

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР КАЛКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Раджабов Анвар Исломович

Мансуров Бакиджан

anvarbek7788@gmail.com

АЛФРАГАНУС УНИВЕРСИТЕТИ.

Тошкент

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15367082>

Аннотация. Ушбу илмий мақола холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни минимал инвазив усулларни такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашга бағишланган. Тадқиқот натижалари холедохолитиаз билан оғриган беморларни даволашнинг янада самарали усулини ишлаб чиқишга олиб келди, бу жарроҳлик амалиёти давомидаги ва амалиётдан кейинги асоратларни камайтиришга, шунингдек амалиёт давомийлиги ва касалхонада бўлиш муддатини қисқартиришга ёрдам берди. Мақола 2020-2024 йиллар давомида Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлиги Тиббиёт бошқармаси Марказий госпиталининг умумий жарроҳлик бўлимида даволанган холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни ретроспектив ва истиқболли ўрганишга асосланган.

Калит сўзлар: ўт тош касаллиги, холедохолитиаз, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, эндоскопик папиллосфинктеротомия.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Аннотация. Данная научная работа посвящена улучшению результатов лечения пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, путем совершенствования малоинвазивных методов. Результаты исследования привели к разработке более эффективного метода лечения пациентов с холедохолитиазом, который помог уменьшить осложнения во время и после операции, а также сократить продолжительность операции и продолжительность пребывания в стационаре. Статья основана на ретроспективном и многообещающем исследовании пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, проходивших лечение в отделении общей хирургии Центрального госпиталя медицинского департамента Министерства внутренних дел Республики Узбекистан за 2020-2024 годы.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

OPTIMIZATION THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS, WHICH IS COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

Abstract. This scientific article is devoted to improving the results of treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis by improving minimally invasive methods. The results of the study led to the development of a more effective method of treatment of patients with choledocholithiasis, which helped to reduce complications during and after surgery, as well as shorten the duration of the operation and the length of stay in the hospital. The article is based on a retrospective and prospective study of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis treated at the General Surgery Department of the Central Hospital of the Medical Department of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan during 2020-2024.

Keywords: gallstone disease, choledocholithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic papillosphincterotomy.

Кириш

Долзарблиги. Бутун дунёда ўт тош касаллиги ҳақли равишда энг кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади ва атеросклероздан кейин иккинчи ўринда туради ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ошқозон ярасини ортда қолдиради. Шу муносабат билан, ўт тош касаллигини даволаш замонавий жарроҳликнинг энг муҳим муаммоларидан биридир[1,7]. Турли муаллифларнинг фикрига қўра, ўт тош касаллиги турли ёшдаги аҳолининг 10 дан 40 фоизигача касалланади. Шошилиш жарроҳликда ўткир калкулёз холециститда турли ёш гуруҳларида ўлим 1 дан 50% гача ёки ундан кўп[4]. Ўткир яллиғланиш ҳолатлари бартараф этилгани фонида беморларни комплекс текшириш ва тайёрлашдан сўнг бажарилган режали ва кечиктирилган амалиётлардан кейин ўлим 0,5—1% дан ошмайди[5,8].

Дунёнинг барча мамлакатларида сўнгги ўн йил ичида беморлар сони тахминан икки барабар кўпайди. Ўт тош касаллиги билан касалланишнинг кўпайиши унинг мураккаб шакллари частотасининг ошиши билан бирга келади. Ўт тош касаллиги аёлларда эркакларникига қараганда 2-6 барабар кўп учрайди. Кенг қўламли эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ўт тош касаллиги ривожланишининг асосий хавф омиллари ирсият, ортиқча вазн, гиперлипидемия ва аёл жинсига мансубликдир[10]. Дунё бўйлаб ҳар йили 2,5 миллионга яқин ўт йўллари амалиётлари (асосан холецистэктомия) амалга оширилади[2,9].

Тадқиқот мақсади: нитроглицерин ва электроактивланган сувли эритма – А (ЭАС-А) ёрдамида минимал инвазив амалиётлар ёрдамида холедохолитиаз билан асоратланган ўткир холецистит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар, тадқиқот усуллари. Беморларнинг клиник хусусиятлари берилган ва ишлатилган воситалар, клиник лаборатория, инструментал тадқиқот усуллари ва беморларни даволаш усуллари тавсифланган.

Иш 2020-2024 йиллар давомида Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлиги тиббиёт бошқармаси Марказий госпиталининг умумий жарроҳлик бўлимида даволанган холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган.

Текширилган 46 беморнинг барчасида холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит бор эди, унинг даволаш мажмуасида, қўлланилган усуллардан ташқари, холедохни электроактивланган сувли эритма – А (ЭАС-А) билан ретроград ювиш –холангитни енгиллаштириш вақтини тезлаштириш учун имконият пайдо қилди.

Барча текширилган беморлар қабул қилинган куни тана ҳарорати ва нафас олиш тезлигини зудлик билан ўлчашди, жигарни объектив текшириш (палпация, перкуссия), ултратовуш текшируви ва керак бўлганда мултиспирал компьютер томографияси ёки қорин бўшлиғи органларининг компьютер томографияси бажарилди. Лаборатория қон тестлари, консерватив умумий қувватловчи ва симптоматик терапия ва минимал инвазив жарроҳликка - эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва литоэкстракция билан эндоскопик папиллосфинктеротомияга тайёргарлик қўрилди.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография холедохолитиазга шубҳа қилинган тақдирда, обструктив сарикликнинг табиатини аниқлаш ва амалиётдан олдин каналларнинг анатомиясини ўрганиш учун ўтказилди. Агар ўт йўлларини блоканиши ёки торайиши аниқланса, қўшимча процедуралар амалга оширилди.:

- 1) ортиқча сафрони олиб ташлаш учун катетерни сақлаш;
- 2) сафро йўлларида ўт тошларини олиб ташлаш;
- 3) сфинктеротомия: умумий ўт йўлининг ташқи очилиши соҳасидаги кичик кесма, бу сафронинг нормал чиқиши ва кичик ўт тошларининг чиқишини таъминлайди.

Эндоскопик папиллосфинктеротомия қўшимча мониторинг учун ишлатиладиган замонавий рентгенография ускуналари билан жиҳозланган амалиёт хонасида амалга

оширилди. Жараён эндоскопик асбоб-ускуналар ва бу кесиш учи бўлди ингичка найча махсус асбоб ёрдамида амалга оширилди.

Асосий манипуляцияларни тугатгандан сўнг, тошлар кўрсатмаларга мувофиқ олиб ташланди ва биопсия олинди.

Электроактивланган сувли эритмани тайёрлаш учун биз Тошкент техника институти ходими С. А. Алёхин томонидан 1998-йилда ишлаб чиқилган НПФ Эсперо-1 қурилмасидан фойдаландик. Эсперо-1 биоэлектроактиватори тиббий ва клиник амалиётда қўлланиладиган дори воситаларини ишлаб чиқариш бўйича Ўзбекистон Республикаси фармацевтика қўмитаси томонидан тасдиқланган ва В. В. Вохидов номидаги илмий-тадқиқот институти ходимлари томонидан кенг қўлланилган.

Барча текширилган беморлар қоникарли ҳолатда 30% гача ва ўртача оғирликда 70% гача қабул қилинди. Кўпгина ҳолларда беморлар иситма, умумий заифлик ва безовталиқ, терлаш, иштаҳанинг пастлиги ва ўнг қовурға остидаги оғриққа шикоят қилдилар.

Ретроград холангиографик аралашув пайтида ўт йўллари таркибидан бактериологик текшириш учун материаллар олинган. Антибиотик терапияси аниқланган микрофлоранинг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Микроорганизмларнинг сезгирлиги "диско-диффузионли" усули билан аниқланди.

Лейкоцитар интоксикация индекси (ЛИИ), нейтрофил лейкоцитларнинг лимфоцитлар, моноцитлар ва эозинофилларга нисбати ва лимфоцитар индекс (ЛИ) ҳам алоҳида баҳоланди.

Эндоген интоксикация даражаси ўрта молекуляр оғирликдаги пептидлар (МСМ) ҳажми (даражаси), тўлқин узунлиги 210 нм бўлди спектрометрия билан баҳоланди.

Қабул қилинган пайтдан бошлаб барча беморларда қондаги умумий билирубин, АЛТ ва АСТ миқдори аниқланди.

Олинган маълумотлар натижаларини математик қайта ишлаш вариацион статистика усуллари ёрдамида амалга оширилди. Вариацион статистика усули арифметик ўртача аниқлаш учун ишлатилган (M), унинг хато (σ), 95% ишонч интервал СИ, талабалар мезон (t) аҳамиятга турли дағажалагда (P). Натижалар $p < 0.05$ да ишончли деб топилди.

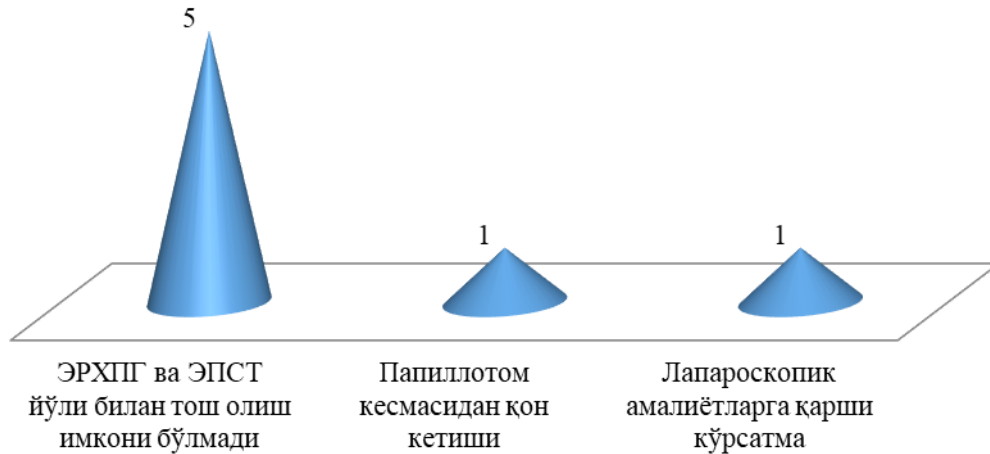
Натижалар ва уларнинг муҳокамалари.

Холангит жараёнини енгиллаштириш вақтини тезлаштириш учун холедохал луменни ретроград ювиш антимикроб, яллиғланишга қарши ва антибактериал ҳаракатлар билан ифодаланган қуйидаги хусусиятларга эга бўлди ЭАС – А электроактивланган сувли эритмаси билан тўлдирилди.

Текширилган 46 беморнинг 41 нафари (89,1%) амалиётнинг биринчи босқичини муваффақиятли ўтказди ва холедохусдан тугунларни тўлиқ олиб ташлаш билан якунланди. ЭРХПГ ва эндоскопик папиллосфинктеротомияни литоэкстракция билан муваффақиятли якунлаш билан амалиётларнинг биринчи босқичининг давомийлиги ўртача $35,4 \pm 1,9$ минутни ташкил этди.

Бундай беморларнинг барчасида зарарланиш ўчоғидаги ўткир яллиғланиш жараёни бартараф этилгандан сўнг, қонда интоксикация ва билирубин кўрсаткичлари нормаллашганлиги сабабли 5-6 кунда жарроҳлик аралашувининг иккинчи босқичи холецистэктомиялар амалга оширилди. Учинчи гуруҳдаги 5 (10,8%) беморларда тошнинг умумий ўт йўлининг юқори қисмида жойлашиши ва ўт йўли деворига тикилиб туриши, мушак тузилмаларининг кучли спазми фонида амалиётнинг биринчи босқичи ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракцияни муваффақиятли тугатиш имкони бўлмаган. 1 (2,1%) ҳолатда техник қийинчиликлар туфайли пайтида биринчи манипуляция вақтида папиллотомиядан кейинги кесмадан қон кетиш кузатилган. 5 (10,8%) беморда ўткир тошли холецистит фонида организмдаги кучли интоксикация ва перитонит мавжудлиги сабабли очиқ усулда холедохолитотомия ва холецистэктомия, антеград йўл билан холедохни дренажлаш бажарилган. 41 (89,1%) беморларнинг биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ ёрдамида тошлар муваффақиятли олиб ташланди, 40 (97,5%) беморда умумий дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши консерватив даводан сўнг, 5-6 кунга келиб кечиктирилган

амалиётлар: холецистэктомия лапароскопик усулда бажарилди. 1 (2,1%) беморда иккинчи босқичда лапароскопик амалиётларга қарши кўрсатма мавжудлиги сабабли, муваффақиятли ЭРХПГ ва ЭПСТ, литоэкстракциядан сўнг 6-кунида очик лапаротомия усули ёрдамида холецистэктомия ўтказилди.



1- расм. III гуруҳ беморларининг тақсимланиши, биринчи босқичда турли сабаблар билан конверсия ва очик усулда амалиёт бажарилди.

Шундай қилиб, учинчи гуруҳ беморларида, фақат 7 (15,2%) ҳолатда, амалиётлар ўрта лапаротомиядан фойдаланган ҳолда очик усулда амалга оширилди (1-расм).

III гуруҳ беморларнинг организмида интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш орқали қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: даволашнинг биринчи кунда тана ҳарорати $38,8 \pm 0,06$ оралиғида ўзгарди. Умумий қон таҳлилида лейкоцитлар миқдори ўртача $8,7 \pm 0,17$ ни ташкил этган. Ўртача молекулаларнинг ҳажми $0,192 \pm 0,011$ оралиғида ўзгарди. Қонда ЭЧТ ва ИЛИ нинг ортиши ҳам кузатилди.

Кўп ҳолларда 44 (95,6%) беморларда механик сариклик фонида холангит ва гипербилирубинемия белгилари намоён бўлди.

Биринчи босқичда турли сабаблар билан конверсия ва очик усулда амалиёт бажарилган беморларда олдинги гуруҳдаги каби, клиник ва жарроҳлик тактикасининг ўзига хос хусусиятлари алоҳида таҳлил қилинди.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва биринчи босқичда литоэкстракция билан эндоскопик папиллосфинктеротомия пайтида ҳисобни олиб ташлашнинг иложи йўқлиги сабабли очик усул билан амалиёт қилинган беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

ЭРХПГ вақтида тошни олиб ташлашнинг имкони бўлмаган учинчи гуруҳдаги 4 беморнинг 2 (50%) тасида конкремент умумий ўт йўлининг юқори учлигида, 1 (25%) тасида умумий ўт йўлининг ўрта учлигида жойлашган, 1 (25%) тасида конкремент умумий ўт йўлининг пастки учлигида жойлашган.

Ушбу беморларнинг барчасида тошларнинг ўлчами 7-8 мм.дан кам бўлмаган, бу 30-40 дақиқа давомида ЭРХПГ ва ЭПСТ, литоэкстракциянинг бажариш муваффақиятсиз бўлишининг асосий сабаби бўлди. Шу муносабат билан манипуляцияни тўхтатиш ва белгиланган очик усулдаги амалиётдан олдинги тайёргарликдан сўнг шошилиш кечиктирилган лапаротомияга ўтишга қарор қилинди.

Ушбу гуруҳдаги беморларда очик амалиётларнинг ўртача давомийлиги $65 \pm 3,1$ дақиқани ташкил этди.

Қорин бўшлиғидан дренаж найлар 5-6-куни олинди. Даволашнинг 8-9-кунида холедохдан дренаж олинди.

Ушбу гуруҳ беморларнинг организмда интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш орқали куйидаги ўзгаришлар аниқланди: даволашнинг биринчи кунда беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,8 \pm 0,06$ ни ташкил этди. Қон лейкоцитларининг сони ўртача $8,7 \pm 0,17 \times 10^9/\text{л}$ бўлди. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,192 \pm 0,011$ бирликни ташкил этди. Худди шундай, ИЛИ ва ЭЧТ ўсиши қайд этилди.

Кейинги даволаниш ва кузатиш давомида саккизинчи кунга келиб, қон ЭЧТ дан ташқари барча таҳлил қилинган интоксикация кўрсаткичлари нормал қийматда бўлди. Бу натижага биринчи ва иккинчи гуруҳдаги беморлар учун тегишли кўрсаткичлардан ўртача икки кун олдин эришилди.

Беморларнинг аҳволини баҳолашнинг куйидаги лаборатория мезонлари биокимёвий кўрсаткичлар ўрганилди: қондаги билирубин, АЛТ, АСТ (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларнинг қон биокимёвий кўрсаткичлари динамикаси, биринчи босқичда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция имконсизлиги сабабли беморларда очик усулда амалиёт бажарилган (n=6).

Кўрсаткичлар	1-кун	3-кун	5-кун	8-кун	12-кун
Умумий билирубин	$99,3 \pm 2,7$	$28,3 \pm 1,9^{**}$	$19,4 \pm 1,1^{**}$	$17,9 \pm 1,3^{**}$	$17,7 \pm 1,1^{**}$
Билирубин бевосита	$80,2 \pm 2,6$	$11,4 \pm 1,2^*$	$5,7 \pm 0,9^{**}$	$3,3 \pm 0,3^{**}$	$2,1 \pm 0,1^{**}$
Билирубин билвосита	$19,1 \pm 1,8$	$16,9 \pm 1,3^*$	$14,9 \pm 1,1^{**}$	$14,6 \pm 1,3^{**}$	$14,6 \pm 0,4^{**}$
АЛТ	$49,9 \pm 2,9$	$41,1 \pm 2,3^{**}$	$35,7 \pm 0,8^{**}$	$34,1 \pm 1,3^{**}$	$33,7 \pm 0,8^*$
АСТ	$48,1 \pm 1,9$	$39,1 \pm 1,1^{**}$	$29,8 \pm 0,8^{**}$	$36,7 \pm 1,2^{**}$	$26,4 \pm 0,7^{**}$

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқларнинг аҳамияти сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Барча биокимёвий кўрсаткичлар бешинчи кун ва ундан кейин нормаллашишга мойил бўлиб, 7-8 кун ичида улар нормал диапазонда эди.

Ушбу тоифадаги беморлар учун стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги $12 \pm 1,2$ кунни ташкил этди.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, бу гуруҳ беморларда, биринчи босқичга ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция муваффақиятли бўлишига қарамасдан, қорин бўшлиғида лапароскопик аралашувларга мавжуд бўлди қарши кўрсатмалар туфайли, бир беморда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция амалиётдан бир кун ўтгач, тегишли амалиётдан олдинги қисқа тайёргарлик сўнг очик усулда холецистэктомия бажарилди. Жарроҳлик амалиёти умумий анестезия остида, юқори-ўрта лапаротомия орқали амалга оширилди. Жарроҳлик амалиёти давомийлиги $65 \pm 3,1$ дақиқа ташкил этди. Амалиётдан кейинги дастлабки давр муаммосиз ўтди. Амалиётдан кейинги 5-куни қорин бўшлиғидан дренаж най олинди. Бемор даволанишнинг 9-кунида касалхонадан чиқарилди.

Шуни таъкидлаш керакки, ушбу гуруҳдаги беморларнинг қиёсий таҳлилида амалиётлар давомийлиги олдинги гуруҳлардаги беморларнинг амалиётлари давомийлигидан сезиларли даражада фарқ қилмади. Ушбу тоифадаги барча беморларда ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция бажариш имкони бўлмаганлиги сабабли бир хил жарроҳлик тактикалари қўлланилди.

Иккинчи босқичда Лапароскопик усул билан амалиёт бажарилган беморларнинг даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Юқорида қайд этилганидек, асосий гуруҳдаги беморларнинг 41(89,1%) нафаридан биринчи босқичда ЭРХПГ ва ЭПСТ ёрдамида литоэкстракция ёрдамида муваффақиятли

бажарилди ва умумий дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши консерватив даводан сўнг 40 (86,9%) нафарида 5-6 кунларда кечиктирилган амалиётлар: лапароскопик усулда холецистэктомия амалга оширилди.

Бир беморда лапароскопик амалиётга қарши кўрсатма бўлганлиги сабабли традицион холецистэктомия амалга оширилди.

Лапароскопик усулда амалиёт бажарилган шу гуруҳдаги текширилган беморлар организмининг интоксикация кўрсаткичлари натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, даволанишнинг биринчи кунда беморларнинг тана ҳарорати ўртача $38,8 \pm 0,06^\circ\text{C}$ ни ташкил этди. Қонда лейкоцитлар миқдори ўртача $8,7 \pm 0,14 \times 10^9/\text{л}$. Ўртача молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,192 \pm 0,016$ бирликни ташкил этган. Худди шундай, ИЛИ ва ЭЧТ ошиши қайд этилди.

Кейинги даволаниш ва кузатувнинг ўнинчи кунда, қон ЭЧТ кўрсаткичидан ташқари барча таҳлил қилинган интоксикация кўрсаткичлари нормал даражада бўлди.

Беморларнинг аҳолини баҳолашнинг қуйидаги лаборатория мезонлари биокимёвий кўрсаткичлар ўрганилди: қондаги билирубин, АЛТ, АСТ (2-жадвал).

2-жадвал

III гуруҳдаги беморларда қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари динамикаси, лапароскопик усулда амалиёт бажарилган (n=22).

Кўрсаткичлар	1-кун	3-кун	5-кун	8-кун	12-кун
Умумий билирубин	$98,9 \pm 2,9$	$22,2 \pm 1,3^{***}$	$18,1 \pm 1,1^{**}$	$17,3 \pm 1,2^{**}$	$17,1 \pm 1,46^{**}$
Тўғридан-тўғри билирубин	$79,9 \pm 1,9$	$6,7 \pm 0,8^*$	$3,1 \pm 0,4^{**}$	$2,7 \pm 0,3^{**}$	$1,8 \pm 0,3^{**}$
Билвосита билирубин	$19,0 \pm 1,1$	$15,5 \pm 1,1^*$	$15,0 \pm 0,12^{**}$	$14,6 \pm 0,3^{**}$	$15,8 \pm 0,4^{**}$
АЛТ	$40,7 \pm 1,3$	$39,4 \pm 1,1^{**}$	$33,4 \pm 2,1^{**}$	$30,0 \pm 1,2^{**}$	$30,0 \pm 1,3^*$
АСТ	$46,1 \pm 2,3$	$32,1 \pm 1,8^{***}$	$26,9 \pm 1,3^{***}$	$26,7 \pm 0,9^{***}$	$26,4 \pm 1,1^{***}$

Эслатма: * - олдинги кун маълумотларига нисбатан фарқларнинг ишончлилиги сезиларли (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Бу кўрсаткичлар бешинчи кун ва ундан кейин нормаллашишга мойил бўлди ва 5-6 кунларда улар нормал чегарада бўлди.

Шундай қилиб, III гуруҳ беморларида олиб борган тадқиқотимиз уларни I ва II гуруҳдаги беморларни даволаш натижалари билан қиёсий таҳлил қилганда муҳим амалий аҳамиятга эга бўлди қуйидаги хусусиятларни аниқланди: (3-жадвал).

3-жадвал

Беморларнинг асосий кўрсаткичлари натижалари

№	Кўрсаткичлар	Беморлар гуруҳлари
		ИИИ (n=46)
1	Тошни эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия ёрдамида олиб ташлаш мумкин эмас эди	5 (10,8%)
2	Муваффақиятли эндоскопик ретроград холангиопанкреатография ва литоэкстракция билан эндоскопик папиллосфинктеротомия сони	41 (89,1%)

3	Папиллотомия кесмасидан қон кетиш	1(2,1%)
4	Очиқ холедохотомия билан мажбурий бир босқичли холецистектомия	5(10,8 %)
5	Лапароскопик холецистектомияга қарши кўрсатмалар	1(2,1%)
6	Муваффақиятли ЕРСГ ва литоэкстракция билан эндоскопик папиллосфинктеротомиянинг ўртача давомийлиги	35,4±1,9 мин
7	Иккинчи босқичда очиқ холецистектомия амалиётлари сони	1(2,1%)
8	Лапароскопик холецистектомиялар сони	40 (86,9%)
9	очиқ усул билан бажариладиган амалиётларнинг ўртача давомийлиги	65±3,1 мин
10	Қорин бўшлиғидан дренаж найчаларини олиб ташлаш вақти.	5-6 кунлар
11	Лапароскопик усули билан амалга оширилган амалиётлар ўртача давомийлиги	46,3±2,7 мин
12	Узоқ муддатли холангит билан оғриган беморлар сони	-
13	Билирубинни нормаллаштириш вақти	3-кун
14	Инттоксикация кўрсаткичлари нормаллаштириш вақти	3-4 кун
15	Ётоқ кунларининг ўртача узунлиги	8,4±1,7

ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция ёрдамида умумий ўт йўлидан тош олиб ташланганидан кейин 3-4 кун ичида ЭАС-А ёрдамида ретроград санация ва умумий ўт йўлини назобилиар зонд орқали лаваж қилш узоқ муддатли холангитнинг асоратларини 17,7% га камайтирди, умумий билирубинни нормаллашиш вақтини ва организмнинг интоксикациясини 8 кундан 3-4 кунгача тезлаштирди.

Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда нитроглицеринни қўллаш ва ЭАС-А нинг электрфооллаштирилган сувли эритмаси билан ретроград санация ва лаваж қилиш даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам берди ва беморларнинг ушбу тоифаси учун стационар даволаниш муддатини 12,6 дан 8,4 кунгача қисқартирди. Буларнинг барчаси таклиф этилган ҳамда иқтисодий жиҳатдан самарали бўлган даволаш усулини клиник амалиётда кенг қўллашни тавсия этиш имконини берди.

Хулоса. Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда анъанавий эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, папилосфинктеротомия ва литоэкстракцияни, кейин эса холецистэктомияни қўллаш 25,8% гача тошни муваффақиятли олиб ташлаш имконини бермайди. 9,7% ҳолларда папиллотомия кесмасидан қон кетиши кузатилади, шунинг учун беморларнинг 35,5% да мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга бажарилади, муваффақиятли ЭРХПГнинг ўртача давомийлиги 52,2±2,8 минутни ташкил этади. Бунда билирубин ва интоксикация кўрсаткичларини нормаллашишининг ўртача вақти 8-9 кунни ташкил этади.

Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $12,6 \pm 1,8$ кун, бу эса даволаш усулларини такомиллаштиришга қаратилган қўшимча чора-тадбирларни ишлаб чиқишни талаб қилади. ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция бажараётганда нитроглицеринни қўлланилиши натижаларга ижобий таъсир кўрсатади, бунда муваффақиятсиз ЭРХПГ сони 25,8% дан 11,5% гача камаяди, мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга 35,5% дан 17,3% гача камаяди.

Муваффақиятли ЭРХПГнинг ўртача давомийлиги $52,2 \pm 2,8$ дақиқадан $32,8 \pm 2,4$ дақиқাগача қисқаради. Икки босқичли амалиётлар сони 64,5% дан 82,6% гача ошади.

Амалиёт вақтидаги қон кетиш асоратлари 9,7% дан 5,7% гача камаяди. Билирубин ва интоксикация кўрсаткичларини нормаллашишининг ўртача вақти 5-7 кунни ташкил этади. Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $10 \pm 1,2$ кунни ташкил этади. Холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда кам инвазив усуллардан ЭРХПГ, ЭПСТ ва литоэкстракция бажаришда нитроглицерин ва ЭАС-А дан фойдаланиш даволаш натижаларига янада самарали таъсир кўрсатади, бунда муваффақиятсиз ЭРХПГ сони 25,8% дан 10,8% гача, мажбурий бир босқичли холецистэктомия холедохолитотомия билан бирга 35,5% дан 10,8 % гача камаяди. Муваффақиятли ЭРХПГнинг ўртача давомийлиги $52,2 \pm 2,8$ дақиқадан $35,4 \pm 1,9$ дақиқাগача қисқаради. Икки босқичли амалиётлар сони 64,5% дан 89,1 % гача ошади. Амалиёт вақтидаги қон кетиш асоратлари 9,7% дан 2,1 % гача камаяди. Билирубин ва интоксикация кўрсаткичларини нормаллашишининг ўртача вақти 3-4 кунни ташкил этади. Бундай беморлар учун ўрин кунларининг ўртача давомийлиги $8,4 \pm 1,2$ кунни ташкил этади. Тадқиқот натижаларининг қиёсий таҳлилини ҳисобга олган ҳолда холедохолитиаз билан асоратланган ўткир тошли холециститли беморларни даволашда кам инвазив жаррохлик усулларини бажаришда нитроглицерин ва ЭАС-А фойдаланган ҳолда даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилди.

REFERENCES

1. Zhang X, Yang L, Cui L, Li H, Wang X. A new method for predicting SIRS after percutaneous transhepatic gallbladder drainage. //Sci Rep. 2023 Dec 6;13(1):21523. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Gadacz TR. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines.// J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):15-26.
2. Sugrue M, Huan H, Skelly B, Watson A. Emergency Cholecystectomy in the Elderly. In: Latifi R, Catena F, Coccolini F, editors. Emergency General Surgery in Geriatrics [Internet]. //First. Springer; 2021. pp. 407–418.
3. Reddy S, Jagtap N, Kalapala R, Ramchandani M, Lakhtakia S, Basha J, Nabi Z, Karyampudi A, Chavan R, Tandan M, Gupta R, Reddy DN. Choledocholithiasis in acute calculous cholecystitis: guidelines and beyond. //Ann Gastroenterol. 2021;34(2):247-252.
4. Бауткин, А. В. Проблема интра-и послеоперационных осложнений при лечении острого калькулезного холецистита и способы их профилактики /А. В. Бауткин, М. Ф. Черкасов, А. А. Елеев // Медицинский вестник Юга России.– 2012. – № 3. – С. 4-6.
5. Быстров, С. А. Миниинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой / С. А. Быстров, Б. Н. Жуков // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. – С. 87-89.
6. Луговой А.Л. и соавт. Значение лапароскопической холедохолитотомии в лечении холецистохоледохолитиаза//Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломого образования - Том 3 № 3 2011 – с. 31-35.

7. Абдуллоев Д. А., Камилов Г. Т., Билолов М. К. Острый гангренозный калькулезный холецистит при гигантском желчном пузыре //Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – №. 1. – С. 133-135
8. Арзиев И. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2024. – Т. 5. – №. 1. – С. 168-173.
9. Хаджибаев Ф.А. и др. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите //Вестник экстренной медицины. – 2018. – №. 3.
10. Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи //Скорая медицинская помощь. – 2018. – Т. 19. – №. 1. – С. 31-35.