратовуш текшируви аниқ натижалар берадиган усуллардан бири ҳисобланади. Шу билан бирга, юқори даражадаги ташхис аниқлигига симптомлар триадаси ёрдамида эришиш мумкин: мусбат Мерфи белгиси, нейтрофилларнинг кўпайиши ва холелитиаз ёки холесистит учун ултратовуш текшируви асосида [38;85;86].

Билиар тизим касалликларини ташҳислашда касалликларнинг клиник кўриниши ва лаборатория текширувлари натижаларининг аҳамияти шубҳасиздир. Шу билан бирга, ўт пуфагининг яллиғланиш ва яллиғланишга алоқадор бўлмаган касалликларини инструментал, бошқа усулларида фойдаланган ҳолда, шунингдек, ўткир холециститда зарарланиш даражасини аниқлаган ҳолда фарқлаш замонавий тактиканинг ажралмас қисмидир [56;57;63;74].

Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, касалликнинг диагностик жиҳатдан аҳамиятли эхографик мезонлари ўт пуфагининг ўлчами ва шаклининг ўзгариши, девор қалинлигининг ошиши ва унинг тузилишининг ўзгариши, сладж ва тошлар шаклида патологик ички таркиб пайдо бўлиши мумкин. Иккиламчи қисқарган ўт пуфагининг шаклланиши билан аъзо

ҳажмининг кичрайиши, ўткир холециститда ўсиши кузатилади [62.]. Яллиғланиш жараёнининг оғир даражасида, ўткир холецистит белгилари муковисцидознинг инфильтрат ёки абсцесс якинида анэхоген халқанинг мавжудлигини ўз ичига олади. Сўнгги йилларда сурункали холециститнинг ультратовуш ташхисоти бўйича алоҳида ишлар олиб борилди, улар беморларнинг маълум гуруҳларида, масалан, ҳомиладор аёлларда касалликнинг маълум белгиларининг намоён бўлишини аниқладилар. Калкулёзсиз ва калкулёзли холесиститни фарқлаш ўт пуфаги бўшлиғида акустик сояли ёки гиперэхоген тузилмалар мавжудлиги билан амалга оширилади. (7-8-расмлар).

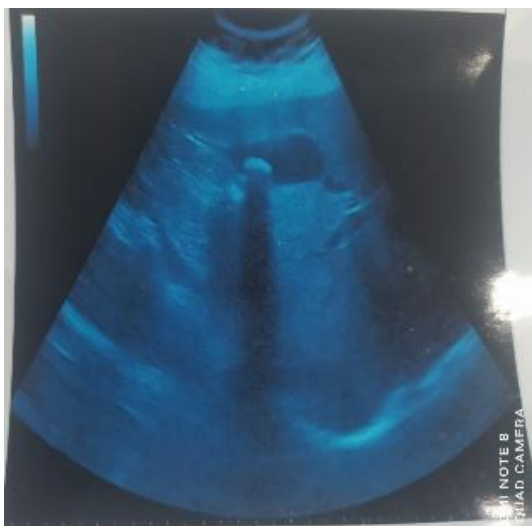


7-8-расмлар. Холелитиаз, биллиар сладж (7-расмда, кўк стрелка билан кўрсатилган, сариқ билан гиперэхоген конкремент)

Ўт йўлларининг сфинктер аппарати, шунингдек, умумий жигар йўли билан кўшилиш жойидаги Мирриззи сфинктери, дистал Хайстер сфинктери, шиллик каватнинг спирал бурмаси ва Люткенснинг проксимал сфинктери билан ифодаланади, холелитиазда думалоқ толаларнинг гипертрофияси натижасида ўт пуфаги бўйни ва д.сйстисус функцияси бузилади[32;37.].

Эхография билан текширилган сафро тизими ўт йўли ва ўт пуфасидан иборат. Ўт йўллари анатомия-функционал хусусиятларига кўра жигар ичи ва ташқарисига бўлинади. Жигар ичидаги ўт йўллари лобуляр, субсегментал, сегментар, лобар кўринишда фарқланади. Жигардан ташқари ўт йўлларига умумий жигар, умумий ўт йўллари (холедох) ва ўт пуфаги йўллари киради. Кўп ҳолларда умумий жигар ўт йўлининг узунлиги 1,5-3 см дан ошмайди. Ўт

пуфаги каналининг ички диаметри 1-2 мм, узунлиги 2 дан 6 см гача. Ультратовуш текшируви билан ўзгармаган ўт пуфаги 1,5-3 мм гача бўлган юпка деворларга эга бўлган эхосалбий шаклланиш сифатида аниқланади. Ўт пуфаги деворининг қалинлиги барча бўлимларда бир хил эмас, чунки бўйин соҳасида девор уларни атрофдаги ёғ тўқималарини фарқлаш қийинлиги сабабли қалин кўринади. ЎПги шаклининг тасвири кесишнинг йўналиши ва даражасига боғлиқ. Бўйлама кесимда ўт пуфагининг шакли нок шаклига ўхшайди, камроқ тез-тез тухумсимон, бўйин қисми торайган ва кесмада юмалоқ шаклга эга. Катталарда ўт пуфагининг узунлиги 60 дан 100 мм гача, кесими 30 мм, максимал майдони 15-18 см.кв дан ошмайди. Бўйлама ва кўндаланг кесимларда ўт пуфагининг ташқи ва ички контурлари аниқ ва текис, ўт пуфагининг бўшлиғи анехоген бир хил кўринади. ЎП тасвирининг орқасида, суяқликни ўз ичига олган кўпгина тузилмаларнинг орқасида бўлгани каби, дистал псевдо кучайтириш эффекти мавжуд. Ўт пуфаги бўшлиғидаги бурилишлар ва бўлинишлар одатда аниқланмайди, бўйин бундан мустасно, бу ерда физиологик бурилиш мавжуд. Ўт пуфаги канали кўп ҳолларда кичик диаметри ва жойлашуви туфайли кўринмайди; жигар дарвозаси фонида, яъни семиришга мойиллиги бўлганларнинг ўт пуфагида тошлар топилади. Беморларнинг тахминан 2/3 қисмида ортиқча вазн кузатилади. Ўт пуфагида тошларнинг пайдо бўлишида икки омил ёрдам беради, эндоген ва экзоген омиллар муҳим аҳамиятга эга. Эндоген омиллар жинси, ёши, туғма аномалиялари, сафро чиқишига тўсқинлик қилиш, масалан, гепатобилиар стенозлар ва кисталари, ўн икки бармоқли ичакнинг папиломаси дивертикуллари ва орттирилган касалликлардан жигар сиррози, сурункали гепатит(3-4-расмлар). Экзоген омилларга аҳоли ҳаётининг географик, миллий ва иқтисодий жиҳатлари билан боғлиқ озиқланиш хусусиятлари киради [30;74.].



9-10-расмлар. Ўт тош касаллиги, сурункали гепатит.

Қорин бўшлиғи органларини ултратовуш текшируви Миндрай М7 (Хитой), ESAOTE MY lab -40, ESAOTE X6 (Италия), Sonostar SS8 (Хитой) қурилмалари ёрдамида амалга оширилди. Ўрганилган параметрлар узунлик, кенглик, ҳажм (В), майдон (С), узунлик ва кенглик нисбати А / Б ва ЎП девор қалинлиги ўрганилди. Ўт пуфагининг миқдорий кўрсаткичларини таҳлил қилиш натижалари 1-жадвалда келтирилган. Сурункали калкулёз холецистит билан оғриган беморларда назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан ўт пуфагининг кенглиги ва ҳажмининг сезиларли ўсиши ($p > 0,05$) кузатилди, бу А/Б узунлиги ва кенглиги нисбатининг пасайишига олиб келди. Ўт пуфагининг узунлиги, майдони ва деворининг қалинлигида сезиларли ўзгаришлар аниқланмади ($p < 0,05$).

1-жадвал

Назорат гуруҳи билан солиштирганда сурункали калкулёз ва атипик холециститда Б режимида ўт пуфаги параметрларининг ўртача қийматлари

Кўрсаткичлар	Гуруҳлар				
	ЎКХ	Гуруҳлар	Назорат	Гуруҳлар	ЎКХ
		р	гуруҳ	солиштир	

			солишти			ма таҳлили		
ЎПни УТТдаги ўлчамлар и	мм	мм	рма таҳлили	мм	мм		мм	мм
ЎП узунлиги мм	69,8	6,1	$t=0,2$ $p>0,05$	68,5	2,9	$t=0,6$ $p>0,05$	64,1	7,1
ЎПкенгл и мм	29,9	2,5	$t=2,9$ $p>0,05^*$	21,3	1,6	$t=1,6$ $p>0,05$	27,9	3,7
ЎП ҳажми мл	35,4	6,9	$t=3,1$ $p>0,05^*$	13,7	1,6	$t=1,5$ $p>0,05$	29,5	10,3
ЎПмайдо ни кв.см	16,2	2,7	$t=1,7$ $p>0,05$	11,4	1,0	$t=0,9$ $p>0,05$	13,7	2,5
ЎПузунл и ва кенглиги ўртасидаг и фарк А/В	2,3	0,1	$t=3,8$ $p>0,05^*$	3,5	0,3	$t=1,7$ $p>0,05$	2,5	0,5
ЎП девори қалинлиг и, мм	2,6	0,3	$t=1,7$ $p>0,05$	1,9	0,3	$t=2,0$ $p>0,05^*$	2,9	0,4

Ўт пуфаги девор қалинлигининг ўртача қийматлари умумий қабул қилинган меъёрида (3 мм гача). Шу билан бирга, биз назорат гуруҳидаги кўрсаткичдан фарқи аниқладик ($t=1,6$; $p<0,05$), таққослаш гуруҳидаги калкулёз холесиститда ўт пуфаги деворининг қалинлиги сезиларли даражада юқори кўрсаткични ташкил қилди ($t=1,7$, $p<0,05$). Ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморлар шошилиничи равишда жарроҳлик бўлимига ётқизилди. Бўлимга қабул қилинган пайтдан бошлаб барча беморларга этиопатогенетик консерватив терапия, жумладан, парҳез, маҳаллий гипотермия, кенг спектрли дори воситалари билан антибактериал терапия, спазмолитиклар, аналгетиклар, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, инфузион терапия ўтказилди. Биргаликда бўлган патологияни тузатишга қаратилган қўшимча терапия ихтисослашган мутахассислар (кардиолог, эндокринолог, невропатолог) тавсиясига кўра, унинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик амалиёти белгиланди. Консерватив терапиянинг давомийлиги клиник кўринишга, шунингдек ўт пуфагининг ультратовуш текшируви ва лаборатория параметрларига боғлиқ.

20-аср давомида холелитиазнинг тарқалишининг ўсиши, асосан, иқтисодий жиҳатдан ривожланган мамлакатларда, кўпчилик муаллифлар томонидан ёғ ва ҳайвон оқсилларига бой озиқ-овқат истеъмолининг кўпайиши билан изоҳланади.

Ўт тош касаллиги (ЎТК) ошқозон-ичак трактининг энг кенг тарқалган касаллиги бўлиб, у кўтарилиш тенденциясига эга. Холелитиазни ташхислаш ва даволаш билан боғлиқ тактик ва техник масалаларни ҳал қилишига қарамасдан, бу патология қорин бўшлиғи жарроҳлиги муаммолари орасида ўз ўрнини сақлаб қолади. Шошилиничи жарроҳликда холелитиаз билан оғриган беморлар сони ортиб бормоқда, шошилиничи ёрдамда холелитиазнинг асосий давоси холесистектомия ҳисобланади. Жарроҳлик аралашувининг янада юмшоқ усуллари ишлаб чиқиш ва амалга оширишга қарамай, жарроҳлик асоратлари операция қилинган беморларнинг 5% дан 40% да кузатилади, бу беморлар ошқозон-ичак трактдан шикоят қиладилар. Сўнгги йилларда

лапароскопик холесистектомия (ЛХЭ) сони ортди. Шошилишч тиббий ёрдам тузилмасида ўткир калкулёз холесистит (ЎКХ) ўткир аппендицит ва ўткир панкреатитдан кейин учинчи ўринда туради, ЎКХ билан оғриган беморлар жарроҳлик касалликлари билан оғриган беморларнинг умумий сонининг тахминан 20-50% ни ташкил қилади. ЎКХ ўт йўллари ва йўллариға таъсир қилганда ва ўн икки бармоқли ичакнинг катта кесмаси, ЎТКни ўз вақтида эндоскопик даволаш бу йўналишда сезиларли ютуқларға олиб келди(ЭРПХГ), аммо барча клиник муаммоларни ҳал қилмади. Катта муаммо - сафро тизими патологияси бўлган беморларда кузатиладиган ўт йўллариининг шикастланишларини ўз вақтида ташхислаш,х. Долзарб муаммо - холесистектомиядан кейин турли вақтларда беморларда жигар ичи ва ташқарисидаги ўт йўллариининг турғунлигини ташхислаш. Маълум даражада, холелитиазда жарроҳлар дуч келадиган муаммолар ўт йўллари, катта ўн икки бармоқли ичак сурғичининг шикастланиши билан боғлиқ клиник муаммоларни ҳал қилмади. [28;75;76.].

Тадқиқотимизда қуйидагиларни аниқладик. Соғлом контингент ҳисобланган 80 нафар ҳар хил ёшдаги одамларни жигари,ўт пуфаги, ўт йўллариини УТТдан ўтказдик, текшириш давомида беморларда ЎТК аниқланди.

2-жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Ёши	жинси		умумий	
	еркак	аёл	Абс.сонда	%
18-30	10	18	28	35
31-40	8	12	20	25
41-50	1	8	9	11,3
51-60	5	8	13	16,3
61-70	3	6	9	11,3
71-80	-	-	-	-

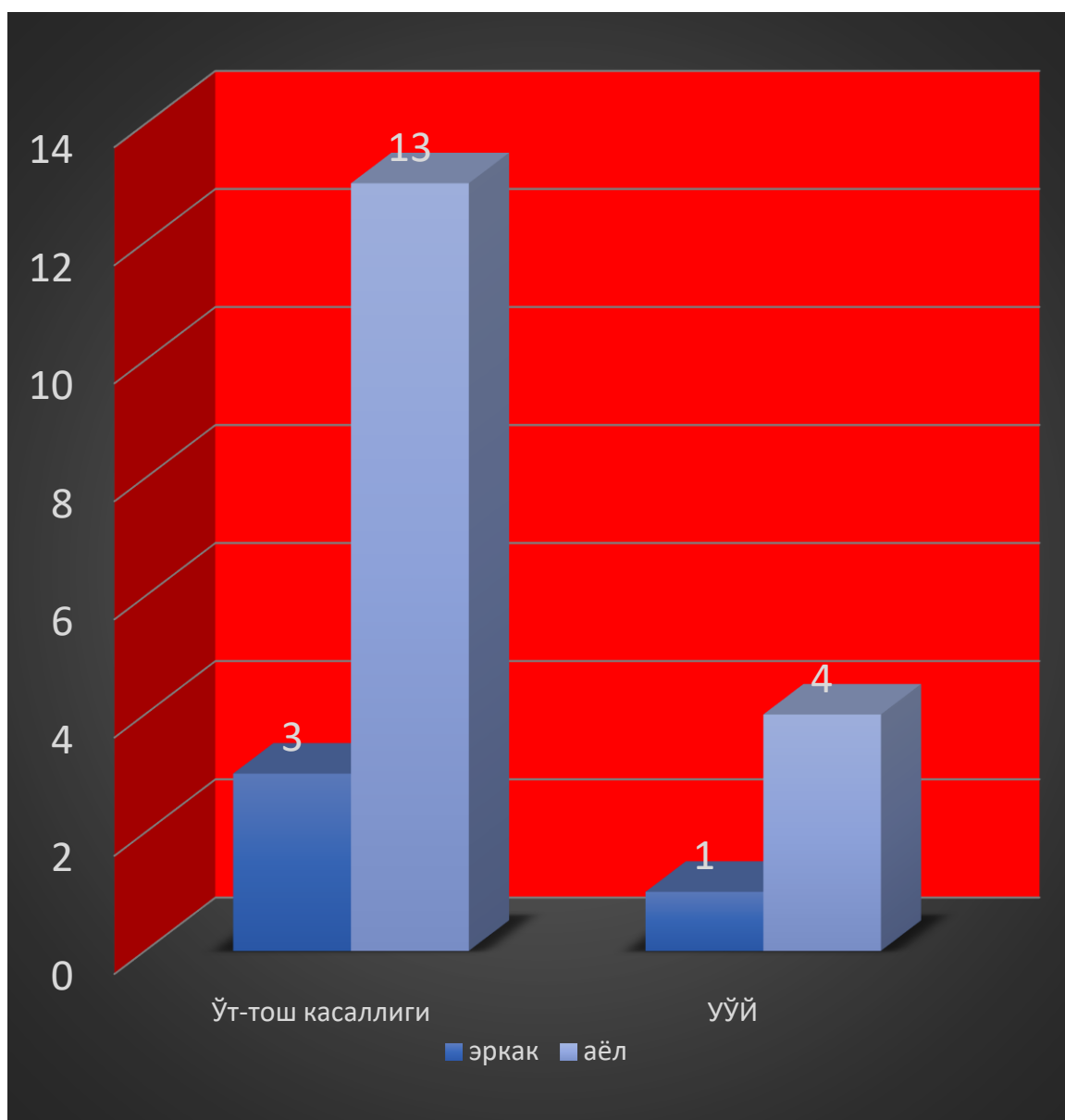
81дан катталар	-	1	1	1,3
Жами	27	53	80	100

80 нафар соғлом контингентнинг 16нафарида ўт-тош касаллиги аниқланди, улардан 13 нафари аёллар, 3 нафари эркалар. Ёш хусусиятлари в УЎЙ (умумий ўт йўллари)даги ўзгаришлар, жигар ичи ўт йўли ўзгаришлари кўрсатиб берилди, бир нафар беморнинг ўт пуфагида полип аниқланди,1 нафар эркада ва 4 нафар аёлда умумий ўт йўллари кенгайган (диаграмма-1).

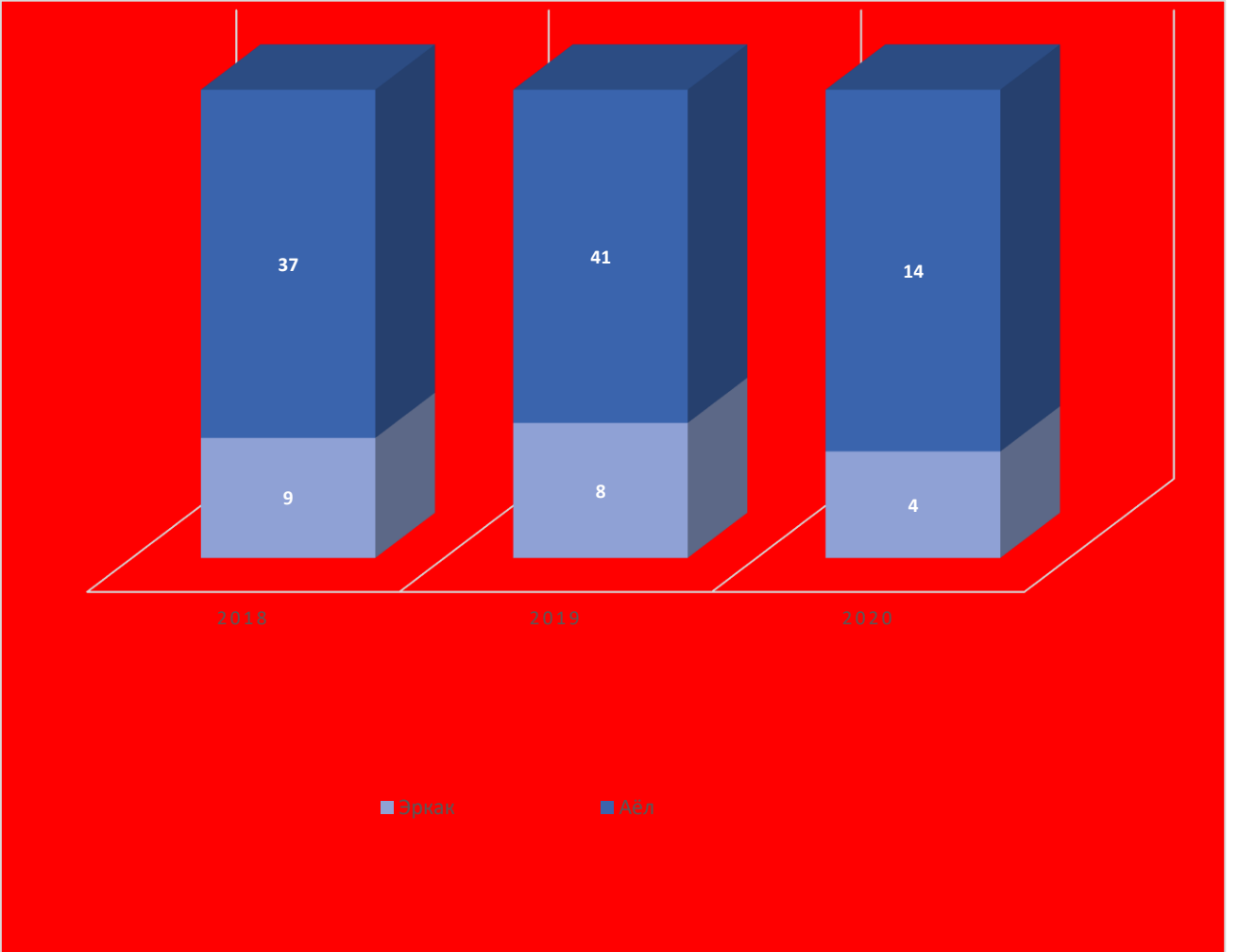
Диаграмма-1

80 нафар кишида ўт-тош касаллиги аниқланганлик ҳолат





Шундай қилиб, биз иккала гуруҳдаги беморларни УТТ текширувидан ўтказишга муваффақ бўлдик, ЛХЭ ва АХЭ қилинган беморлар ёшига ва жинсига қараб таксимланди (диаграмма -2)(3-4-жадваллар).



3- жадвал

Лапароскопик холецистэктомия қилинган беморларнинг жинси ва ёши
бўйича тақсимланиши

Ёши	Жинси		Умумий	
	еркак	аёл	Абс.сонда	%
18-30	1	9	10	8,2
31-40	3	21	24	19,5
41-50	2	24	26	21,1
51-60	5	25	30	24,4
61-70	8	20	28	22,7
71-80	1	3	4	3,2
81 ёшдан катталар	1	-	1	0,8
Жами	21	102	123	100

4-жадвал

Анъанавий холецистэктомия қилинган беморларнинг жинси ва ёши бўйича
тақсимланиши

Ёши	Жинси		Жами	
	еркак	аёл	Абс.сонда	%
18-30	-	-	-	-
31-40	-	2	2	5,9
41-50	-	3	3	8,8
51-60	6	8	14	41,1

61-70	3	6	9	26,4
71-80	1	4	5	14,7
81ёшдан катталар	-	1	1	2,9
жами	10	24	34	100

3-4 жадваллардан кўриниб турибдики, ЎТК асосан 51-60 ва 61-70 ёшдагилар ўртасида кўпроқ учрайди, бундай беморларнинг асосий қисми аёллардир. ЛХЭ ва АХЭ операциясидан олдин ультратовуш текшируви пайтида ўткир холелитиазли 157 нафар беморни ёшига қараб умумий ўт йўллари ва жигар ичи ўт йўллари ўзгариши аниқланди.

5-жадвал

ЛХЭ ва АХЭ операциясидан олдин жигар ичи ва умумий ўт йўли ҳолати

Ёши	жинси		ЛХЭ				АХЭ			
			УЎЙ		Жигар ичи ўт йўли		УЎЙ		Жигар ичи ўт йўли	
	е	а	е	а	е	а	е	а	е	а
18-30	1	9	-	1	2	1	-	-	-	-
31-40	3	23	-	8	1	16	-	1	-	1
41-50	2	27	2	3	2	19	-	1	-	3
51-60	11	33		6	5	16	3	4	5	7
61-70	11	26	3	3	9	18	4	4	3	7
71-80	2	7	-	1	-	4	1	4	1	4
81 ва катта ёш	1	1	-	-	1	-	-	1	-	1
Жами	31	126	5	22	20	74	8	15	9	23

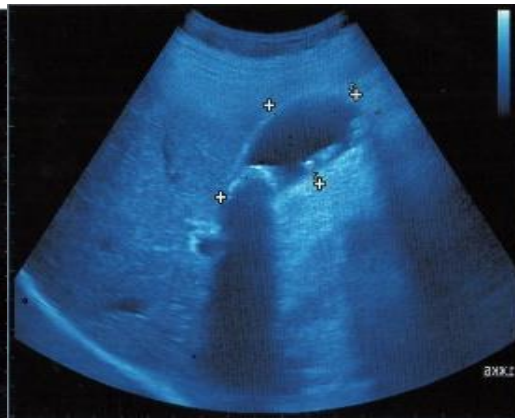
5-жадвал дан кўриниб турибдики, катта ёшлиларда жигар ичи ўт йўлларида операциядан олдин кенгайишлар кузатилди, бу ўт йўлларидаги димланиш ҳисобидан юзага келади. УЎЙнинг 7 мм га ўзгариши одатда патологик кенгайиш ҳисобланади, гарчи кекса беморларда ва холецистэктомиядан сўнг ўт йўлининг диаметри ортиб боради. Катта ёшли одамларнинг 98% да умумий ўт йўлининг диаметри 5 мм ёки ундан кам бўлади. Жигар, ошқозон ости беги бошига яқин бўлса, умумий ўт йўллари одатда бироз торайган кўринади. Жигар ичи ўт йўли умумий жигар ўт йўлига проксимал жойлашган бўлиб, диаметри 2-3 ммга тенг. Муковицидозда умумий ўт йўлини сиқиб чиқарадиган ва сариқликни келтириб чиқарадиган тошлар пайдо бўлиши мумкин (Мириззи синдроми). Олимлар маълумотларига кўра, УЎЙда кичик тошлар мавжудлигида ультратовуш текшируви ва унинг кенгайишининг йўқлиги маълумот бермайди ва холедохолитиазли беморларнинг 30 фоизда нотўғри салбий натижаларга олиб келади. Жигардан ташқари ўт йўллари патологиясини ультратовуш ташҳисотида 4,9% ҳолларда нотўғри натижаларга эга. Ўт пуфаги тошларини аниқлашда ультратовушнинг диагностик аниқлиги 95-99% ни ташкил қилади (5,6-расмлар) ва умумий ўт йўллариининг тошларини визуализация қилиш фақат 29,0-89,6% ҳолларда муваффақиятли бўлади [10;37].

11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22 -расмлар. ЎКХ. Ўт пуфагидаги тошлар ва ўт пуфаги деворининг қалинлашганлиги.

11-расм



12-расм



13-расм



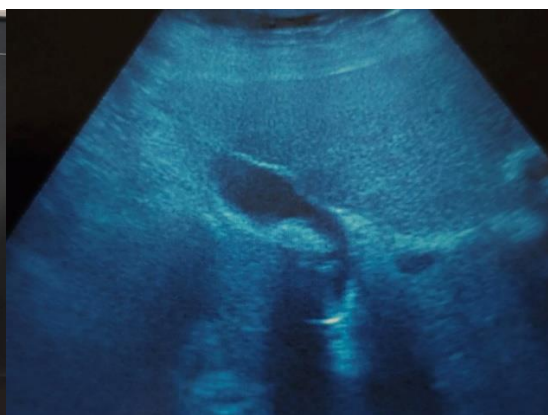
14- расм



15- расм

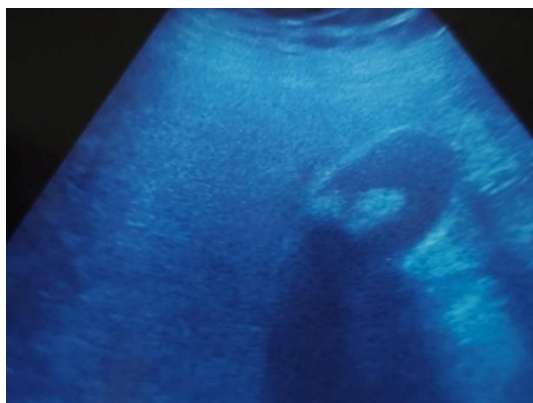


16- расм



17- расм

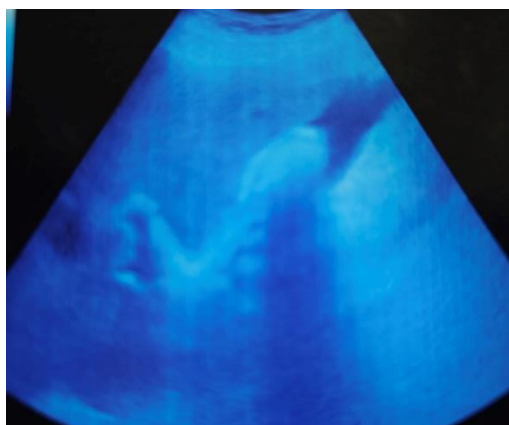
18- расм



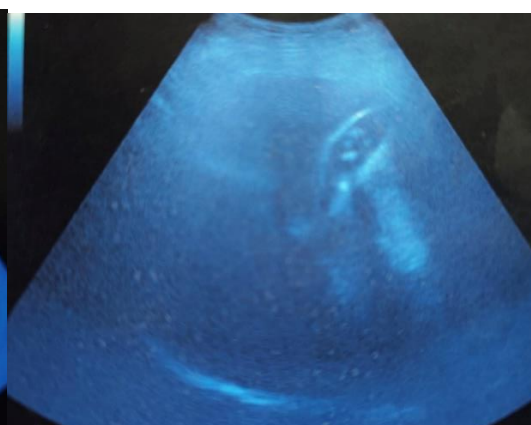
19- расм



20- расм



21- расм



22-расм



Кекса беморларда холецистэктомиядан сўнг ўт йўлининг диаметри ортиб боришига қарамай, 7ммга кенгайиши одатда патологик кенгайиш ҳисобланади. Ошқозон ости беши боши соҳасида, умумий ўт йўли бир оз торайган кўринади. Интрагепатик йўл умумий жигар йўлига проксималда жойлашган бўлиб, диаметри 2-3ммга тенг. Ушбу беморларнинг барчаси ултратовуш текширувидан ўтказилди, шошилиш вазиятида ултратовуш ташхисоти ўткир холелитиаз, холецистит, холангит, ўт йўллари учун асосий ташхислаш усули бўлиб қолмоқда, бу бошқа бир қатор усуллар билан тўлдирилади, масалан, компьютер томографияси (КТ), эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРПХГ), [27;31;56.].

Ўт сафро йўллариининг патологиясини ташхислашда спирал компьютер томографияси (КТ) беморнинг конституциявий хусусиятларидан қатъи назар, олинган маълумотларнинг сифати туфайли кенг тарқалган. Ўт йўллариининг тошларини аниқлашда компьютер томографиясининг самарадорлиги уларнинг таркибига боғлиқ. КТ ёрдамида холестерин қолдиқларини аниқлаш жуда қийин, чунки уларнинг зичлиги сафро таркибига яқин ва улар тез-тез учрайди, шунинг учун ўт йўллариининг обструкциясини аниқлашда ушбу усулнинг сезгирлиги 43,8-96,0% ни ташкил қилади ва ўзига хослик 90-94% га тенг [19;22;64.].

6 -жадвал

ЛХЭ ва АХЭ операцияларидан кейин жигар ўт йўллари ёшга қараб ўзгаришлари

Ёши	Жинси		ЛХЭ				АХЭ			
			УЎЙ		Жигар ичи ўт йўли		УЎЙ		Жигар ичи ўт йўли	
	е	а	е	а	е	а	е	а	е	а
18-30	1	9	-	-	-	-	-	-	-	-
31-40	3	23	-	-	-	-	-	-	-	-

41-50	2	27	-	-	-	-	-	-	-	-
51-60	11	33	2	2	1	1	6	7	6	7
61-70	11	26	2	5	1	3	2	4	2	4
71-80	2	7	-	1	-	1	1	1	1	1
81 ёшдан катталар	1	1	-	-	-	-	-	1	-	1
Жами	31	126	4	8	2	5	9	13	9	13

6-жадвалдан шу хулоса келиб чиқдики, асосан ЛХЭ ва АХЭ операциясидан кейин ўт йўлларининг ўзгаришлари таҳлил қилинганда, ЛХЭ дан кейин 51-70 ёшдагилар ўртасида кенгайган ўт йўллари кузатилди. Шулардан УЎЙ 8та ҳолатда, эркакларда 4 та ҳолатда, жигар ичи ўт йўллари ҳам 5 нафар аёл ва 2 нафар эркакда операциядан кейин ҳам кенгайган. АХЭ ўтказган беморларда УЎЙ ва жигар ичи ўт йўллари 13 нафар аёлда, 9 нафар эркак беморда кичраймади. Жигардан ташқари ўт йўлларида операция қилинган беморларда ўт пуфагидаги яллиғланиш ўзгаришларининг табиати, жарроҳлик аралашув турига қараб ажратилди. Ўткир калкулёз холесистит билан оғриган 123 (100%) нафар беморда 4 та ЛХЭ амалга оширилган. АХЭ ўткир калкулёз холесиститли 34 (100%) нафар беморларда ўтказилди. Ўткир холесистит билан оғриган 157 беморнинг 26 тасида (4,7%) ўт пуфаги полипозиди қайд этилди.

3.2. Холецистэктомия операциясидан кейинги синдром.(ПХЭС).

"Нофаол ўт пуфаги" ни олиб ташлаш операциядан кейин умумий ўт йўлининг кенгайиши билан бирга келмайди. Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, бу ҳолатда ПХЭС фақат беморларнинг 3-4 фоизидида учрайди. Ўт пуфагининг контрактил функцияларининг пасайиши фонида операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифати унинг ортиши ёки нормал ишлашига қараганда юқори бўлиб чиқди. Бу ҳақиқат ўт йўли тизимининг ишламайдиган

ўт пуфаги шароитларига босқичма-босқич мослашиши билан изоҳланади, шунинг учун беморларда холецистэктомиядан кейин қорин оғриғи ва диспепсия камроқ учрайди. Шундай қилиб, ўт йўллари сфинктер аппаратининг функционал бузилишлари холелитиазга патогенетик алоқаси бўлиб, жарроҳлик даволашдан кейин ривожланиш тенденциясига эга деган фикр эътиборга лойиқдир. Шубҳасиз, кўплаб тадқиқотчилар ўз саъй-ҳаракатларини Одди сфинктерининг ҳаракатчанлиги бузилишини ўз вақтида ташхислашга йўналтирадилар ва натижаларга асосланиб, ПХЭС билан оғриган беморларни даволашнинг оптимал стратегияси ва алгоритминини ишлаб чиқишга интилишади [11;47;48;57;63;80.].

ПХЭС кўринишларининг клиник кўриниши шунчалик кенг полиморфизмга эгаки, уни тизимлаштириш қийин. Ўт пуфагини олиб ташланганидан сўнг, ўт йўллариининг сфинктер аппаратининг нормал ишлашини бузадиган бир нечта омилларнинг кумулятив таъсири бўлиши мумкин, шунинг учун ташхис қўйишда унга тўғри ва ҳажмини кўрсатадиган тўлиқ тавсифни бериш керак бўлади. Жигардан ташқари ўт йўллариининг ўтказувчанлигини бузиш билан обструктив сариклик ҳодисаларини операциядан олдин йўқ қилиш (одатда эндоскопик папиллосфинктеротомия йўли билан) ва иккинчи босқич - холецистэктомия қилиш. [53.].

Холецистэктомиядан сўнг, ўт йўллариининг сфинктер аппаратининг нормал ишлашига таъсир қилувчи бир қатор омиллар мавжуд бўлиб, унга жарроҳлик аралашувнинг тури ва ҳажмини, органик ва функционал бузилишларнинг табиати ва локализатсиясини кўрсатадиган тўлиқ тавсиф бериш керак бўлади. Ўт пуфаги, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдаги жарроҳликнинг энг оғир асоратлари жигардан ташқари ўт йўллариининг шикастланиши бўлиб, уларни даволаш жарроҳлик гепатологиянинг мураккаб муаммоси ҳисобланади. Илмий адабиётлар маълумотида кўра, холецистэктомиядан кейин узок муддатли натижаларнинг частотаси 4%, яхши 60-90%, қониқарли 12-26%, қониқарсиз 2-11% ни ташкил этади. ЛХЭ нинг афзаллиги минимал травма, 2-3 барабар қисқароқ ётоқ кунлари, реабилитация

даврининг қисқариши, аммо янги тиббий технологиялар самарадорлигининг муҳим мезони бўлимдаги беморларнинг операциядан кейинги ҳаёт сифати ҳисобланади. Бироқ, 5-50% ҳолларда замонавий жарроҳлик даволаш муваффақиятли амалга оширилганда, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайишига олиб келадиган Постхолецистэктомик синдромининг (ПХЭС) намоён бўлиши сифатида талқин қилинадиган шикоятлар сақланиб қолади ёки кўпаяди, ва даволаш ва реабилитация харажатларини оширади. Амалга оширилган ЛХЭ нинг салбий таъсири терминологияси ва талқини, умумий қабул қилинган ПХЭС номи бугунги кунда фаол муҳокама қилинмоқда. Постхолецистэктомик синдроми - организмнинг мултифакториал патологик ҳолати бўлиб, уни амалга ошириш усулидан қатъи назар, холецистэктомиядан кейин пайдо бўлган ёки кучайган гепатодуоденопанкреатобилиар зонадаги функционал ёки органик ўзгаришлар тўплами билан тавсифланади. Баъзи муаллифлар ПХЭСнинг бир нечта вариантларини ажратиб кўрсатишади: диспептик, оғриқли, сарикқлик ва асимптоматик. Кўпгина замонавий тадқиқотлар шуни кўрсатдики, холелитиаз билан оғриган деярли барча беморларда гепатотситларнинг морфологик ва функционал бузилишлари мавжуд бўлиб, бу литоген сафро ҳосил бўлишига ва сафро етишмовчилигининг ривожланишига олиб келадиган дисхолиянинг асосий сабабидир. Ўт пуфагини концентрация функциясини йўқотиш билан олиб ташлаш бу бузилишларни бартараф этмайди, аксинча, уларнинг ривожланишига ёрдам беради [67].

Холелитиаз билан оғриган беморларда катта ўн икки бармоқли ичак сўрғичининг ўзгарган майдонини ривожланишининг морфологик асоси холелитиазда панкреатобилиар зонада ўзгарган ҳудуднинг частотаси ва тузилишини аниқлайди. ЎТКдаги морфологик ўзгаришларнинг мавжуд таснифлари умумий эмас ва холелитиазли беморларда ЎТК ва ўн икки бармоқли ичакнинг тушаётган қисмининг шиллиқ қаватини ҳар томонлама морфологик ўрганиш бўйича маълумотлар йўқ. ЎТКдаги морфологик ўзгаришларга бағишланган Фатер сўрғичи соҳасидаги гистологик ўзгаришлар

ва ЛХЭдан кейинги клиник ва эндоскопик кўринишлар ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш зарурати таъкидланган. ПХЭС билан оғриган беморлар орасида функционал бузилишлари бўлган беморлар устунлик қилади ва уларнинг сони 78% га етади, чунки ўт пуфаги ва ўт йўллариининг сфинктер аппарати дискинези холелитиаз патогенезининг ажралмас қисми ҳисобланади. Турли тадқиқотчилар томонидан берилган маълумотлар холелитиазли беморларнинг 2/3 қисмидан кўпроғида дисфункцияси мавжудлигини кўрсатади [5;78.].

Ўт йўллариининг, шунингдек, бошқа тана тизимларининг ишлашини назорат қилиш кўп даражали тартибга асосланган. Шубҳасиз, жарроҳлик аралашувлар ушбу тизимнинг ишлаш механизмларида сезиларли ўзгаришларга олиб келади. Экспериментал ва клиник кузатишлар шуни кўрсатадики, ишлайдиган ўт пуфагининг олиб ташланиши ўт йўллариининг сфинктер аппаратининг бузилишига олиб келади, чунки ўт пуфаги унинг фаолиятининг мувофиқлаштирувчиси ҳисобланади. Операциядан кейинги беморларда оғрик кўп ҳолларда ўт йўллариининг гипертензияси билан боғлиқ. Сафро гипертензиясининг асоси Одди сфинктери функциясининг бузилиши бўлиб, у орқали ўт йўллари, ошқозон ости беzi ва ўн икки бармоқли ичак ўртасида яқин анатомик ва физиологик боғлиқлик мавжуд. Одди сфинктерининг физиологик назорати турли нерв ва гормонал стимуллари ўз ичига олади. Ошқозон-ичак гормонлари сафро ажралиш жараёнларини тартибга солишда муҳим рол ўйнайди. Озиқ-овқат таркибида ёғ бўлганда ўн икки бармоқли ичак бошланғич бўлимнинг шиллиқ қавати томонидан ишлаб чиқариладиган холесистокинин ва секретин алоҳида аҳамиятга эга. Қонга кириб, улар ошқозон ости беzi секретациясини рағбатлантирадилар, ўт пуфагининг қисқаришига олиб келади, Одди сфинктерининг қисқаришини камайтиришга ёрдам беради, ўт йўлларидаги босимни пасайтиради. Одатда, Одди сфинктерининг бўшашиши ўт пуфагининг қисқариши билан синхрон равишда содир бўлади, бунинг натижасида сафро ва ошқозон ости беzi шираси ўн икки бармоқли ичакка киради. Баъзи маълумотларга кўра, холецистокинин гепатоцитларга бевосита

таъсир қилади, сафро ишлаб чиқаришни рағбатлантиради. Ўт пуфаги Одди сфинктерининг ошқозон-ичак гормонлари таъсирига жавобини модуляция қилишда фаол иштирок этади. Ўт пуфаги олиб ташлангандан сўнг, Одди сфинктерининг рецептор апаратининг секретин ва холецистокинин таъсирига сезувчанлик чегараси пасаяди. Натижада, сфинктернинг спазми ва дискоординацияланган иши, овқат ҳазм қилиш даврида сафро концентратсияси ва чўкиши ўзгаради, бу ўнг эпигастрийда доимий ёки такрорий оғриқлар, шунингдек диспептик симптомлар билан оғриган беморларда намоён бўлади. Бир қатор беморларда ўт пуфаги олиб ташланганидан сўнг, қон зардобиди холецистокинин концентрациясининг пасайиши ва 0,5 нг / мл дан кам (норма 0,5-1,0 нг / млни ташкил қилади) кузатилади. Одди сфинктери дисфункциясининг клиник кўринишларини ривожланиш хавфи, агар холецистэктомиядан кейинги 9-кунли холецистокинин даражаси дастлабки қийматдан 2 барабар кўпроқ пасайса, кейинчалик кескин ортади.

Ўт пуфаги олиб ташланганидан кейин Одди сфинктерининг функционал ҳолатининг табиати ҳақидаги баҳслар ҳали ҳам давом этмоқда. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, операциядан кейин сфинктер тонуси кучаяди, бу эса кўпчилик беморларда билиар гипертензия ва холедохнинг кенгайишига олиб келади. Бошқаларнинг фикрига кўра, олиб ташланган ўт пуфаги фонида, сфинктер функциясининг етишмовчилиги ривожланади, бу нафақат овқатдан кейин, балки овқат ҳазм қилиш даврида ҳам доимий сафро оқимиға олиб келади. Одди сфинктери етишмовчилиги, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, операциядан кейин жуда тез-тез холангиоген диарея ривожланади ва баъзи беморларда умумий холедохнинг компенсацион кенгайиши кузатилмайди. Холесистектомиядан кейин Одди сфинктерининг ҳолати ҳақидаги мунозарали фикрлар холесистектомиядан кейинги турли даврлар билан боғлиқ бўлиши мумкин, унда диагностик тадқиқотлар ўтказилади. Баъзи олимларнинг фикрига кўра, сафро тўпланиши учун "резервуар" бўлмаса, Одди сфинктерининг гипертониклиги биринчи навбатда муҳим

аҳамиятга эга, сафро гипертензияси ривожланади, бу монометрияда беморларнинг 87 фоизда олиб ташланганидан кейин биринчи ойда аниқланади. Ўт пуфаги олиб ташлангандан сўнг узок муддатли сфинктер спазми юзага келади. Оддида морфологик ўзгаришларга олиб келади, бу эса фиброз папиллатнинг ривожланишига ва Одди сфинктерининг қисқариш қобилиятининг пасайишига олиб келади. Жиддий муаммо ўт йўлларининг шикастланишини ўз вақтида ташхислаш бўлиб, у ўт йўлларининг патологияси билан оғриган беморларда кузатилади. Катта ўн икки бармоқли ичак сўрғичи - бу клапан-сфинктер ва секресия функцияларига эга бўлган мураккаб анатомик тузилма бўлиб шаклланиш, сафро чиқариш йўллари ва ошқозон ости беzi секресияси тизимининг интеграция ва тартибга солувчи ролини бажаради. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, холесистектомиядан кейин ўт тош касаллиги билан деярли кўплаб беморларда сфинктерлар ва ўт йўллари таъсирланади, бу 86% ҳолларда панкреатитга олиб келади. [7;10;16].

Холецистэктомиядан сўнг, ўт йўлларининг сфинктер аппарати нормал ишлашини бузадиган бир қанча омиллар мавжуд бўлиб, унга бажарилган операцион жойлашувнинг тури ва ҳажмини, органик ва функционал бузилишларнинг табиати ва локализатсиясини кўрсатиб, тўлиқ тавсиф бериш керак. Ўт пуфаги, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак операциясининг энг оғир асоратлари жигардан ташқари ўт йўлларининг шикастланиши ва тузилиши бўлиб, уларни даволаш жарроҳлик гепатологиясининг мураккаб муаммоси ҳисобланади. Операция техникаси кундан-кунга такомиллаштирилмоқда, лекин ўт йўлларининг шикастланиши камаймади. Холецистэктомияда ПХЭС синдромининг намоён бўлиши сифатида талқин қилинган шикоятлар сақланиб қолади ёки кучаяди, бу беморларнинг ҳаёт сифатининг сезиларли даражада пасайишига олиб келади ва даволаш ва реабилитация харажатларини оширади. Ҳозирги вақтда ЛХЭ томонидан амалга оширилган ноҳуш оқибатларнинг терминологияси ва талқини масалалари мунозарали бўлиб, умумий қабул қилинган ПХЭС номи бугунги кунда фаол муҳокама қилинмоқда. Кўплаб замонавий тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ЎТК билан оғриган деярли барча

беморларда гепатотситларнинг морфологик ва функционал бузилиши мавжуд бўлиб, бу дисхолиянинг асосий сабаби бўлиб, литоген сафро ҳосил бўлишига ва сафро етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади. Ўт пуфагини концентратсия функциясининг йўқолиши билан олиб ташлаш бу бузилишларни бартараф этмайди, аксинча, уларнинг ривожланишига ёрдам беради[3;19;20;28].

Хулоса.

- 1.Ультратовуш текширувида ўт-тош касаллигини ташҳисини яхшилаш, жигардан ичи ва ташқарисидаги ўт йўллариининг патологиясини, шошилиш жарроҳлик кўрсатмаларини объективлаштириш ва шу билан "мажбурий" аралашувлар сонини камайтириш имконини беради.
- 2.Ультратовуш текшируви усули ўткир холециститни юқори ишонч билан ташхислаш ва ўт пуфаги деворидаги морфологик ўзгаришлар, унинг таркиби ва перивезикал тўқималарнинг моҳиятини объектив баҳолаш имконини беради.
3. Ўткир холециститнинг кетма-кетлиги, яъни, катарал, фибриноз ва калкулёз турларини ташхислашда патоморфологик жиҳатдан асосий ҳисобланган, ўт тош касаллигининг турли морфологик формаларида юзага келадиган ўзгаришларни эътиборга олиш тавсия қилинади.

4. Уч ўлчовли ультратовуш текширувлари орқали гепатобиллиар системадаги биллиар обструкцияларни аниқлаш(ўсмалар, тошлар, қон томирдаги ўзгаришлар, жигар ичи ва ташқарисида жойлашган ўт йўлларидаги обструкцияларни). Уч ўлчовли ультратовуш орқали жаррохлик амалиётидан кейинги даврда гепатобиллиар система ҳолатини анализ қилиш.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

- 1.Ўт тош касаллиги билан касалланганларда морфологик ўзгаришларни аниқлаш, ундаги морфологик ва гистохимиявий ўзгаришлар мавжудлиги клиник врачлар томонидан бу касалликларни коррекциялашда муҳим аҳамиятли маълумот ҳисобланади.
2. Ультратовуш текшируви беморнинг касалхонада бўлган дастлабки соатларидан бошлаб ўт пуфаги деворидаги ўзгаришлар даражасини аниқлашга ва мураккаб ва инвазив тадқиқот усулларида фойдаланмасдан шошилиш жаррохлик аралашувининг кўрсаткичларини аниқлашга имкон беради.
3. Беморни кузатиш динамикасида кўп марта амалга ошириладиган уч ўлчовли ультратовуш текшируви ўт пуфаги ва қорин бўшлиғидаги морфологик

ўзгаришларнинг хусусиятини кузатиш, яллиғланиш жараёнининг ривожланиш белгиларини ўз вақтида аниқлаш ва етарли жарроҳлик ёрдами кўрсатиш учун ўз вақтида қарор қабул қилиш имконини беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Ansaloni L., Pisano M., Coccolini F., Potzmann A.D., Fingerhut A. t, Catena F., Agresta F., Moore E. 2016 WSES Guidelines on Acute Calculous Cholecystitis // Эндоскопическая хирургия. -2017.-№6.-Р.46-71.
2. Dulat Serikbailuty, Meirbek Aimagambetov Modern technologies of treatment of choledocholithiasis // Journal of clinic medicine of Kazakhstan.-2017.-Vol. 1 №43.- P.1-5.

3. Абдуллоев Д.А., Сайфудинов Ш.Ш. Антирефлюксные вмешательства при холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни для профилактики постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита // Доклады Академии Наук Республики Таджикистана. - 2016.- Т. 59, №1-2.- С.90-94.
4. Алексейцев А.В., Мейлах Б.Л. Анализ эффективности инструментальных методов дифференциальной диагностики механической желтухи // Перуский медицинский журнал методы диагностики и технологии.- 2016.- Вол. XXXIIII №3.- С.36-42.
5. Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков И.Р. 20-летний опыт лапароскопической холецистэктомии у больных острым калкулезным холециститом в Наманганском филиале РНЦЭМП // Вестник экстренной медицины. -2021. -том 14, №4 - С.52-56/
6. Алтыев Б.К., Рахимов О.У., Асамов Х.Х. Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей // Вестник экстренной медицины. -2012.- №4 – С. 73-78.
7. Анарбаев С.А., Шамсиев Ж.З. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста // Медицинские науки. -2015.-№2.- С. 46-50.
8. Арзиев И.А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Интернационалсциентифисревию. - 2021.- № LXXVIII.- С. 59-62.
9. Бакулин И.Г., Авалуева Е.Б., Серкова М.Ю., Скворцова Т.Э., Селиверстов П.В., Шевяков М.А., Ситкин С.И. Билиарный сладж: патогенез, этиология и лекарственная терапия // Терапевтический архив – 2021.-2.- С. 179-186.
10. Барванян Г.М., Глухих А.А. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков после

- холецистэктомии // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Пиролева Н.И.- 2010.-Т.5, №3.- С. 57-60.
- 11.Биссет Р., Хан А. Дифференциальный диагноз при абдоминальным ультразвуковом исследовании // (обзор литературы) -2007.-С.104-146.
- 12.Бобоев Б.Д, Махмадов Ф.И, Икромов Б.А. Миниинвазивные методы в диагностике и лечении холедохолитиаза // Новости хирургии. -2011.- Т.19, №6. - С.59-63.
- 13.Бобоев Б.Д. Роль эндоскопической ультрасонографии в диагностике холедохолитиаза и воспалительных стриктур желчных протоков // Вестник хирургии. -2012. -№171(3).-С.39-41.
- 14.Бобоев Б.Д. Ультразвуковое исследование в диагностике желчнокаменной болезни и её осложнений // Вестник хирургии.- 2012.- №6(180).- С.21-24.
- 15.Боровкова Е.В. Морфологические типы желчных камней // Вестник. - 2004.-№5.- С.13-14.
- 16.Буеверов А.О. Дисфункция сфинктера Одди в постхолецистэктомическом периоде // Медицинский совет.- 2020.- (15).- С.90-95.
- 17.Бурков С.Г., КохенкоТ.Ю., Ультрасонография органов брюшной полости // СоноАсеИнтернационал.-2023.-№3.- С.1-59.
- 18.Быстров С.В., Горх П.И., Чирев А.И., Алипов В.В., Ивченко А.О., Ивченко О.А., Гаврилин Я.А. Морфологические особенности течения хронического холецистита при желчнокаменной болезни // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.-2015.-№4(55).- С.43-46.
- 19.Быстровская Е.В. Постхолецистэктомический синдром: Патогенетические и терапевтические аспекты проблемы // Медицинский совет.- 2012. -№ 2.-С. 83-87.
- 20.Быстровская Е.В., Илченко А.А. Патогенетические и диагностические аспекты постхолецистэктомического синдрома // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2009.-№2. -С. 69-80.

- 21.Вахрушев Я.М, Хохлачева Н.А, Сучкова Е.В, Пенкин И.А. Значение исследования физико-химических свойств желчи в ранней диагностике желчнокаменной болезни // Архивь внутринней медицины. - 2014.- №6 (20).- С.48-51.
- 22.Вахрушев Я.М, Лукашевич А.П. К вопросу диагностики и патогенетической терапии энтеропатии у болных желчнокаменной болезнью // Архивь внутринней медицины.- 2016. -№5.- С.38-44.
- 23.Вахрушев Я.М, Хохлачева Н.А, Михеева П.С, Сучкова Е.В. Механизмы нарушений моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и их значение в развитии холелитиаза // Архивь внутринней медицины.- 2018. -№1.- С.53-58.
- 24.Вахрушев Я.М, Хохлачева Н.А, Мосеева М.В, Глазырина Н.Н, Быстрова А.В. Значение морфометрического исследования желчи в ранней диагностике желчного камнеобразования // Архивь внутринней медицины. -2018. - №6.- С. 458-463.
- 25.Вахрушев Я.М, Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезн: эпидемиология, факторы рыска, особенности клинического течения, профилактика // Архивь внутринней медицины. -2016. - №3 (29).- С. 30-35.
- 26.Винник Ю.С., Серова Е.В, Юрева М.Ю, Стратович Д.В, Ковалев А.В. Дифференциальная ультрасонографическая диагностика осложненный желчнокаменной болезни и сопутствующих патологических состояний // Трудный патсиент. - 2021. - Т. 19. №3 - С.43-51.
- 27.Винник Ю.С., Серова Е.В. Значение холецистокинина октапептида в развитии дисфункции сфинктера одди неорганической этиологии после холецистэктомии у патсиентов, оперированных по поводу калкулёзного холецистита // Методы диагностики и технологии. - 2013. -№5.- С.78-85.

- 28.Винник Ю.С., Серова Е.В. Миллер. С.В, Мухин. С.П. Диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди после холецистэктомии // Анналы хирургии. - 2012.- №6.- С.5-9.
- 29.Винник Ю.С., Чикишева И.В., Давыдов В.В., Дугаров В.Д., Черданцев Д.В., Первова О.В. Особенности постхолецистэктомического синдрома при разных вариантах холецистэктомии и возможные пути коррекции // Медицинский алманах. -2014. -9 (33). -С.24-26.
- 30.Гамидова Н.А. Алгоритм диагностики и хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калкулезным холециститом, протекающим на фоне сопутствующих заболеваний // Вестник экстренной медицины. -2020.- №1-2.- С.23-32.
- 31.Григоренко Д.А., Куторова В.Э. Беременност и заболевания желчевыводящих путей // Бюллетен медицинских Интернет конференций (ИССХ 2224-6150).- 2019.-Т. 9, № 4. - С.159-160.
- 32.Грищенко Е.Б. Терапия Желчнокаменной болезни: трудности и перспективы // Сонсиуммедисум. -2018.- 20 (8). - С.42-52.
- 33.Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Тактика ведения больных желчеистечением после холецистэктомии //Вопросы науки и образования. -2020. - №13 (97). - С. 126-130.
- 34.Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М. Дифференцированный подход к лечению больных с Синдромом Мириззи // Асадемй .-2017. - №2 –С. 95-98.
- 35.Дворяковский И.В., Ивлева С.А. Анализ и интерпретатсия ультразвуковых признаков утолщения стенки желчного пузыря // В помощ практическому врачу.-2018.- №21(4). – С.241-245.
- 36.Дехканов Т.Д., Рахманов З.М., Дехканова Н.Т. Морфология интрамурального нервного аппарата общего желчного протока // Проблемы биологии и медицины. -2017. - №3(96). - С. 142-144.

37. Дехканов Т.Д., Рахманов З.М., Дехканова Н.Т. Морфологические основы причастности удаленного желчного пузыря к патогенезу постхолецистэктомического синдрома // Вестник врача. -2014. -№1.- С.73-76.
38. Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Рыбаков Г.С., Домарев В.Л., Василва М.А., Бродецкий Б.М., Косаченко М.В. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Склифосовский Журнал оф Эмергенсй Медисал Саре. - 2017.- 6 (2).- С. 145-148.
39. Звягицева Т. Д., Гриднева С. В. Механизмы развития и подходы к лечению дисфункции сфинктера одди после холецистэктомии // Гастроэнтерология. - 2014.- № 2(52). - С.77-81.
40. Казюлина А.Н. Нарушения пищеварения при постхолецистэктомическом синдроме и возможности их коррекции // Медицинский совет, Гастроэнтерология. - 2013.- №2.- С.14-24.
41. Камариддинзода А.К., Исматуллаев Ф.Х., Гулмуродов К.Р. Диагностика и лечение Синдрома Мириззи // Вопросы науки и образования. -2021.- №8(164).- С.14-23.
42. Кашаева М.Д. Изменения морфологии печени у больных желчнокаменной болезнью и их коррекция // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в ХХИ веке». -2008.- №6.- С.430-434.
43. Кашаева М.Д., Прошина Л.Г., Артюшин Б.С., Швецов Д.А. Морфофункциональные изменения печени при желчнокаменной болезни и пути их коррекции // Вестник Новгородского государственного университета. -2015.-№2 (85).- С.141-146.
44. Кубачев К.Г., Фокин А.М. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Вестник Ивановской медицинской академии. -2017.- 25 №3.-С. 24-26.

45. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Совершенствование лечебно-диагностической тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Медицинские науки, Вестник науки и образования. -2020. -№13 (91). – С. 62-69.
46. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // Вестник науки и образования .- 2020.- № 13(91). – С. 70-74.
47. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б., Сайинаев Ф.К. Оптимизация хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении и желчном перитоните после холецистэктомии // Проблемы современной науки и образования. -2022. - №2(171). - С. 52-56.
48. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б., Сайинаев Ф.К. Оптимизация хирургической тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Проблемы современной науки и образования. -2022. -№2(171).- С. 57-63.
49. Курзанцева О.М. Лучевая диагностика патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей // СоноАсеУльтрасоунд . -2023.-№25.- С.1-32.
50. Курзанцева О.М. Некоторые аспекты диагностики и дифференциальной диагностики механической желтухи // СоноАсеУльтрасоунд. -2023.-№26.- С.1-14.
51. Кутовой А.Б., Родинская Г.А., Балык Д.В. Малоинвазивные и эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении холедохолитиаза // Клиническая медицина. -2017.- №3. –С.1-4.
52. Магруппов Б.А., Вервекина Т.А., Убайдуллаева В.У. Математическая модель и программа прогнозирования формы калкулезного холецистита у экстренных больных // Сибак, Инноватсии в науке. -2016 .-№8 (57). – С. 28-35.

- 53.Мардиева Г.М.,Турдиматов Ж.А., Казаков С.Ю., Муратова С.Д. Современная лучевая диагностика различных заболеваний печени // Ссиентифиспрогресс. -2021.-вол 2.-Р.15-22.
- 54.Меджидов Р.Т., Абдуллаева А.З., Мамедова Э.П. Выбор метода реконструкции билиарного тракта при высоких стриктурах и «свежих» травмах желчных протоков // Анналы Хирургии. - 2013.- № 1.– С. 26-30.
- 55.Минушкин О.Н. Билиарная дисфункция: определение,диагностика, лечение // Медицинский совет.-2015.-№17.-С.88-95.
- 56.Назаров З.Н., Юсупалиева Д.Б., Тилавова Ю.М. Результаты хирургического лечения Желчекаменной болезни // Вопросы науки и образования. -2019.-№7.- С. 219-226.
- 57.Назыров Ф.Г., Девятков А.В.,Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Повреждение аберрантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Шошилинь тиббиёт ахборотномаси.-2019.-12 (5).-С.11-15.
- 58.Никитина М.Н.,Пиманиов С.И. Ультразвуковая диагностика холестероза желчного пузыря // СоноАсеИнтернатионал.-2023.-№12.- С.1-11.
- 59.Нуриллаев Х.Ж., Тажимуратова И.Р. Тошпулотова Н.С., Алиева Н.А. Ультразвуковое исследование желчного пузыря // Ссиентифис прогресс. -2022.-Вол.3 | иссеу 3 |. – Р. 808-811.
- 60.Петров А.М., Хабицов В.С. Магнитно-резонансная томография при желчекаменной болезни и ее осложнениях // Кубанский научный медицинский вестник. -2011.- №6 (129).- С.103-105.
- 61.Пиманов С.И. Клиническая интерпретация результатов ультразвукового исследования желчного пузыря // Сонсилуммедикум. -2018. - №2.- С. 7-14.

- 62.Подолужный В.И. Механическая желтуха: Принципы диагностики и современного хирургического лечения // Фундаментальная и клиническая медицина. -2018.- №2.- С. 82-91.
- 63.Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Шербеков У.А., Сайдуллаев З.Я. Причины и пути предупреждения ранних билиарных осложнений после холецистэктомии // Вестник науки и образования.- 2020 –№ 10(88). - С. 93-97.
- 64.Сайдуллаев З.Я., Эргашев Ф.Р., Рустамов С.У. Свежие повреждения внепеченочных желчных протоков // (обзор литературы) Вопросы науки и образования. -2020.- №8 (164).- С. 104-125.
- 65.Салахидинов С.З., Мамасалиев Н.С., Салиев Г.З., Усмонов Э.К., Зайнабиддинова Д.С. Геронто-гериатрические аспекты ранней диагностика, профилактики и путей оптимизации лечения желчекаменной болезни (обзор литературы) //Медицина и фармакология. -2021. -№5 (77). – С. 30-35.
- 66.Сафиев Д.Д., Отакулов З.Ш., Юлдашев Н.Х., Мустафакулов Ф.У. СГМИ Ультразвуковая исследование печени // Сиенсифис прогресс . -2022 –Вол.-3 Иссуе3.- Р. 559-562.
- 67.Семерикова Н.А., Фрейнд Г.Г., Попов А.В., Палатова Л.Ф., Ершова А.И. Особенности морфологических изменений печени у лиц с избыточной массой тела и калкулёзным холециститом //Сибирский медицинский журнал.-2011.-Т.26.№4.- С.154-156.
- 68.Стяжкина С.Н, Абасова А.Д, Бакирова Л.Р, Ефремова Д.С, Обзор методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни // Электронный журнал «Столица Науки». - 2017.- (12).
- 69.Сулайманов С.У., Юлдашов Ф.Ш., Орипова А.Ф. Синдром Мириizzi: диагностика и лечение // Вестник науки и образования. -2020. - № 10 (88). - С. 89-94.
- 70.Тарасенко С.В, Наталский А.А, Песков О.Д. Заболевания желчных путей // (обзор литературы). -2020.- С.1-23.

- 71.ТрифановаЭ.В., Сократительная функция желчного пузыря в зависимости оттиреоидногобаланса у здоровых лиц и больных желчекаменной болезнью // Сибирский медицинский журнал. -2012.- №2.- С.54-57.
72. Тураева Д.М., Алимова Г.У. Изучение психологического статуса и функционального состояния желчного пузыря у пациентов с желчнокаменной болезнью в первичном звене здравоохранения // Архив внутренней медицины, Специальный выпуск. - 2016. – С. 65-66.
- 73.Федорова М.Г.,Комарова Е.В.,Цыплихин Н.О. Некоторые особенности склеротических процессов в стенках желчных протоков и желчного пузыря при хронических заболеваниях желчевыводящих путей //Медицинские науки.- 2022.-№2.- С.143-154.
- 74.Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К., Пулатов М.М. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий // Вестник экстренной медицины. -2019.- ХИИ (5). – С. 5-10.
- 75.Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М., Шукуров Б.И., Собитханов М.С. Рол эндобилиарных вмешательств в лечении желчеистечений после холецистэктомий // Вестник экстренной медицины, -2019.- Т. 12, №6. – С. 5-9.
- 76.Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М. Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях // Вестник экстренной медицины, -2019.- ХИИ (4). – С. 78-84.
- 77.Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О. Миниинвазивные вмешательства в лечении больных механической желтухой доброкачественного генеза // Вестник экстренной медицины.- 2015.- №4 – С. 13-19.
- 78.Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Мирзакулов А.Г., Тилемисов Р.О., Анваров Х.Э. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите // Вестник экстренной медицины. -2018.- Т. 11, №3. – С. 23-27.

- 79.Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Мирзакулов А.Г., Шукуров Б.И. Малоинвазивные рентгеноэндобилиарные вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза // Вестник экстренной медицины. -2014.- №3. – С. 36-38.
- 80.Хаджибаев Ф.А., Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М., Шукуров Б.И. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии: диагностика и лечение// Вестник экстренной медицины.- 2020.- Т 13, № 1-2. – С. 14-22.
- 81.Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Тилемисов С.О., Бегимкулова Т.У., Каримов Д.Р. Роль трансабдоминального ультразвукового сканирования в диагностике механической желтухи опухолевого генеза // Вестник экстренной медицины. -2020.- Т. 13, №4. – С. 5-12.
- 82.Хайдаров Ф.Н., Хамдамов Б.З., Газиев К.У., Хамдамов И.Б. Совершенствование хирургического лечения острого калкулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом // Вопросы науки и образование. -2021.-№3.-С. 84-90.
- 83.Харнесса Дж., Вишера Д.Б. - Ультразвуковая диагностика в хирургии основы сведения и клиническое применение // (обзор литературы). - 2007.- С.63-105.
- 84.Хожибоев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калкулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник экстренной медицины. -2010.- №4 .– С. 94-98.
- 85.Шамирзаев Б.Н., Ачилов Ш.Д. Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных острым холециститом // Вестник экстренной медицины. -2009.- № 3.– С. 14-17.
- 86.Шербеков У.А., Алиева С.З., Вохидов Ж.Ж. Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией // Асадемай. -2018.-1(72).- С. 85-89.

- 87.Эгамбердиев А.А., Шамсиев Ж.З. Современное состояние вопросов диагностики и лечения механической желтухи // (обзор литературы).- С. 69-72.
- 88.Эпштейн А.М.,Дуберман Б.Л.,Дынкова С.М.,Поздеев В.Н. Эндосонография в диагностике холедохолитиаза // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2014.- №110(10).-С. 33-37.

МОНОГРАФИЯ АННОТАСИЯСИ

Ўткир холецистит барча ёшдаги одамларда учрайди, лекин кўпинча 50 ёшдан ошган одамларга таъсир қилади. Кекса (60-74 ёш) ва кекса (75 ёшдан ошган) беморлар умумий ҳолатларнинг 50% ни ташкил қилади. Улар орасида эркаklar ва аёллар нисбати 1:5 ни ташкил қилади. Ўт пуфаги деворидаги ўткир яллиғланиш ва некробиёттик жараёнларнинг асосий сабаби интравезикал босимнинг 200-300 мм гача ошиши ҳисобланади. Ўт пуфагидаги тошларни ташувчиларнинг сезиларли қисми (ўт пуфагида тош бўлганларнинг 60-80% ва умумий ўт йўлида 10-20%) ҳеч қандай шикоят қилмаслиги мумкин. Бироқ, тош ташишни кўпроқ холелитиаз даври сифатида кўриб чиқиш керак, чунки "тинч"

тошлар дастлабки аниқланганидан кейин 10-15 йил ичида беморларнинг 30-50 фоизда холелитиазнинг бошқа клиник шакллари ва унинг асоратлари ривожланади. Тош ташувчи тошлар бўлса, касаллик белгиларининг ривожланиш эҳтимоли йилига тахминан 2-3% ни ташкил қилади. Диспептик шаклда шикоятлар ошқозон-ичак трактининг бузилиши билан боғлиқ. Беморлар вақти-вақти билан ёки доимий равишда, тез-тез овқатдан сўнг, эпигастрал минтақада оғирлик ҳисси, метеоризм, турғун бўлмаган нажас, кўнгил айниши ва оғизда аччиқликни қайд этадилар. Унинг соф шаклида Холелитиазнинг бу шакли кам учрайди, чунки объектив текширув эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасида оғриқ нуқталарини аниқлаши мумкин. Билиар санчик - холелитиазнинг энг кенг тарқалган (75%) клиник шакли.

ПХЭС кўринишларининг клиник кўриниши шунчалик кенг полиморфизмга эгаки, уни тизимлаштириш қийин. Ўт пуфагини олиб ташланганидан сўнг, ўт йўллариининг сфинктер аппаратининг нормал ишлашини бузадиган бир нечта омилларнинг кумулятив таъсири бўлиши мумкин, шунинг учун ташҳис қўйишда унга тўғри ва ҳажмини кўрсатадиган тўлиқ тавсифни бериш керак бўлади. Жигардан ташқари ўт йўллариининг ўтказувчанлигини бузиш билан обструктив сариклик ҳодисаларини операциядан олдин йўқ қилиш (одатда эндоскопик папиллосфинктеротомия йўли билан) ва иккинчи босқич - холецистэктомия қилиш.

Холецистэктомиядан сўнг, ўт йўллариининг сфинктер аппаратининг нормал ишлашига таъсир қилувчи бир қатор омиллар мавжуд бўлиб, унга жарроҳлик аралашувнинг тури ва ҳажмини, органик ва функционал бузилишларнинг табиати ва локализациясини кўрсатадиган тўлиқ тавсиф бериш керак бўлади. Ўт пуфаги, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдаги жарроҳликнинг энг оғир асоратлари жигардан ташқари ўт йўллариининг шикастланиши бўлиб, уларни даволаш жарроҳлик гепатологиянинг мураккаб муаммоси ҳисобланади. Илмий адабиётлар маълумотига кўра, холесистэктомиядан кейин узок муддатли натижаларнинг частотаси 4%, яхши 60-90%, қониқарли 12-26%, қониқарсиз 2-11% ни ташкил этади.

ЛХЭ нинг афзаллиги минимал травма, 2-3 барабар қисқароқ ётоқ кунлари, реабилитация даврининг қисқариши, аммо янги тиббий технологиялар самарадорлигининг муҳим мезони бўлимдаги беморларнинг операциядан кейинги ҳаёт сифати ҳисобланади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, хусусан, ҳазм аъзоларининг функционал ва органик фаолиятини бузилиши касалликлари ва унинг асоратларини камайтириш, шунингдек, касалликнинг даволаш усулларини такомиллаштириш ва олдини олишга қаратилган кенг қамровли чора тадбирлар амалга оширилиб муайян натижаларга эришилмоқда.

Илмий янгилик. Анъанавий холецистэктомия ва лапароскопик холецистэктомиягача ва ундан кейинги даврда жигар ичи ва ташқарисида жойлашган ўт йўллари ультратовуш текширувида солиштирма морфометрияси баҳоланган.

Ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларда жигар ичи ва ташқарисида жойлашган ўт йўллари, сфинктерларини анъанавий ва лапароскопик холецистэктомиядан кейин морфологик ва функционал ўзгаришини ўрганилган.

Ўт пуфаги деворини гистокимёвий текширишларда ҳужайралар ядросида жойлашган ва унинг пролефератив фаоллигини кўсатадиган махсус оқсил, ҳужайранинг апоптозланишини блоклайдиган оқсил, меъёрий ҳужайранинг ўсма ҳужайрасига айланишини кўрсатадиган дисплазия асосида ўсма жараёнига ўтиш даражасини белгилаш аҳамият касб этиши очиқ берилган.

Амалий аҳамияти: Ультратовуш текширувида ўт-тош касаллигини ташҳисини яхшилаш, жигар ичи ва ташқарисидаги ўт йўллариининг морфометрияси, шошилиш жарроҳлик кўрсатмаларини объективлаштириш ва "мажбурий" аралашувлар сонини камайтиришдан иборат бўлган.

Холецистэктомиядан сўнг, ўт йўллариининг сфинктер аппарати нормал ишлашини бузадиган бир қанча омиллар мавжуд бўлиб, унга бажарилган операцион жойлашувнинг тури ва ҳажмини, органик ва функционал

бузилишларнинг табиати ва локализациясини кўрсатиб, тўлиқ тавсиф бериш керак. Ўт пуфаги, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак операциясининг энг оғир асоратлари жигардан ташқари ўт йўлларининг шикастланиши ва тузилиши бўлиб, уларни даволаш жарроҳлик гепатологиясининг мураккаб муаммоси ҳисобланади. Операция техникаси кундан-кунга такомиллаштирилмоқда, лекин ўт йўлларининг шикастланиши камаймади. Холецистэктомиядан кейин ПХЭС синдромининг намоён бўлиши сифатида талқин қилинган шикоятлар сақланиб қолади ёки кучаяди, бу беморларнинг ҳаёт сифатининг сезиларли даражада пасайишига олиб келади ва даволаш ва реабилитация харажатларини оширади. Клиник ва морфологик тадқиқотлар маълумотлари асосида лапароскопик ва анъанавий холецистэктомияда постхолецистэктомик синдромнинг олдини олиш ва ўт-тош касаллигида беморларга кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдам сифатини ошириш йўллари таклиф этилган.

АННОТАЦИЯ МОНОГРАФИИ

Острый холецистит встречается у людей всех возрастов, но чаще всего поражает людей старше 50 лет. Пожилые (60-74 года) и пожилые (старше 75 лет) пациенты составляют 50% всех случаев. Среди них соотношение мужчин и женщин составляет 1:5. Основной причиной острого воспаления и некробиотических процессов в стенке желчного пузыря является повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм. Значительное количество носителей желчных камней (60-80% желчных камней и 10-20% общих желчевыводящих путей) может не иметь никаких жалоб. Однако носительство камней следует рассматривать скорее как период желчнокаменной болезни, поскольку в течение 10-15 лет после первичного обнаружения «немых»

камней у 30-50% больных развиваются другие клинические формы желчнокаменной болезни и ее осложнения. В случае камнесодержащих камней вероятность развития симптомов составляет около 2-3% в год. Жалобы при диспепсической форме связаны с расстройствами желудочно-кишечного тракта. Больные изредка или постоянно, чаще после еды, отмечают чувство тяжести в эпигастральной области, метеоризм, жидкий стул, тошноту и горечь во рту. В чистом виде эта форма желчнокаменной болезни встречается редко, поскольку при объективном осмотре можно выявить болевые точки в эпигастрии и правом подреберье.

Желчная колика является наиболее распространенной (75%) клинической формой желчнокаменной болезни.

Клиническая картина проявлений ПСЭС имеет настолько широкий полиморфизм, что ее трудно систематизировать. После удаления желчного пузыря может наблюдаться совокупное действие нескольких факторов, нарушающих нормальное функционирование сфинктерного аппарата желчевыводящих путей, поэтому при постановке диагноза необходимо дать ему полную характеристику, показывающую его размеры и правильность. . Предоперационное устранение механической желтухи при нарушении внепеченочных желчных протоков (чаще путем эндоскопической папиллосфинктеротомии) и вторым этапом - холецистэктомия.

После холецистэктомии существует ряд факторов, влияющих на нормальное функционирование сфинктерного аппарата желчевыводящих путей, и необходимо дать полную характеристику вида и объема оперативного вмешательства, характера и локализации органических и функциональных нарушений. . Наиболее тяжелыми осложнениями операций на желчном пузыре, желудке и двенадцатиперстной кишке являются внепеченочные повреждения желчевыводящих путей, лечение которых представляет собой сложную проблему хирургической гепатологии. По данным научной литературы, частота отдаленных результатов после холецистэктомии составляет 4%, хороших 60-90%, удовлетворительных 12-26%,

неудовлетворительных 2-11%. Преимуществом ЛХЭ является минимальная травматичность, сокращение койко-дней в 2-3 раза, сокращение периода реабилитации, однако важным критерием эффективности новых медицинских технологий является послеоперационное качество жизни пациентов отделения.

В нашей стране реализуются и определённые комплексные меры, направленные на развитие медицинской сферы, в частности на уменьшение функциональных и органических нарушений органов пищеварения и их осложнений, а также на совершенствование и профилактику методов лечения заболеваний. результаты достигаются.

Научные новости. Проведена сравнительная морфометрия внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков до и после традиционной холецистэктомии и лапароскопической холецистэктомии.

Изучены морфофункциональные изменения желчных протоков и сфинктеров, расположенных внутри и снаружи печени, после традиционной и лапароскопической холецистэктомии у больных желчнокаменной болезнью.

При гистохимическом исследовании стенки желчного пузыря выявлено, что важно определить степень перехода в опухолевый процесс на основе специального белка, расположенного в ядре клеток и проявляющего свою пролиферативную активность, белка, блокирующего апоптоз клеток. и дисплазия, указывающая на трансформацию нормальной клетки в опухолевую.

Практическая значимость: ультразвуковое исследование применяется для улучшения диагностики желчнокаменной болезни, морфометрии внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, объективизации неотложных хирургических указаний и уменьшения количества «вынужденных» вмешательств.

После холецистэктомии имеется ряд факторов, нарушающих нормальное функционирование сфинктерного аппарата желчевыводящих путей, и

необходимо дать полную характеристику с указанием типа и размеров выполненного оперативного вмешательства, характера и локализации органических и функциональных изменений. расстройства. Наиболее тяжелыми осложнениями операций на желчном пузыре, желудке и двенадцатиперстной кишке являются повреждение и структура внепеченочных желчных протоков, лечение которых представляет собой сложную задачу хирургической гепатологии. Техника операций совершенствуется с каждым днем, но повреждения желчевыводящих путей не уменьшились. При холецистэктомии жалобы, трактуемые как проявление синдрома ПХЭС, сохраняются или усиливаются, что приводит к значительному снижению качества жизни больных. приходит и увеличивает затраты на лечение и реабилитацию. На основании данных клинικο-морфологического исследования предложены пути профилактики постхолецистэктомического синдрома при лапароскопической и традиционной холецистэктомии и повышения качества хирургической помощи больным желчнокаменной болезнью.

ANNOTATION OF MONOGRAPHY

Acute cholecystitis occurs in people of all ages, but most often affects people over 50 years of age. Elderly (60-74 years) and elderly (over 75 years) patients account for 50% of all cases. Among them, the ratio of men to women is 1:5. The main cause of acute inflammation and necrobiotic processes in the wall of the gallbladder is an increase in intravesical pressure to 200-300 mm. A significant number of gallstone carriers (60-80% of gallstones and 10-20% of common bile ducts) may not have any complaints. However, carriage of stones should be considered rather as a period of cholelithiasis, since within 10-15 years after the initial discovery of "silent" stones, 30-50% of patients develop other clinical forms of cholelithiasis and its

complications. For stone-bearing stones, the chance of developing symptoms is about 2-3% per year. Complaints in the dyspeptic form are associated with disorders of the gastrointestinal tract. Patients occasionally or constantly, more often after eating, note a feeling of heaviness in the epigastric region, flatulence, loose stools, nausea and bitterness in the mouth. In its pure form, this form of gallstone disease is rare, since an objective examination can reveal pain points in the epigastrium and right hypochondrium.

Biliary colic is the most common (75%) clinical form of gallstone disease.

The clinical picture of manifestations of PXES has such a wide polymorphism that it is difficult to systematize it. After removal of the gallbladder, the combined effect of several factors may be observed that disrupt the normal functioning of the sphincter apparatus of the biliary tract, therefore, when making a diagnosis, it is necessary to give it a full description showing its size and correctness. . Preoperative elimination of obstructive jaundice in case of violation of the extrahepatic bile ducts (usually by endoscopic papillosphincterotomy) and the second stage - cholecystectomy.

After cholecystectomy, there are a number of factors that influence the normal functioning of the sphincter apparatus of the biliary tract, and it is necessary to fully characterize the type and extent of surgical intervention, the nature and location of organic and functional disorders. The most severe complications of operations on the gallbladder, stomach and duodenum are extrahepatic injuries of the biliary tract, the treatment of which represents a complex problem in surgical hepatology. According to the scientific literature, the frequency of long-term results after cholecystectomy is 4%, good 60-90%, satisfactory 12-26%, unsatisfactory 2-11%. The advantage of LCE is minimal trauma, reduction of bed days by 2-3 times, reduction of the rehabilitation period, however, an important criterion for the effectiveness of new medical technologies is the postoperative quality of life of patients in the department.

Our country is also implementing certain comprehensive measures aimed at developing the medical field, in particular at reducing functional and organic

disorders of the digestive organs and their complications, as well as improving and preventing methods of treating diseases. results are achieved.

Scientific news. A comparative morphometry of the intrahepatic and extrahepatic bile ducts was carried out before and after traditional cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy.

Morphofunctional changes in the bile ducts and sphincters located inside and outside the liver were studied after traditional and laparoscopic cholecystectomy in patients with cholelithiasis.

A histochemical study of the gallbladder wall revealed that it is important to determine the degree of transition to the tumor process based on a special protein located in the cell nucleus and exhibiting its proliferative activity, a protein that blocks cell apoptosis. and dysplasia, indicating the transformation of a normal cell into a tumor cell.

Practical significance: ultrasound is used to improve the diagnosis of cholelithiasis, morphometry of the intrahepatic and extrahepatic bile ducts, objectify emergency surgical instructions and reduce the number of “forced” interventions.

After cholecystectomy, there are a number of factors that disrupt the normal functioning of the sphincter apparatus of the biliary tract, and it is necessary to give a complete description indicating the type and size of the surgical intervention performed, the nature and location of organic and functional changes. disorders. The most severe complications of operations on the gallbladder, stomach and duodenum are damage and structure of the extrahepatic bile ducts, the treatment of which is a difficult task in surgical hepatology. The surgical technique is improving every day, but damage to the biliary tract has not decreased. During cholecystectomy, complaints interpreted as a manifestation of PXES syndrome persist or intensify, which leads to significant significant reduction in the quality of life of patients. comes and increases the costs of treatment and rehabilitation. Based on data from a clinical and morphological study, ways to prevent postcholecystectomy syndrome during laparoscopic and traditional cholecystectomy and improve the quality of surgical care for patients with cholelithiasis have been proposed.