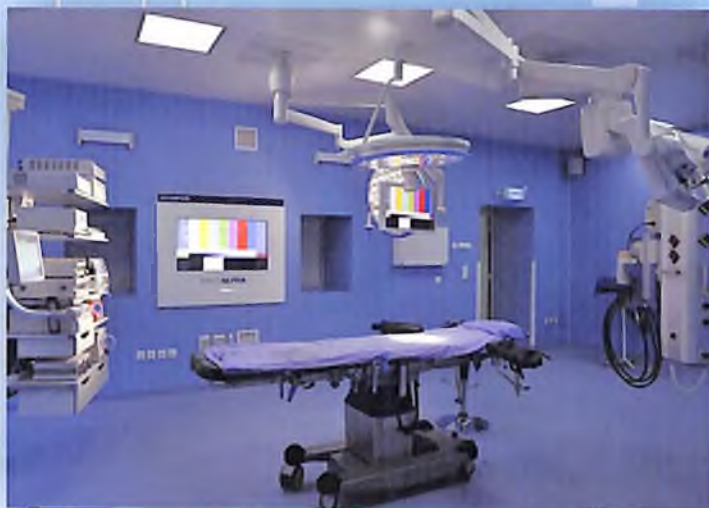


**А.С.БАБАЖАНОВ, А.С.СТОИРОВ,  
А.И.АХМЕДОВ, Ж.Қ.ТҰХТАЕВ**

# **МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ**



**ТОШКЕНТ - 2023**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

А.С.БАБАЖАНОВ, А.С.ТОИРОВ, А.И.АХМЕДОВ, Ж.Қ.ТЎХТАЕВ

**МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ**

(Монография)



“ҚАМАР МЕДИА” НАШРИЁТИ  
ТОШКЕНТ – 2023

УЎК 616.361-08  
КВК 54.13  
М 45

**А.С.Бабажанов, А.С.Тоиров, А.И.Ахмедов, Ж.К.Тўхтаев.** Механик сарикликни хирургик даволаш. Монография. – Тошкент: “Қамар медиа” нашриёти, 2023, 80 бет.

**Муаллифлар:**

А.С.Бабажанов	т.ф.н, доцент, СамДТУ Педиатрия факультети Хирургик касалликлар кафедраси мудир
А.С.Тоиров	СамДТУ Педиатрия факультети Хирургик касалликлар кафедраси катта ўқитувчиси
А.И.Ахмедов	PhD., СамДТУ Педиатрия факультети хирургик касалликлари кафедраси ассистенти
Ж.К.Тўхтаев	СамДТУ Педиатрия факультети хирургик касалликлари кафедраси ассистенти

**Тақризчилар:**

Ю.С.Эгамов	т.ф.д., проф. Андижон давлат тиббиёт институти хирургик касалликлари ва фуқиро муҳофазаси кафедрасининг мудир
Х.К.Карабасв	т.ф.д. Самамарқанд давлат тиббиёт университети 2-сон хирургик касалликлари кафедрасининг профессори

**Аннотация:** монографияда ўт пуфаги ва ўт йўллари анатомияси, физиологияси, механик сарикликнинг келиб чиқишидаги хавфли омилларни аниқлаш мезонлари, механик сарикликнинг клиник кечиши ва диагностикаси замонавий ёндошувлар асосида ёритилган бўлиб, бу амалиётдаги охириги маълумотлар билан тўлдирилган. Монография амалий йўналишга эга бўлиб, ўқувчиларга механик сарикликка хос симптомларни, қўшимча текшириш усулларининг аҳамиятини ўрганишга ёрдам беради. Шунингдек механик сарикликнинг замонавий даволаш усуллари ва уларнинг амалиётга жориш қилиниш жиҳатлари келтириб ўтилган. Бундан ташқари, клиник ва диагностикак ёндошувлар асосида механик сарикликнинг келиб чиқишини эрта аниқлаш ва профилактика қилиш бўйича алгоритмлар тузилган ва бу амалиётдаги врачлар учун муҳим дастур бўлиб хизмат қилади.

Монография ўқув адабиёти сифатида умум амалиёт шифокорлари, хирурглар ва тиббиёт олийгоҳларининг юқори курс талабалари, магистрлар ва клиник ординаторлар учун мўлжалланган.

**ISBN 978-9943-9206-7-5**

© “Қамар медиа” нашриёти

## МУНДАРИЖА

<b>ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ</b> .....	4
<b>КИРИШ</b> .....	5
<b>I БОБ. МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ МУАММОЛАР ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ</b> .....	7
1.1. Ўт чиқариш йўллари анатомик тузилиши ва ўт физиологияси.....	7
1.2. Механик сариқлик: Жигардаги морфологик ва функционал ўзгаришлар.....	10
1.3. Механик сариқликнинг замонавий диагностика усулларини таҳлил қилишдаги солиштирма маълумотлар .....	14
1.4. Механик сариқлик ва жигар етишмовчилигининг оғирлик даражасини баҳолашнинг асосий мезонлари .....	17
1.5. Механик сариқликда замонавий хирургик даво тактикалари .....	19
1.6. Механик сариқлик билан оғирган беморларда детоксикацион терапиянинг роли ва аҳамияти .....	25
<b>II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ</b> .....	30
2.1. Текшириш материаллари .....	30
2.2. Инструментал текшириш усуллари .....	34
2.2.1. Тери-жигар холаангиографияси (ТЖХГ).....	36
2.2.2. Эндоскопик ретроград панкреатохолаангиография (ЭРПХГ).....	37
2.3. Плазманинг бевосита электрохимик детоксикация усуллари.....	38
2.4. Радиогенитография .....	38
2.5. Лаборатор текшириш усуллари.....	39
<b>III БОБ. МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ БОСКИЧИДА ЭНДОТОКСИКОЗНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШДА ПЛАЗМАФАРЕЗНИНГ АҲАМИЯТИ</b> .....	42
3.1. Экстракорпорал детоксикация модификация усули ўтказишнинг аҳамияти .....	44
3.2. Эндотоксикоз билан асоратланган механик сариқлик билан оғирган беморларда антиоксидант тизим ферментлари ва липид пероксидация жараёнига кўри плазмафарез самарадорлигини баҳолаш .....	46
3.3. Эндотоксикоз даражаси ва детоксикацияда қўлланган усулларда экстракорпорал детоксикация эффективлигини баҳолаш .....	48
3.4. Эндотоксикоз билан асоратланган механик сариқлик билан оғирган беморларда операциядан олдинги тайёрлашда профилактик экстракорпорал детоксикация.....	51
3.5. Механик сариқлик билан оғирган беморларда операциядан кейинги жигар етишмовчилиги профилактикасида плазмафарезнинг имкониятлари ...	54
<b>ХУЛОСА</b> .....	59
<b>АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ</b> .....	65

## ИШЛАТИЛГАН ҚИСҚАРТМАЛАР РҮЙХАТИ

АЛАТ	Аланинаминотрансфераза
АсАТ	Аспартатаминотрансфераза
ГДА	Гепатикодуоденоанастомоз
ГХ	Гепатикохоледох
ГЭА	Гепатикоэнтероанастомоз
ОИТ	Ошқозон ичак тракти
ЛХЭ	Лапароскопик холецистэктомия
МС	Механик сариклик
БЭХД	Билвосита электрохимик детоксикация
БЭХО	Билвосита электрохимик оксидланиш
УЖБЕ	Ўткир жигар буйрак етишмовчилиги
ПФ	Плазмафарез
ПВП	Поливинилпирролидон
РФП	Радиофармологик препарат
ТПСП	Трансдуоденаль папиллосфинктеропластика
УТТ	Ультратовуш текшириш
ХДА	Холедоходуоденоанастомоз
ХЕА	Холецистоеюноанастомоз
ХЭ	Холецистэктомия
ТЖХГ	Тери орқали жигар холангиографияси
ИФ	Ишқорий фосфатаза
ЭРПХГ	Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография
ЭКД	Экстракорпорал детоксикация

## КИРИШ

Механик сариклик - бу ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилиши ва ичакларга ўт тушишининг тўхташи натижасида келиб чиқадиган клиник симптомлар йиғиндиси, барча сарикликларнинг 45-50% ида учрайди. Охириги йилларда гепатологиядаги янги текширишлар механик сариклик ҳақидаги тушунчаларимизни сезиларли равишда яхшилади. Ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилишининг сабаблари кўп бўлишига қарамадан, жигар етишмовчилигининг ривожланиш патогенези неспецифик характерга эга ва бу ўзгаришларнинг асосий аҳамияти этиологик сабаблари бир хиллигидир.

Ҳозирги кунда механик сарикликни даволаш натижаларини яхшилаш нафақат оператив даволашнинг техник жиҳатини такомиллаштириш, балки, холемик ва яллиғланиш интоксикациялари натижасида ривожланадиган асоратлар ва ўлим кўрсаткичини камайтиришни ўз олдига мақсад қилиб қўйган. Кўпчилик муаллифларнинг фикрига кўра, беморларнинг операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги даврда интенсив даво муолажалари олиб бориш, токсик метаболитларни йўқотиш, детоксикациянинг эфферент методлари- лимфо-, энтеросорбция, плазмафарез каби усулларни қўллаш бирламчи масала ҳисобланади.

Айни вақтда, сорбцион детоксикацион терапия қондан нафақат токсинларни, балки ҳаётий муҳим моддаларни ҳам йўқотади ва иммунитетни тушишига сабаб бўлади. Сорбцион детоксикация усулларида, гравитацион детоксикация усуллари беморларни операциягача тайёрлаш ва операциядан кейинги профилактикасида эффектив ҳисобланади.

Плазмафарез (ПФ), ёрдамчи терапиянинг кўп текширилган методларидан ҳисобланади. Узок холемик интоксикация давридаги беморларга нисбатан плазмафарезни қўллаш чегараланган бўлиб, бу бир катор объектив ва субъектив омилларга боғлиқ. Гепатоцеллюляр етишмовчилик патогенезидан келиб чиққан ҳолда цитолитик ва мезенхималь зарарланишлар полиорган етишмовчилик

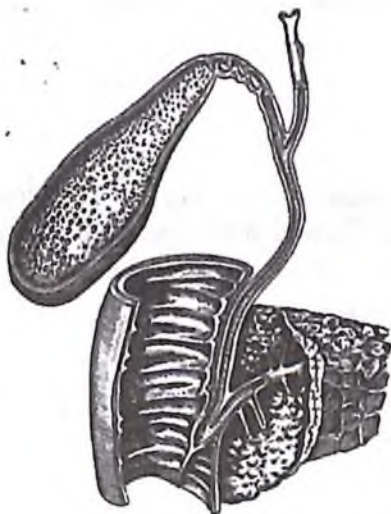
ривожланишида етакчи факторлардан бири ҳисобланади, қон ивиш системасининг юқори активлик жараёни, тромбоцитлар, қон ивиш фактори ривожланишининг бошланғич босқичини характерлайди. Детоксикациянинг ушбу мукаммаллашган ва модифицирланган тури уни хирургик амалиётда кенг қўлланилишига олиб келади.



# І БОБ. МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ МУАММОЛАР ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ

## 1.1. Ўт чиқариш йўллари анатомик тузилиши ва ўт физиологияси

Ўт халтаси узунлиги 6-9 см, сизими 40-100 мл бўлган ноқсимон шаклдаги аъзодир. Ўт халтасини тана ва туби мавжуд бўлиб, умумий ўт йўлига бўйинчаси билан қўшилади, бу ерда кенгайган қисм-Гартман қопчаси тафовут қилинади.



1.1-расм. Ўт пуфағи ва ташқи ўт йўллари

жигардан ташқи ўт йўллари:

-жигар ўнг ва чап бўлақлари ўт йўли;

-умумий жигар ўт йўли иккала жигар бўлақлари ўт йўллари қўшилган жойигача бўлган қисм;

-ўт халта йўли;

-умумий ўт йўли, умумий жигар ўт йўлига ўт пуфағи йўли қўшилган жойдан кейинги қисмидир.



умумий ўт йўлининг узунлиги 4-8 см, кенглиги 5-10 мм бўлади.  
умумий ўт йўлининг куйидаги анатомик қисмлари тафовут  
қилинади:

- супрадуоденал (12 бармоқ ичакдан юкори) қисми;
- ретродуоденал қисми (12 бармоқ ичак орқаси);
- ретропанкреатик (ошқозон ости безига қўшилган) қисми;
- интрамурал (12 бармоқ ичак девори ичидаги) қисми;

умумий ўт йўли ўн икки бармоқ ичакка Фатер сўрғичи орқали (катта дуоденал сўрғич) очилади, баъзан умумий ўт йўли Вирсунг йўли билан биргаликда очилади. Ўт йўлларида келаётган ўтнинг вақти-вақти билан ўн икки бармоқ ичакка тушишини Одди сфинктери бошқариб туради.

Ўт йўллари хусусий жигар артерияси орқали қон билан таъминланади. Асабланиш сайёр нерв ва қуёш чигалидан бошқарилади.

Бир кеча-кундузи нормал одам жигаридан 1200-1500 мл ўт-сафро ишлаб чиқарилади. Ўтнинг 67% сувдан иборат бўлиб, қолган қисмини ёғлар, (холестирин, фосфолипид, ўт кислотаси) билирубин, электролитлар, углевод ташкил қилади.

Ўт-сафро ўт ҳалтасига тушгач, унинг сув, электролитлар, эрувчи липидлар (ўт кислотаси, фосфолипид) нинг қайта сўрилиши ҳисобига 5-10 марта қуюклашади.

Жигардан ўт суюқлиги ажралиб чиқади, дастлабки ажралиш босими 300 мм.сув устунига тенг. Жигар ўт йўлларида у 150-200 мм. сув устунигача пасаяди. Ўт ҳалтасининг тинч ҳолатдаги босими 100-140 мм.сув устунига тенг бўлса, у қисқарганда эса босим 250-300 мм.сув устунигача ошади. Ўт-сафро ўт ҳалатасидан умумий ўт йўлига чиқади, ундан Фатер сўрғичи орқали ўн икки бармоқ ичакка тушади. Ўн икки бармоқ ичакдаги босим эса 330-500 мм.сув устунини ташкил қилади.

Ўт тошларининг таркибига ўтда бўлган ҳамма моддалар қиради. У ёки бу хил моддаларнинг кўплигига қараб тошлар холестеринли, пигментли (пигмент-оҳакли) ва аралаш турларга бўлинади.



1.2-расм. Жигарнинг юқориги юзаси



1.3-расм. Жигарнинг пастки юзаси

Холестирилли тошларнинг пайдо бўлишига сабаб, ўтнинг муваққат ҳолатда ушлаб турувчи факторларни етишмаслигидир. Бошқача қилиб айтганда ўт халтасида тош ҳосил қилишга мўлчилиги бўлган ўтнинг тўпланиши туфайли ўтда «яширин етишмовчилик» ўчоғи пайдо бўлади-шу ерга холестериннинг кўпроқ чўкиши тош пайдо қилади.



1.4- расм. Жигар ичи ўт йўллари

Пигмент тошлари эса билурубиннинг гемолитик сариклик туфайли ўтда кўплай

тўпланиши ёки ўтнинг касалликлар (гепатит, цирроз) туфайли таркибий қисмининг ўзгаришидан келиб чиқади.

## 1.2. Механик сариклик: Жигардаги морфологик ва функционал ўзгаришлар

Механик сариклик - бу ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилиши ва ичакларга ўт тушишининг тўхташи натижасида келиб чиқадиган клиник симптомлар йиғиндиси ҳисобланиб, барча сарикликларнинг 45-50% ташкил қилади [11,17,88, 124]. Ичакларга ўт тушишининг бузилиши жигар ва ўт йўлларининг яхши сифатли касалликлари билан бир каторда гепатопанкреодуоденал зона ўсмаларида ҳам кузатилади.

Гепатобилиар соҳа ўтказувчанлигининг бузилиши 75-80% беморларда диагностика қилинади. Бунга қуйидагилар: ўт-тош касалликлари-61,3-73,6%, катта дуоденал сўргич стенози-15-30%, панкреатит-5,4-20% , жигардан ташқари ўт йўлларининг чандикли торайиши-11,8-15%, жигарнинг паразитар касалликлари - 4,0-6,0% сабаб бўлмоқда [8,41,67].

20-25% беморларда эса ўсма сабабли ўт ишлаб чиқарувчи йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши диагностика қилинади. Сариклик чакирувчи гепатопанкреатодуоденал зона ўсмалари жойлашган жойи ва характериға қараб қуйидагича таксимланади: Ошқозон ости безининг бошчасида-46-48,1%, катта дуоденал сўргич - 6,0-16,9%, жигардан ташқари ўт йўлларида-16-20%, жигар дарвозаси соҳаси ва жигардаги метастатик ўсмалар 5,5-8,0%, жигарнинг бирламчи ўсмаси 2,7-4,0% беморларда кузатилди [6,55,96,129].

Маълумки, механик сариклик жигар фаолиятининг сезиларли даражада бузилишиға олиб келади. Бунинг келиб чиқиш сабабларининг кўп бўлишиға қарамасдан, ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилиши, жигар етишмовчилигининг патогенези асосан неспецифик характерға эға бўлиб, барча этиологик сабабларнинг негизи бир хиллигиға асосланган [12,23,55]. Механик сарикликнинг турли даражада юзаға чиқиши жараённинг давомийлигиға боғлиқдир [14,74,124].

Ичакка ўт сафро тушининг бузилиши ўт йўллари гипертензиясига сабаб бўлади, бу эса жигар ичи ўт йўлларининг ва ўт капиллярларининг кенгайиши, бунинг оқибатида уларнинг ёрилиши ва жигар паренхимасига ўт куйилишига олиб келади, жигар сатхи кенгайиб гепатомегалия кузатилади [17,59]. Жигарда қон айланиш ва микроциркуляция бузилиши, портал босимни оширади, натижасида жигар хужайралари цитолизи ва некрози юзага келади [8,83,103].

Билиар трактда босимнинг ошиши портал гипертензия ривожланишига олиб келади [13,42,104]. Бунинг оқибатида жигарда сезиларли гемодинамик ўзгаришлар келиб чиқади, ўт йўллари кенгайиши ҳисобига ўт йўллари сиқилади ва бунинг оқибатида аъзода қон айланиши ва хажмининг камайиши, шунингдек жигар паренхимасида морфологик ўзгаришлар кузатилади [29,70,120].

Жигарда морфологик ва функционал бузилишларнинг ривожланиши, жигар хужайраларида некротик жараёнлар, функционал гепатоцитларда зўриқишнинг ошиши, жигар этишмовчилигини янада фаолаштиради [28,32,90]. Жигардаги морфологик ўзгаришларнинг канчалик кучли ифодаланиши ва холестазнинг узоқ давом этиши жигар этишмовчилигининг тез ривожланишига олиб келади [56,82].

Ҳозирги кунда жигар этишмовчилиги оғирлик даражасини баҳолашнинг тўла ишлаб чиқилган критерияси йўқ. Мавжуд шкалалар жуда оддий, қониқарсиз ва ишлашга ноқулайлик туғдиради. Жигар ва гепатоцеребрал этишмовчиликнинг қулай классификацияларидан бири Э.И.Галперин классификацияси ҳисобланади [27,78,128]. Лекин бу классификациянинг камчилик томонларидан бири, бунинг асосида биринчи навбатда кўпроқ беморнинг асаб-рухий ҳолатини баҳолаш ётади, ваҳоланки бу критерия бемор учун етарли даражада субъектив ҳисобланади.

Гепатаргия ривожланишида захарли токсинлар микдорининг ошиши ва натижада нейротроп таъсирга эга бўлган билирубин ва аммиак тўпланиши катта аҳамиятли. Билирубин холемик интоксикация фонида жигар этишмовчилигини келтириб чиқарувчи

асосий фактор хисобланади. Боғланган билирубин миқдорининг ошиши марказий нерв системаси, жигар, буйрак ва бошқа органларга токсик таъсир кўрсатади. У кучли церебротоксик таъсир кўрсатиш билан бир қаторда, хужайра митохондриясига бевосита таъсир қилиб, цитохром С ва никотин-амидадениндинуклеотидларнинг кўп миқдорда чиқишини таъминлайди, натижада хужайрада кислород алмашинуви сустлашиб, митохондриянинг функционал ҳолати бузилади. Боғланган билирубин фосфорланиш ва биологик оксидланиш жараёнини бузади, АТФазани активлаштиради [2,22,86].

Ўт ишлаб чиқарувчи йўллارнинг обтурацияси оқибатида плазмада кўп миқдорда ўт кислотаси тўпланади ва жигар орқали лимфа йўлларига ўтади. Ўт кислотаси холемиянинг клиник белгилари ривожланишида асосий рол ўйнайди, булардан: терида кичишиш, брадикардия, гипотония, умумий интоксикация, қон томир ва нерв системасидаги функционал ўзгаришларни келтириб чиқаради [4,28,58]. Шу билан бирга зардобдаги оксил билан боғланиш хусусияти сусаяди, [15,51,102] натижада глюкокол ва таурин конюгацияси бузилади. Бу эса қийин сўрилувчи ва юқори токсик хусусиятга эга эркин ўт кислоталарининг организмда кўпайишига олиб келади [55,73].

Ичак бўшлиғига ўт кислоталари тушишининг бузилиши, жигар етишмовчилиги, организм иммун химоя функциясини бузилишига, ичакда патоген ёки шартли патоген микрофлоранинг активланишига олиб келади. Ичак микрофлораси ўзгаради, меъда-ичак трактининг юқorigи қисмида аэроб ва анаэроб бактериялар миқдори ошади. Бу эса ўт ишлаб чиқарувчи зоналарда инфекциян яллиғланиш жараёни ривожланишига олиб келади. Бу жараёнга холангитнинг қўшилиши беморлар аҳволини сезиларли даражада оғирлаштиради, оператив даво натижаларини ёмонлашувига сабаб бўлади [3,29,125].

Механик сарикликда жигар етишмовчилиги кўпинча операциядан кейинги даврда ривожланади [32,57,82]. Операциядан кейинги жигар етишмовчилиги ривожланишида асосий ролни



операцион травма ва наркоз ўйнайди. Операция давомийлиги қанча узоқ бўлса, жигар етишмовчилиги ривожланиш фоизи шунча катта бўлади [23,47,63]. Оператив аралашувдан кейин организм бир қатор экстремаль таъсирларга учрайди. Симптоадrenal ва гипофиз системаси ва буйрак усти беzi пўстлок қисми активлашади, бунинг натижасида периферик томирлар спазми, микроциркуляция бузилиши, организмга токсик таъсир қилувчи модда алмашинувининг оксидланмаган махсулотлари, актив биоген аминлар, кининлар, протеолитик ферментлар айниқса ишемия бўлган сохалар тўқимасида кўп миқдорда тўпланади. Операция жараёни қоннинг қайта тақсимланиши, унинг деполаниши, органлар гемодинамикасининг бузилиши каби шок элементларини ўзида сақлайди [22,76,122]. Наркоз учун ишлатиладиган наркотик воситалар токсик таъсирга эга бўлиб, жигар дезинтоксикацион функциясини бузади, буйрак филтрация хусусиятини пасайтиради [74,82].

Ўт йўллари ни старли даражада декомпрессия қилинмаган ҳолатда операциядан кейинги жигар етишмовчилигининг пайдо бўлиш ҳавфи юқори ҳисобланиб, бунда жигар ичи қон айланиши бузилади ва органлар гипоксияси ривожланади [17, 69,118]. Н.М.Федоров ўз тадқиқотларида шунини тасдиқладики, узоқ давом этган холестаздан сўнг ўт йўллари нинг тез декомпрессияси оқибатида ўт йўллари ва портал системада босимнинг кескин пасайиши кузатилади. Хужайра ички босими фарқининг мавжудлиги, лизосома мембранаси бутунлигини бузиб, гидролитик ферментларнинг цитоплазмага чиқишига олиб келади. Бу эса хужайра структураси емирилишига ва гепатоцитлар некрозига олиб келади.

Шундай қилиб, ўтказилган адабиётлар тахлили шунини маълум қилдики, жигардаги дистрофик ва функционал ўзгаришлар, ўт йўллари нинг старли даражада декомпрессия қилинмаганда, операцион травма, наркоз ва йирингли холангит интоксикацияси механик сарикликда жигар етишмовчилигининг асосий сабаби ҳисобланади. Механик сариклик фонида операциядан кейинги ўлим

кўрсаткичи 7,3-18,0% дан 23,3 – 34,0% гача, жигар етишмовчилигининг операциядан кейинги ва айниқса ривожланган даврида бу кўрсаткич 43,2% гача кўтарилади [24,88,92], бу эса механик сарикликка қарши курашнинг янгича усуллари топишга чакиради.

### **1.3. Механик сарикликнинг замонавий диагностик усуллари таҳлил қилишдаги солиштирма маълумотлар**

Гепатобилиопанкреатодуоденал зонанинг диагностикаси ва даволаниши билан шуғулланувчи барча жаррохлар ультратовуш эхолокациясини диагностик скрининг усули деб ҳисоблашади. Ультратовуш текшируви ўт қопи, жигар ва ошқозон ости беши ҳолатини тўлиқ баҳолаш, жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўллари ҳақида маълумот олиш имконини беради. Бу усулга қарши кўрсатма йўқлиги ва куннинг хоҳлаган вақтида қилиниши мумкинлиги билан бошқа усуллардан ажралиб туради. Текшириш оғриқсиз, нисбатан қисқа вақт (3-5 дақиқа) ва бемордан махсус тайёргарлик талаб қилмайди [19,28,80,100]. Механик сарикликда ультратовуш текширувининг информативлиги 38-76,3 % ни ташкил қилади [3,58,86].

Ўт йўллари ҳолати ҳақида тўлиқроқ маълумотни бевосита контрастли текшириш усули беради [9,96,108]: булар жумласига ретроград панкреатохолангиография ва тери орқали жигар холангиографияси қиради.

Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ) сарикликни дифференциал диагностикасида, ўт йўллари обтурацияси сабаби ва даражасини аниқлашда қўлланилади [21,47,87]. Бу усул асосан умумий ўт йўли дистал соҳаси шикастланишларида, янги қўйилган билиодигестив анастомозларда, ундан ташқари сурункали панкреатитларда алоҳида аҳамиятга эга [35,46,101]. Усулнинг информативлиги 84,0 – 98,0% ни, ультратовуш текшириш усули билан бирга қўлланилганда 99,0% га етади [20,58,90]. Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография



асоратлари 0,8-3,7% ҳолатларда аниқланди [17,28,99]. Кўп ҳолларда ўткир панкреатит учрайди – 1,5% [27,93,109]. Кам ҳолларда ўт йўллари инфирцирланиши, қон кетиш, бармоқли ичак перфорацияси кузатилди. Эндоскопик ретроград панкреатохолангиографиядан ўлим ҳолати 0,19% [27,46]. Асоратлар профилактикаси учун эндоскопик ретроград панкреатохолангиографиядан кейин биринчи суткада билиар декомпрессия ўтказилади [66,93].

Тери орқали жигар холангиографияси ва эндоскопик ретроград панкреатохолангиография бир бирини тўлдиради ва бирга ёки кетма-кет қўлланилади. Тери орқали жигар холангиографияси мураккаб ускуналарни талаб қилмайди, маҳаллий анестезия остида бажарилади ва тўғри диагнозни тез қўйиш имконини беради [18,52,97]. Тери орқали жигар холангиографиясида асоратлар учраш даражаси 3,0-10% ва бу клиницист тажрибасига боғлиқ бўлади [26, 61]. Асоратлардан кўпинча сепсис, ўт оқиши, капсула ичи ёки жигар ичи гематомаси, гемобилия, артерио-веноз фистула, контраст моддага аллергия реакция кабилар учрайди. Тери орқали жигар холангиографиядан кейин ўлим кўрсаткичи 0,2 дан 5,0% гачани ташкил қилади [16, 83].

Ўт йўлларининг бевосита рентген контраст усули ўт йўлларининг кенлиги, холелитиаз бор ёки йўқлиги, стриктураларнинг жойлашган жойи ва давомийлиги, ўт йўлларининг туғма аномалиялари ҳақида тасаввур беради. Бу муолажалар зарур ҳолатларда диагностикадан даволовчи муолажаларга ўтказилади. Баъзан бу текширишлар оғир асоратлар билан бирга кузатилиши мумкин, шунинг учун бу ишларни ўз мутахассисига топшириш лозим, ичакка ўт оқиши бузилишига олиб келувчи патологик ҳолат аниқланганда, диагностик аралашув ўт оқишини тиклаш мақсадида даволовчи муолажага ўтиши лозим.

Холангит белгиларисиз механик сариклик аниқланганда гепатобилио- сцинтиграфияни қўллаш, жигар ажратиш функциясини, жигардан ташқари ўт йўлларининг ҳолати, обтурациянинг жойлашган жойини баҳолашга имкон яратади [22,71,86].

Компьютер томография жигар ва ошкозон ости беги ҳолати ҳақида тўлиқ маълумот беради, аммо жигар ичи ўт йўллари диагностикасида кам аҳамиятга эга. Кўп ҳолатларда ўт йўлларининг яхши сифатли патологияларини ўсма касалликлари билан дифференциал диагностика қилишда, бундан ташқари жигар паренхимасидаги катта метастазларни истисно қилишга кўмаклашади ва эхинококкоз ёки альвеококкозда жигар ва ўт йўлларининг зарарланганлигини аниқлашда катта аҳамият касб этади [7, 31, 98].

Гепатобилиар патологияларда лапароскопик диагностика энг қимматли ҳисобланади [20, 49, 92]. Жигар ва ўт копи кўп ҳолатларда лапароскоп орқали осонлик билан ревизия қилинади, шунинг учун бу органларнинг ўткир касалликларида клиник формаларини аниқлаш беморларда эрта босқичларда амалга ошади [13,75,104]. Механик сарикликда жигар зарарланишининг лапароскопик диагностикаси жигар рангининг ўзгариши, хажми, стриктуралар, юзаси, кирралари, консистенцияси ва ўт копининг ҳолатини баҳолашга асосланади. Механик сарикликда касалликнинг эрта босқичларида жигар юзасининг бинафша қизил ранги фонида ёйилган яшил доғлар аниқланади [32,69, 95]. Кўринарли сариклик даврида жигар юзаси тўлиқ яшил рангда, кечки босқичларда эса жигарранг-яшил тусга киради [ 20, 72, 81 ].

Ўт йўлларидаги патологик ўзгаришларининг характери (патологиянинг жойлашган жойи, яллиғланган ёки чандикли стриктураларнинг қай даражада давомийлиги, конкрементлар бор ёки йўқлиги, ривожланиш аномалиялари ва б.қ.) интраоперацион комплекс текширишлар, яъни рентгенологик, ультратовуш текшириш ва эндоскопик усуллар билан бирга қўлланилганда, барча зарарланишларни адекват коррекциялаш ва амалий жиҳатдан узок муддатли натижаларга эришиш имконини яратади [62,96].

Ўт оқшининг бузилишига олиб келувчи сабабларни бартараф қилиш ҳозирги кунгача қийин вазифалигича қолмоқда. Билиодегистив система ва гепатикохоледохларда бўладиган патологик ўзгаришларни операциягача кўп сонли, ўз навбатида

техник қийин текширишлар қўлланилишига карамай, хар доим хам ишончли маълумот олишга эришиб булмайди. Бу хақда тажрибали муаллифларнинг операциягача ва операциядан кейинги текшириш натижаларидан олинган маълумотлар гувоҳлик беради. Бундан билиш мумкинки якуний диагнозни ва операциянинг етарли хажмини факатгина чукур интраоперацион текширишдан сўнг қўйилиши мумкин.

#### **1.4. Механик сариклик ва жигар етишмовчилигининг оғирлик даражасини баҳолашнинг асосий мезонлари**

Операция олди тайёргарлигининг турли хил усулларида кўрсатмаларни, операция даврини аниқлашда кўпчилик авторлар жигар етишмовчилиги даражасининг классификациясига асосланадилар [42,77,110]. Шуни эътиборга олиш керакки, жигар етишмовчилигининг оғирлик даражасини аниқлаш ҳозирги кунгача якуний тўхтамга келинмаган, жигар функциясининг турли хиллиги унинг етишмовчилигини баҳолашда қийинчилик туғдиради [27,55,85].

Ҳозирги вақтда турли хил биохимик кўрсаткичлар тўпланган, булар ёрдамида ўтли интоксикациянинг юзага чиқиши ва жигар етишмовчилик даражасини аниқлаш мумкин. Кўпчилик усуллар кўп меҳнат талаб қилади ва жигар етишмовчилиги даражаси хақидаги маълумотларни нисбий аниқлайди. Статистик маълумотлар кўп марта таҳлил қилинганда хам етарли натижаларга эришилмади [50,78].

Жигар фаолиятининг функционал тадқиқотларида, гепатоцитларнинг зарарланиш чуқурлигини ўрганишда, жигарнинг функционал резервларини аниқлашда  $^{99m}\text{Tc}$ -Мезида синамаси, 1,1 МБк/кг активликда ва бенгал кўки, мечена  $^{131}\text{I}$  ёрдамидаги синамалар кенг қўлланилади. Бу усул қон билан тўлишиш характери, аъзонинг функционал активлиги ва бундан ташқари препаратнинг жигардан чиқиб кетиш тезлигини баҳолашда амалий кўмак беради. Жигарнинг ютиш функциясининг пасайиши кўп ҳолларда улоқ

сариклик ва обтурация даражасига боғлиқ. Қисман обтурацияда кўпбурчакли хужайралар функционал имкониятларининг кичик бузилиши аниқланган. Ўт йўллари тўлиқ обтурацияга учраган беморларда жигарнинг ютиш функцияси сезиларли даражада кучаяди, обтурация чақирган сабабга қарамасдан жигарда ва қонда бенгал кўки билан ўтказилган синамаларда кўрсаткичларнинг кучли ўзгариши намоён бўлади. Бу усулнинг муҳимлиги шундаки, у ҳам бошқа текшириш усулларидек сариклик вақтида жигардаги ўзгаришларни кўрсатади. Ўт оқиши бузилишлари бартараф қилинганидан сўнг бенгал кўки билан ўтказилган синамалардан кейинги эрта ва кечки даврларда жигар филтрация функциясининг тикланиш даражасини кузатиш имконини беради [31,36,54].

С.Г.Шаповальянц ва бошқа ҳаммуаллифлар (2015) механик сариклик билан оғриган беморлар умумий аҳволининг оғирлик даражасини комплекс баҳолаш ўтказдилар. Радиогепатография маълумотларини биохимик кўрсаткичлар билан биргаликда ва эндотоксикоз даражасининг ўрта молекуляр масса тести ўрдамида ўрганиш механик сариклик билан беморларни оғирлик даражасини аниқ ўрганиш, латент жигар етишмовчилигини аниқлаш, рационал даво схемасини белгилаш ва оператив давонинг оптимал вақтини белгилаш имконини берди [57,95,122].

М.С.Маргулис ва ҳаммуал.(1993), Ю.М.Лопухина ва ҳаммуал.(1999) маълумотларига кўра билирубин, мочевина, креатинин, жигар ферментлари миқдори доим ҳам бемор аҳволининг оғирлик даражасига боғлиқ эмас.

Бундан келиб чиқадики, адабиётлар ўрганилганда жигарнинг сўриш ва ажратиш функцияси радиогепатографиянинг биохимик кўрсаткичлар билан қўшилган ва эндотоксикоз даражасининг ўрта молекуляр масса тестида янада информатив ва объектив критерияларга асосланган. Бу механик сарикликнинг ва жигар етишмовчилигининг оғирлик даражасини баҳолайди ва оптимал хирургик даво тактикасини аниқлаб беради.

## 1.5. Механик сарикликда замонавий хирургик даво тактикалари

Ўт йўллари хирургиясининг замонавий босқичи тарихий ҳисобланади, шунга қарамасдан баъзи тактикалар ўзгарган [29, 54, 87]. Бирламчи, баъзан механик сарикликнинг энг охири даво босқичи ўт йўллари декомпрессиясининг эндоскопик усули тан олинган [79, 98]. Бу усул операциядан кейинги даврда жигар буйрак етишмовчилиги ва тромбогеморрагик асоратлар хавфини сезиларли даражада камайтиришга ёрдам беради [8,17,55]. А.В.Шапошникова ва ҳаммуал. (1995) Ю.М.Панцирева ва ҳаммуал. (2011) ларнинг фикрига кўра эндоскопик декомпрессия бемор мурожаат қилган кунда амалга оширилиш керак [56,120].

Эндоскопик папиллотомияга асосий кўрсатма бўлиб холедох терминал қисмининг органик стенози, холедохолитиаз ёки биргаликда келганда, жуда кам ҳолларда катта дуоденал сўргич ўсмалари ҳисобланади [12,69]. Механик сарикликни даволашда эндоскопик сфинктеротомияни ўткир холецистит белгилари бўлмаган ҳолатларда бошлаш лозим [35,69]. Йирингли холангитда Эндоскопик папиллосфинктеротомия билан биргаликда назобилиар дренажлаш мақсадга мувофиқ саналади [62,95], бунинг натижасида йирингли холангитдан ўлим даражаси 21,4 дан 4,7 % гача пасаяди [59,65]. Эндоскопик папиллосфинктеротомия холедохолитиазда 91,0%, Билиодигестив система стенозида 100% ҳолатларда яхши натижаларни таъминлайди [9,26,105]. Ўткир панкреатитларда Эндоскопик папиллосфинктеротомия 90,2% ҳолларда эффе́ктив даволаш усули ҳисобланади [12,65].

Холедох терминал қисмининг давомли стенози – интрамурал қисмининг юқори қисмидан, Вирсунгов йўлининг стенози, катта тош, дивертикуллар, дуоденостаз эндоскопик папиллосфинктеротомияга қарши кўрсатма ҳисобланади [58,72]. Эндоскопик папиллосфинктеротомиядан сўнг 8,3 % ҳолатларда асоратлар юзага келди. Асоратлардан энг кўп учрагани – ўткир панкреатит [12,62,85]. Кам ҳолатларда холангит, қон кетиш,



перфорация кузатилди. Умумий ўлим асоратларнинг 0,97 % ташкил этди [31,93].

Жигар орқали эндобилиар аралашув альтернатив эндоскопик папиллосфинктеротомия ҳисобланади. Гепатикохоледохнинг юкори қисми стриктураси ёки ўт оқиши тўсилганда тери орқали жигар ичи ўт йўлларини стендлашга кўрсатма ҳисобланади [18,36,98]. Гепатохолангиостома кўйишда пункцион игнани олгандан сўнг қон ёки ўт суюқлиги қорин бўшлиғига тушмаслиги учун ультратовуш сканер ёки рентгенотелевизион қурилмалар ёрдамида бажарилади. Тери орқали жигар ичи ўт йўлларини стендлаш асорати 2,9 – 6,4 % ҳолатларда кузатилади. Кўп ҳолларда бу қон ёки ўт суюқлигининг қорин бўшлиғига тушиши, гемобилия, субкапсуляр гематома, ичак зарарланиши каби асоратлар кузатилиши мумкин [34,52,95].

Ўт йўллари декомпрессияси ўт қопи орқали бажарилганда лапароскопия ва ультратовуш ёрдамида, ўт қопи йўлининг ўтказувчанлиги ва ўт қопи ва умумий жигар тармоқларидаги блокнинг жойлашган жойини яхшилаб кўздан кечириш керак [14,71]. Лапароскопия ва ультратовуш кузатуви ёрдамида тери-жигар орқали ўт қопини дренирлаш ёки микрохолецистостома шакллантириш мумкин.

Лапароскопик микрохолецистостома усулининг ҳам камчиликлари бор ва бир қатор асоратлар келтириб чиқаради, Р.А.Нихинсон ва ҳаммуал.(1989), М.И.Прудкова (2006) маълумотларига кўра микрохолецистостома кўйишдан кейинги асоратлар 0,9% дан 4,0% гача учрайди. Шошилишч лапаротомияни талаб қиладиган асоратларга жигардан қон кетиш, ўт қопининг пункция қилинган девори ва катетер орасидан ўт оқиши ва ўт қопи икки ён деворининг тешилиши ҳисобланади [26,75].

Бундан келиб чиқадики, ўт йўлларининг бирламчи декомпрессияси, беморни операцияга тайёрлаш этапи ҳисоблансада, жигар буйрак етишмовчилиги, тромбгеморрагик асоратлар профилактикаси, операция хажмининг камайиши ва оқибатларнинг яхшиланишини таъминлайди [77,90].

Механик сарикликни хирургик даволашда эндоскопик ва эндобилиар аралашувлар ишлаб чиқарилишига қарамасдан кўпчилик беморларда лапаратом усулда механик сариклик ликвидация қилинмоқда. Операция хажми бемор умумий аҳволи ва интраоперацион диагностика маълумотларига асосланади [12,31,46,93].

Охириги йилларда операция вақтидаги хирургик тактикада баъзи ўзгаришлар амалга оширилмоқда. Бунга кўп ҳолларда трансдуоденал папиллосфинктеротомия ва билиодигестив анастомозлар шакллантириш амалиётларини келтириш мумкин [35,55].

Механик сарикликда шошилиш операциялар фақатгина ўткир холециститда ва перитонит билан асоратланганда амалга оширилади [44,51]. Бу каби операциялар 4,0% ни ташкил қилади. Шошилиш операциялар минимал хажмда бажарилиши зарур. Бундай операцияларнинг асосий мақсади ўт йўллари обструкциясини радикал коррекция қилиш эмас, ўтли гипертензия ва холангитни ликвидация қилиш ҳисобланади [22,80].

Агар эндоскопик методлар билан холемия ва холангит белгилари ликвидация қилишни иложи бўлмаса унда кечиктирилган радикал хирургик операцияга кўрсатма белгиланади [15,54,93].

Холедохнинг яхши сифатли патологияларида ўт йўллари доимий ички дренажлаш учун, асосий оператив аралашувлар қуйидагича амалга оширилмоқда. Холедигестив анастомоз, папиллосфинктеротомия ва холедохга икки анатомик нуктада холеодигестив анастомоз шакллантириш кабилардир [15,99]. Улар ракобат қила оладиган операциялар бўлишига қарамасдан катъий кўрсатма асосида бажарилиши шарт [46,86].

Ўт йўллари операциясида интраоперацион ва операциядан олдинги текшириш катъий кўрсатма асосида олиб борилиб, биринчи этапда холедохотомия бажарилади [35,54].

Ўт йўлларида конкрементлар борлиги адекват операцияни танлаш холедохолитиазнинг формасига боғлиқ, ўт йўлларида тош олиб ташланганда улар ўтказувчанлиги тўлиқ тикланади, ўт



йўлларида тош билан биргаликдаги баъзи патологияларда ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичи стенози билан бирга келади [24,105].

Холедохолитиаз ва умумий ўт йўлларидаги яхши сифатли стриктураларида холедохотомия ва уни тиклаш муаммолари кенг муҳокама қилинмоқда. Кўпинча асосий ҳолатларда диагностик холедохотомия ёки ўт йўлларидаги яқка тошларни олиш ва холедохни кўр кўрона тикиш стриктураларнинг кўпайиши билан яқунланмоқда [24,53,73]. Охириги вақтда жарроҳлар шу хулосага келишдики, холедохни декомпрессия қилишда яллиғланиш жараёни кечишини, ўт йўлларидаги инфекциянинг ривожланиш эҳтимолини ҳисобга олиш муҳим деб ҳисоблашмоқда. Шунинг учун кўпчилик жарроҳлар холедохотомия ва ўт йўлларидаги манипуляцияларда, билиодигестив шунтлашдан сўнг кўшимча ташқи дренажлаш амалга ошириш зарурлигини таъкидламоқда [30,82].

Кенг тарқалган ички дренажлаш усулларида бири бу супрадуоденал холедоходуоденоанастамоз (ХДА), 10,0-51,7% ҳолларда холедохотомияда қўлланилади [29,46,103], бу операцияга кўрсатмани шакллантиришда етишмовчиликлар бор. Ҳозирги вақтда кўпчилик муаллифлар холедоходуоденоанастамозга кўрсатма сифатида холедохолитиаз билан бирга ёки усиз холедох терминал қисмининг узок муддатли стриктураси деб ҳисобламоқдалар [41,68,92].

Э.И.Галперин ва ҳаммуал.(2015), А.А.Шалимов ва ҳаммуал.(2010) ларнинг фикрига кўра холедохолитиаз, ўт йўлларидаги тошларни йўқотишга бўлган ишончсизлик, ички дренажлашга нисбий кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Асосийси бу каби гуруҳдаги беморлар ҳисобига холедоходуоденоанастамоз (шунингдек трансдуоденал папиллосфинктероластика) амалиёти анча қисқарган, сабаби резидуал холедохолитиаз эндоскопик усулда ҳам даволанади.

Холангит ва панкреатитда кўпчилик ҳолларда сақланиб қоладиган оғриқ синдроми, анастамознинг чандикланиши, холангитнинг кучайиш ҳолатлари ҳамон баҳс мунозарага сабаб бўлмоқда [32,79]. холедоходуоденоанастамознинг асоратлари

биринчи навбатда уни бажаришдаги керакли шартларга тўғри амал қилмаслик билан боғлиқ: ўткир холангит ва панкреатит аниқланганда кенгаймаган ўт йўлига анастамоз қўйиш, инфильтрацияланган ўт йўли деворидаги чокларнинг узилиши, юпка деворли кенгайган ўт йўлида ўт гипертензияси эмас балки унинг дискинезиясидан дарак беради.

Холедохоеюностомия операцияси анчагина қийин, ва ундан сўнг ўлим ҳолатлари жуда баланд, ўзининг узоқ натижалари билан холедоходуоденоанастамоздан унчалик фарқ қилмайди [37,60,98]. холедохоеюноанастамоз қўйилгандан сўнг узоқ муддатларда овқат хазм қилинишида камчиликлар келиб чиқади, ишкорий сафронинг ўн икки бармоқли ичакда тушмаслиги унинг шиллик қаватидаги пептик яранинг ҳосил бўлишига сабаб бўлади.

Холедохоеюноанастамоз холедоходуоденоанастамоз билан рақобат қилмаслиги керак деган қарашлар ҳам бор. Бу икки усул ҳам бир хил ишлатилиш ҳуқуқига эга, лекин бир хил шароитда холедоходуоденоанастамоз техник тарафдан оддийлиги билан ажралиб туради [61,102].

Катта дуоденал сўрғичнинг кичик стриктураларида трансдуоденал папиллосфинктеропластика (ТПСП) мақсадга мувофиқ ҳисобланади, аммо асоратлар сонининг кўплиги, ўлим ҳажми катталиги ва эндоскопик папиллотомия усули ишлаб чиқилгандан сўнг жуда кам ҳолатларда қўлланилмоқда [40,71].

Ҳозирги вақтда трансдуоденал папиллосфинктеропластикага кўрсатма бўлиб факатгина катта дуоденал сўрғичга қисилган тош ва стриктураларда эндоскопик папиллотомия асосий даволаш усули ҳисобланади.

Билиар хирургиянинг энг мураккаб бўлимлари – бу чандикли стриктуралар ва ўт йўллари ташки окмаларини даволаш [5, 27]. Ўт йўлларидаги стриктура ва окмаларнинг ҳосил бўлишига кўпинча ўт йўлларида, жигарда ва ошқозонда операция вақтидаги жароҳатлар, кам ҳолларда – жигар ва ўт йўлларидаги паразитар, туғма ва яллиғланиш касалликлари сабаб бўлади. Ўт йўллари травматик стриктуралари кўпинча холецистэктомия ва ошқозон резекцияси

вактида, кам холларда холедоҳдаги аралашувлардан сўнг юзага келади (ўт йўллари боғланганда, ташки дренажлашда, холедоҳодигестив анастамозларда) [15, 42].

Бу касаллик билан оғриган беморларда етакчи аралашувларнинг асосий кўриниши бу реконструктив-тикловчи операция ҳисобланади, бунда стриктурадан юкоридаги кам ўзгарган ўт йўли тармоғи деворига кенг (диаметри 2-2,5 см) билиодигестив анастамоз қўйиш яхши натижалар беради [54,88].

Окма йўли проксимал кismi инфильтратив ўзгаришларда кенг билиодигестив анастамоз қўйиш имкони бўлмаганда анастамозни каркас дренаж орқали қўйишга ўтилади [58,86].

Ўт йўллари стриктуралари ва окмалари коррекцияси учун мукобил давр бу, улар пайдо бўлгандан сўнг 3-6 ой ҳисобланади [52,98].

Каркас дренаж атрофидаги анастамоз ёки стриктуранинг реканализацияси соҳасидаги каркас дренаж 2-2,5 йил туриши лозим, бу давр мобайнида стенозлашмайдиган, шиллиқ қават билан копланган тўлик чандикланиш ривожланади. Дренажнинг кўп муддат туриши асоратлар ривожланишига сабаб бўлади (жигар ичи тоши, холангиоген жигар абцесси, жигар катта қон томирларидан қон кетиш ва бошқ.). Узок муддатли каркас дренаж учун энг маъқули бу 5 мм диаметрли бошқариб бўладиган полиэтилен жигар ости дренажидир [25,46].

Гепатикохоледоҳ стриктураларида пластик операциялар тўлик коррекцияловчи усул ҳисобланади, бу амалиётларни бажариш учун шароит хар доим хам топилмайди, улар кенг бўлмаган (0,5-1 см) стриктураларда, пастки ва юкорида жойлашган ўт йўллари диаметри мос бўлиши ва чандикли битишмаларнинг ва атроф тўкималардаги яллиғланиш жараёнларининг йўқлигида қўлланилади [29,56]. Э.И.Гальперин ва ҳаммуал. фикрига кўра, 1,0 смгача бўлган стриктураларда кесиш ва ўт йўли пластикаси, 3,0 смгача – билио-билиар анастамоз қўйиш, 3,0 смдан катта бўлганда-билиодигестив анастамоз қўйиш мумкин.

А.А.Мовчун ва А.Д.Тимошиннинг фикрларига кўра, амалиёт жарроҳларининг асосий вазибалари, ўт йўллари стриктуралари ва окмалари профилактикаси ҳисобланади. Бунга билиар зона касалликлари билан шуғуллувчи махсус бўлим ва бригадалар яратиш, бундан ташқари калькулёз холециститлар бўйича режали операцияларни эртароқ, асоратлар ривожланмасдан олдин бажариш орқали эришилади.

Ўлим даражасини камайтиришнинг асосий йўллари сариклик баланд бўлган вақтларда радикал операциялардан кечиш, ўт йўлларини эндоскопик ва эндобилиар декомпрессияси ва сариклик пасайган вақтда операция қилиш ҳисобланади [25,41,84]. Ўлим ҳолатлари жигар ва буйрак етишмовчилиги, давомли перитонит ва юрак-қон томир етишмовчилиги билан боғланади.

Механик сарикликда даво натижаларининг яхшиланиши нафақат оператив техник воситаларнинг яхшиланиши, балки холемик ва яллиғланиш интоксикациясини экстракорпорал ва интракорпорал детоксикация усуллари ёрдамида асоратлар ва ўлимнинг асосий сабаблари бартараф этилиши ҳам асосий сабаблардан ҳисобланади.

### **1.6. Механик сариклик билан оғриган беморларда детоксикацион терапиянинг роли ва аҳамияти**

Гепатобилиар система касалликлари патогенезини ўрганиш, янги диагностик усуллар ишлаб чиқиш, хирургик даволаш методларининг такомиллашувида эришилган ютуқларга қарамасдан, механик сариклик билан оғриган беморларда ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилиши билан боғлиқ операцияларда ўлим даражаси юқори кўрсаткичларда қолмоқда-10,6-45,0% [40, 79].

Ўлим оқибатининг асосий сабаби жигар етишмовчилигининг операциядан кейинги даврларда чуқурлашиши ҳисобланади. Шунинг учун операцион даво оқибати кўнгилдагидек бўлиши учун операция олди ва операциядан кейинги даврларда организм детоксикацияси муҳим рол ўйнайди [47,53,57]. Ўт ажралиши

оқибатида юзага келадиган жигар етишмовчилигида беморларга ўтказиладиган актив детоксикациялар орасида олдинги ўринни сорбцион метод эгаллаб турибди, бунда организмдан токсик моддалар ва патологик метаболитларни тўғридан-тўғри чиқариш таъминланади [51,76].

Механик сариклик ва жигар етишмовчилиги бор беморларни операциядан олдинги дезинтоксикацион тайёрлаш учун стандарт консерватив терапия кенг қўлланилмоқда [76,95].

Эффективлиги, кам зарарлилиги ва охирги вақтларда интенсив ривожланаётган усуллардан яна бири плазмафарез хисобланади. Бу усул бемор плазмасининг қисман ёки тўлиқ, таркибидаги патологик қўшимчалари билан бирга олиб ташлаш ва уни янги донор плазмасининг адекват миқдори, аминокислота, оқсил, албумин билан алмаштиришга асосланган [11,14,103]. Плазмафарезнинг даволашдаги таъсири унинг қон айланиш системасидан токсинларни, патологик иммун комплексларни, микроб таначаларини ва уларнинг деградация маҳсулотларини йўқотиш, ундан ташқари иммунокомпитент хужайралари активлигини ошириш, микроциркуляцияни яхшилаш ва организмнинг «тозалаш» табиий механизмини қайта ишга тушириш билан ифодаланади.

Плазмафарезнинг таъсир йўллари орасида маълум сабабли боғлиқлик бор, бу плазма эксфузиясининг реализацияси, патологик ингредиентларни тутиши ва бир вақтнинг ўзида инфузион-трансфузион программа билан изоҳланади [50,86].

Йирингли септик асоратли ўткир панкреатит ва холецистит билан оғриган беморнинг ўртача 1,5л плазмасининг бир марталик плазмафарез сеансида коннинг токсиклик даражаси 45,0-65,0% пасайишига имкон яратди [82,93]. Оғир йирингли-септик асоратлари бор беморларда плазмафарез таъсирида ўрта молекуляр массадаги пептидлар миқдори сезиларли пасайди ва икки сеансдан сўнг нормаллашди [51,74].

Э.Г.Абдуллаев ва ҳаммуалл. 72та механик сариклик билан оғриган беморларда центрифугали плазмафарез ўтказди. Муаллифлар 2-3 марта плазмафарез сеансидан сўнг билирубин



микдори, АсАТ, АлАТ, ишкорий фосфатаза, холестерин 3-4 баробар пасайди, протейнограмма кўрсаткичи яхшиланди. Умумий оксил микдори норма чегарасида жойлашган, бу адекват оксил жойлашиши оқибати ҳисобланади. Бу муолажанинг ўтказилиши кўпчилик ҳолатларда ҳавфсиз ҳисобланади.

Эффектив плазмафарез ўтказиш учун кўп миқдорда донор плазмаси ва плазма ўрнини босувчи суюқликлар (реополиглюкин, желатинол, гипериммун препаратлар, альбумин, оксил) керак бўлади, ўз ўрнида биологик мос келмаслик ҳавфи ошади (пироген реакция, иситма, гипотония). Плазмафарез вақтида организмдаги биологик актив компонентлар ҳам йўқолади [55,73].

Охириги йилларда кўпчилик изланувчиларни овқат ҳазм қилиш тракти таркибидаги токсик метаболитларни табиий йўллар билан ажратишга асосланган детоксикация-энтеросорбция усули кизиқтириб қўйди. Энтеросорбциянинг мақсади- ичак токсик моддаларининг портал кон томирларга пассажи пасайиши ва бунинг оқибатида жигар паренхимасидаги функционал оғирликни камайтириш [43,51]. Бу механизмларнинг таҳлили нозологик бирликларни беҳато айта олишда энтеросорбция усули эффектив ҳисобланади. Биринчи навбатда бунга, ўт оқиши бузилиши жараёнларида қўллаб қувватлаш ва ривожланишдаги патологик ҳолат таълуқли бўлади [67,78].

Энтеросорбциянинг клиникада қўлланилиши экспериментал кўрсаткичларни тасдиқлади. Клиник эффект умумий ҳолатнинг, иштаҳа ва уйқунинг яхшиланиши, интоксикациянинг пасайиши, қичишишлар камайиши билан намоён бўлди. Қонда билирубин, аммиак ва ўт кислотаси микдори камайиши, қатор ферментлар активлиги нормаллашиши кузатилди [66,87].

Энтеросорбциянинг юзага чиқиши ва давомийлик эффекти индивидуал характерга эга. Ҳар хил детоксикация усулларини қўллаган авторлар механик сариқлик ва жигар етишмовчилиги билан оғриган беморларда энтеросорбциянинг 2-4 сутка қўлланилгандаги эффекти гемосорбциянинг бир марталик сеансига тўғри келди, бу

клиник ўзгаришлар ва биохимик кўрсаткичларда намоён бўлди [15,51,96]. Бу теоретик жиҳатдан ҳам асосланган [74,93].

Энтеросорбциянинг асосий аҳамияти критик ҳолатларда намоён бўлади, бунда жигар ва буйракнинг детоксикацион ажратиш хусусиятидан фойдаланилади [15,47]. Орган ва системаларнинг дисфункциясини олдини олиш учун, энтеросорбция усулидан фойдаланиб эндотоксикоз бартараф этилади.

Энтеросорбция усули бошқа детоксикация усулларида – физиологик бажарилиши, техник оддийлиги ва токсик метаболитларнинг юқори клиренслиги билан фарқ қилади [24,82]. Энтеросорбция коннинг биохимик таркибига таъсир қилмайди, ошқозон ичак тракти функциясини бузмайди, бошқа экстракорпорал детоксикация усуллари билан бирга қўллаш мумкин [15,79].

Ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилиши ва жигар етишмовчилиги сабабли юзага келган ҳолемик интоксикацияда энтеросорбциянинг детоксикацион эффективлиги белгиланган [43,62]. Ўт оқиши тикланмаган ҳолларда ҳам энтеросорбция интоксикацияни камайишини таъминлайди. Бунда бирлашмаган билирубин ҳосил бўлиш тезлиги сусаяди, креатинин миқдори пасаяди, қон плазмасида албумин концентрацияси кўтарилганда глобулинга бўлган нисбати нормаллашади [31,75]. Қари ва ёши катта беморларда энтеросорбция усули асосий кўрсатма бўлиб ҳисобланади [51,74]. Энтеросорбцияни механик сарикликда операциядан олдин ва операциядан кейин қўлланилиши оператив даво натижаларининг яхшилиги билан боғлиқ [43,99].

Энтеросорбция усулининг ривожланиш масалаларига янги селектив материалларни, нафақат экзо- ва эндотоксинлар, балки ичак таркиби, микроб, электролит ва фермент таркибини бошқарув реакцияларини излаш ва яратиш кабилар қиради.

Механик сарикликда сорбентларни энтерал қўллаш эффективлигини аниқлаш, ўт тўхташидан пайдо бўладиган токсик метаболитларни чиқариб ташловчи сорбентларни ажратиш- ўт оқиши бузилиши ва жигар етишмовчилиги бор беморларда детоксикацион терапиянинг асосий вазифаларидан ҳисобланади.



Адабиётлардаги таҳлилларни ҳисобга олиб, шуни хулоса қилиш мумкинки, механик сариклик кўп учрайдиган ва оғир, этиологияси ҳар хил, лекин патогенетик механизми бир хил бўлган касаллик. Эндоген интоксикация оғир асоратлар ривожланишида асосий сабаб бўлиб ҳисобланади. Бу эса орган ва системаларнинг патологик ҳолатларида даволанишга комплекс ёндошишни талаб қилади. Механик сарикликда даво натижаларини яхшилаш оператив даво ва гомеостазни коррекциялаш ва кўп ҳолларда танланган тактикага боғлиқ. Бу муаммо юзасидан кўплаб мақолалар чоп этилган бўлишига қарамасдан, кўп саволлар ўз жавобини топмаган. Механик сарикликнинг оғирлик даражасига қараб оператив давонинг ҳажми ва характери тўғрисида бир қарорга келишмаган. Гомеостаз асосий кўрсаткичларини коррекциялаш детоксикациянинг ҳар хил усулларининг вақти ва аҳамиятига етарли эътибор берилмаганлигига, детоксикация усулларини танлашдаги кўрсатманинг етарлича ишлаб чиқилмаганлиги, уларнинг комплекслашуви охиригача ўрганилмаганлиги, ўт йўлларини мининвазив усуллар билан декомпрессияси ва детоксикацион терапиянинг оператив давода комплекс фойдаланиш тактикаси ишлаб чиқилмаган. Барча айтилганлар изланишимизнинг ҳақиқий мақсад ва йўналишини кўрсатиб берди.

## II БОБ. МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

### 2.1. Текшириш материаллари

Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасида 3 йил давомида (2018-2021 йй) 51 та бемор механик сариқлик юзасидан операция қилинди. Беморларнинг аксариятини аёллар 34 (63,1%), эркаклар 17 (36,9%). Беморларнинг ёши 25 ёшдан 76 ёшгачани ташкил қилди. Беморларнинг жинси ва ёшига қараб тақсимланиши тўғрисидаги маълумотлар 2.1- жадвалда келтирилган.

#### 2.1 жадвал

#### Жинс ва ёш бўйича тақсимланиши

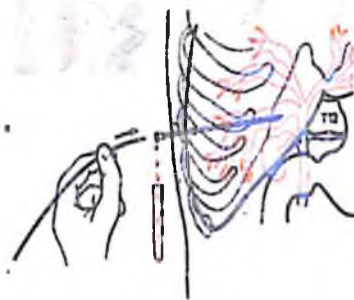
Гуруҳ	Жинс	Ёш бўйича тақсимот					Жами
		31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	
Холедохолитиаз	Э	2	4	2	1	2	11
	А	5	8	6	7	4	30
Эхинококкоз	Э	1	1	-	-	-	2
	А	1	-	1	-	-	2
Стриктуралар	Э	-	1	2	1	-	4
	А	-	1	1	-	-	2
Жами		9 (17,6%)	15 (29,4%)	12 (23,6%)	9 (17,6%)	6 (11,8%)	51

Гепатопанкреатодуоденал зонанинг яхши сифатли касалликлари олинди, ундан 51 та беморда механик сариқлик сабаби: ўт-тош касаллиги -41, ўт йўллари яллиғланган стриктуралари – 6 ва жигар эхинококкози – 4 та беморда.

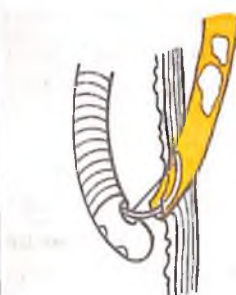
Механик сариқлик 13 та (25,5%) ҳолатда билиар сепсис ва жигар етишмовчилигининг ҳар хил оғирлик даражаси билан асоратланди.

30 та бемор (58,8%) аҳоли қўшимча касалликлар сабабли оғирлашди: юрак ишемик касаллиги (7), артериал гипертензия (11), қандли диабет (5), семизлик (7) ва бошқалар. Баъзи беморларда 2-3 касаллик биргаликда келди.

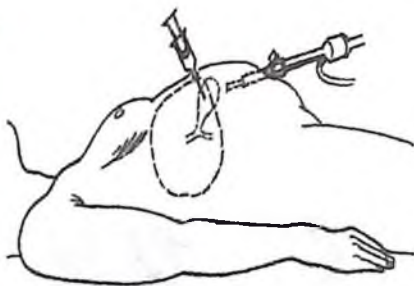
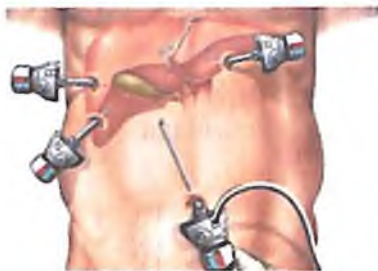
Ўт йўллари бирламчи декомпрессияси мақсадида 16 та (31,3%) беморда: Тери орқали жигар холангиостомияси – 4(7,8%), Эндоскопик папиллосфинктеростомия – 3 (5,8%) ва лапароскопик холецистостомия – 7 (13,7%) беморларда ўтказилди.



**2.1-расм.** Тери орқали жигар холангиостомия 4 нафар беморда бажарилди.



**2.2-расм.** Эндоскопик папиллосфинктеростомия 3 та беморга бажарилди.



**2.3- расм. Лапароскопик холецистостомия 7 та беморга бажарилди.**

## 2.2-жадвал

### Механик сарикликда бажарилган операциялар тури

Операциялар тури	Беморлар сон	
	Абс	%
ЭПСТ + ЛХЭ	1	1,9
ЭПСТ + МЛХЭ холедохолизитотомия билан	2	3,9
ТЖХС + ХЭ холедохолизитотомия билан	4	7,9
ТЖХС + ХЭ холедохолизитотомия билан ва ХДА қўйиш	1	1,9
ТЖХС + Гепатикоеюноанастомоз	1	1,9
ХЭ холедохолизитотомия бн ХДА қўйиш	2	3,9
ЛХС + ХЭ	7	13,7
ХЭ холедохолизитотомия билан	30	58,8
Эхинококкэктомия, цистобилиар оқмани тикиш, ХЭ	2	3,9
Эндоскопик эхинококкэктомия цистобилиар оқмаларни тикиш, ХЭ, холедохостомия	1	1,9

Ўт йўллари декомпрессияси радикал операцияларни кечиктириш ва қулай даврда бажариш имконини берди. Эндоскопик папиллосфинктеростомия ва тери орқали жигар холецистостомияга кўрсатма бўлиб холемик эндотоксикозга сабаб бўлувчи, холедохолизитазнинг ўт йўллари яллиғланган стриктураси ёки усиз ҳолатлар ҳисобланади. Оғир ҳолатдан келиб чиққан ҳолда биринчи этапда миниинвазив операциядан мақсад, декомпрессия йўли билан эндотоксикоз ликвидацияси ва 12 бармоқ ичакка ўт оқишини тиклаш.

Эндоскопик папиллосфинктеростомия ёрдамида холедохолитиаз 3 та беморда бартараф этилди. Эндоскопик папиллосфинктеростомия омадли ўтгандан сўнг иккинчи этапда 2 та беморда лапароскопик холецистэктомия бажарилди. 2 та беморда Эндоскопик папиллосфинктеростомия вақтида катта ҳосилаларни олиб ташлаш имкони бўлмади, ва улар кейинги этапда холецистэктомия ва холедохолитотомия вақтида олиб ташланди.

Механик сариклик билан 4 та беморга биринчи этапда тери орқали жигар холецистостомияси қўйилди. Ўт тош касаллиги билан 4та беморга иккинчи этапда холецистэктомия холедохолитотомия билан ўтказилди. Яллиғланган ва чандикли стриктура билан 2 та беморга билиодигестив анастамоз қўйилди: ўт тош касаллиги ва катта дуоденал сўргич стриктураси билан 1та беморда холецистэктомия ва холедохолитотомиядан сўнг холедоходуоденоанастамоз қўйилди: чандикли стриктура билан 1 беморда ўт йўлига гепатикосюноанастамоз қўйилди.

Механик сариклик ва эндотоксикоз билан асоратланган ўткир холецистити бор беморларнинг аҳволи оғирлиги сабабли 7 та беморга биринчи этапда лапароскопик холецистостома қўйилди, кейинги этапда холецистэктомия бажарилди.

Механик сариклик билан асоратланган ўткир холецистит ва холедохолитиаз билан 30 та беморга холецистэктомия холедохолитотомия билан ўтказилди.

5 та беморда механик сариклик ривожланиш сабаби жигар эхинококкозининг магистрал ўт йўлларига ёрилиши эканлиги аниқланди. 2 та беморда эхинококкэктомия ва цистобилиар оқмани тикишдан сўнг холецистэктомия холедохостомия билан бажарилди. Билиар жигар циррози ва холедох терминал қисми яллиғланган стриктура белгилари билан 1та беморга эхинококкэктомиядан сўнг трансдуоденал стэнд ўрнатилди.



## 2.2. Инструментал текшириш усуллари

Механик сариклик билан беморларда хирургик даво натижалари, операциядан кейинги асоратлар келиб чиқиши прогнози ўз вақтида қўйилган тўғри диагнозга ҳам боғлиқ. Кўпчилик клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, сариклик билан асоратланган касалликларнинг диагностикаси баъзан клиник – лабаратор текширувлар ва инструментал усуллар ёрдамида ҳам қийинчилик туғдиради. Сариклик сабабини аниқлашни 2 та этапга ажратиш мумкин.

- 1) Сариклик характерини аниқлаш
- 2) Механик сарикликнинг механик табиатини аниқлашда обтурация локализациясини ва аниқ сабабини топиш.

Текширишда ҳар хил диагностик инструментал усуллардан фойдаланилди: ультратовуш текшируви, эндоскопик ретроград панкреатохолангиография, тери орқали жигар холангиографияси, лапароскопия.

Ультратовуш текшируви барча беморларга «Алока 280Д» аппарати билан бажарилди. Ультратовуш текшируви зарарсиз, бемор учун ҳавфсиз, текшириш натижаси жигар функциясига боғлиқ эмас, ундан диагнозни аниқроқ қилиш ва касаллик динамикасини кузатиш учун қайтадан фойдаланиш мумкин, бундан ташқари бошқа инструментал текширишлардан фаркли равишда тез маълумот олиш имконини беради ва керак бўлган тақдирда кейинги диагностик программа режасини тузиш мумкин. Барча ҳолатларда ультратовуш текшируви натижалари бошқа текшириш усуллари (эндоскопик ретроград панкреатохолангиография, тери орқали жигар холангиографияси, лапароскопия ва операция материаллари) билан тасдиқланган. Текшириш усулларининг верификацияси сабабли биз ультратовуш текшируви диагностик имкониятларини аниқладик.

Биз ультратовуш текширувини экспресс информация тарзида қабул қиламиз, у кузатувдаги беморларда келган кунида ёки керакли тайёргарликдан бир сутка олдин ўтқазилди. Ўтқазилган текширишлар натижаларини таҳлил қилганда, бу усул сарикликнинг

характерини аниқлашда – паренхиматоз ёки механик, сарикликнинг яхши сифатли ёки ўсма генезли шаклини дифференциал диагностика қилишда, механик сариклик ташхиси қўйилганда ўт йўллари обтурациясининг даражасини аниқлашда кўмакдош бўлади. Ультратовуш текшируви қилишнинг баъзи бир камчиликлари бор, лекин бу унинг диагностик аҳамиятини камайтирмайди.

Кузатилаётган 51 бемордан 39 (76%) тасига механик сарикликнинг аниқ характери қўйилди. 12 та (24%) ҳолатда олинган маълумотлар нотўғри хулоса қилинди.

Ўт йўллари ўтказувчанлиги даражасини аниқлашда бу усул етарли информатив эканлиги аниқланди. Холедохнинг супрадуоденал қисми тўсиғида ультратовуш текшируви нафақат обтурация жараёнининг даражасини, балки унинг сабаби, тош ва чандиқли стриктуралар борлигини ҳам аниқлайди. 1та беморда эхинококк кистасининг ўт йўлларига ёрилиши кузатилди. Кистанинг ўт йўлларига перфорацияси 2 хил тарзда кечди: йирингли холангит билан асоратланган механик сарикликнинг манифест клиникали оғир кечувчи ва кам симптомли секин кечувчи яширин шаклларда. Қолган 2 та беморда механик сариклик катта эхинококк кистасининг магистрал ўт йўлларини босиши билан боғлиқ бўлди.

Бундан келиб чиқадики, ультратовуш текшируви ўт йўллари касаллигининг механик сариклик билан асоратланганда керакли информация беради. Бу маълумотлар сариклик характерини аниқлаш, паренхиматоз ва механик сариклик орасида дифференциал диагностикани ўтқизиш, ўт йўллари обтурацияси ва даражасини аниқлаш имконини беради. Бу диагностик имкониятлар аниқлик чегарасига эга. Ультратовуш текшируви ёрдамида кўпинча диагноз қўйишда адашишлар кузатилади, шунинг учун ультратовуш текшируви натижаларини бошқа текширув натижалари билан солиштириш керак. Ультратовуш текшируви маълумотларини диагностик текширувлар дастурини тузиш учун ишлатиш мумкин.



### 2.2.1. Тери-жигар холангиографияси (ТЖХГ)

Ўт йўллариغا бевосита рентгеноконтраст моддаларни юбориш, тери орқали жигар холангиографиясининг диагностик аҳамияти операциядан олдинги текшириш имконини берди. Механик сарикликда тери орқали жигар холангиографияси ўт йўллари обтурациясини аниқлаш, локализацияси ва касаллик келиб чиқиш сабабини аниқлашга ёрдам беради. Мандренли «Chiba» игнаси ёрдамида ўрта аксилляр чизик бўйлаб VII-IX ковулга оралиғидан жигар дарвоза соҳасидан пункция қилинди. Рентгеноскопия назорати остида игнада ўт суюқлиги аниқлангандан сўнг 3-4мл контраст модда юборилади. Контраст модданинг ўт йўллариغا тушганлигига рентгенотелевизион кузатув орқали ишонч ҳосил қилингандан сўнг, қолган 30-40 мл контраст модда юборилиб, ўт йўлларининг обтурациясининг проксимал қисми тўлдирилади. 2-3та рентген суръат туширилиб игна тўғри жойлашганлиги ва ўт йўлларининг тўлиқ контрастланишига эътибор бериш керак.

Барча тери орқали жигар холангиографияси ўтказилган беморларга кейинчалик декомпрессия ўтказиш мақсадида ўт йўллариға майда дренаж катетер қолдирилди. Тери орқали жигар холангиографияси органик ўзгаришлар даражасини аниқлаш, ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилиши ва механик сариклик сабабларини аниқлаш мақсадида қўлланилди.

Механик сариклик эндотоксикоз билан асоратланганда тери орқали жигар холангиографияси магистрал ўт йўллари обтурацияси даражасини ва ўтказувчанлик бузилиши сабабини аниқлашда ёрдам беради. Амалий нуқтаи назардан бу ҳолатда тошларнинг ўт йўлларидаги сони ва локализациясини аниқлайди: ўт йўлларидаги стриктураларнинг борлиги ва жойлашувини кўрсатади: ўт йўлларининг умумий ҳолати ҳақида маълумот беради. Тери орқали жигар холангиографиясига қарши кўрсатма геморрагик синдром, жигар эхинококки ва йод препаратларига юқори сезгирлик ҳисобланади.

### 2.2.2. Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ)

Панкреатобилиар зона касалликлари диагностикасида эндоскопик ретроград панкреатохолангиография катта аҳамиятга эга, у билиар дарахт ва панкреатик йўллари бирга контрастлаш имконини беради. Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография юкори информативликка эга ҳисобланиб, бошқа диагностик усуллар ёрдам бермаганда қўлланилади. Механик сариклик билиар гипертензия билан кечганда эндоскопик ретроград панкреатохолангиография асосий кўрсатма бўлиб ҳисобланади. 51 та механик сариклик билан оғриган беморларнинг 4 тасига эндоскопик ретроград панкреатохолангиография ўтказилди.

Текширув электрон оптик асбоб кузатуви остида, бемор чап ёнбошга ётган ҳолатда СИФ типли Олимпус фирмасининг (Япония) дуоденофиброскопи ёрдамида ўтказилди. Текширишни ўтказишдан олдин 1 мл 1-2%ли промедол, 1мл 0,1%ли атропин, 2мл 1% димедрол мушак орасига, ундан ташқари ютинишни енгиллаштириш учун 1% дикаин ёки 2% 2мл лидокаин эритмаси билан анестезия қилинди. Ўн икки бармоқли ичак етарли даражада релаксация қилинмаганда, асосан юрак етишмовчилиги бор беморларда, Катта дуоденал сўрғич канюляциясини енгиллаштиришда нитроглицерин қўлланилди.

Катта дуоденал сўрғич жойлашган жойини аниқлаш учун тефлонли катетер ёрдамида катетеризация қилинди. Ўт йўллари ва ошқозон ости бези ўтказувчи системасини контрастлаш учун сувда эрувчи контраст моддалардан фойдаланилди (билигност, урографин, триомбраст ва б.к.).

Эндоскопик ретроград панкреатохолангиографияга қарши кўрсатма қон ивиши бузилиши, бемор ҳолатининг қоникарсизлиги, текшириш вақтида ўткир панкреатит борлиги.

Бундан келиб чиқадики, барча механик сариклик билан оғриган беморларда ўт йўллари тўсиғининг сабаби ва даражасини

аниқлашда замонавий инструментал текшириш усулларидан фойдаланилди ва информативлиги солиштирма таҳлил қилинди.

### 2.3. Плазманинг бевосита электрохимик детоксикация усуллари

Плазмафарез, плазманинг бевосита электрохимик детоксикацияси билан дискрет контейнер усулида умумий 1500 мл қон йиғиш ва 600-800 мл плазма элиминацияси билан ўтказилди. Плазма ўрнини босиш учун аутоплазма, натрий гипохлорит эритмаси билан ишланди.

Плазманинг билвосита электрохимик оксидланишида ишлатиладиган  $1200 \pm 80$  мг/л актив хлор сақловчи натрий хлорид эритмасини, натрий хлорнинг изотоник эритмасида ЭДО-4 аппаратида 20 мин давомида электрохимик оксидланиш орқали олинди. Тайёр эритмани герметик стерил флаконда хўжалик совутгичида сақланди, 7 сутка давомида ўз хусусиятларини (рН, осмолярлиги, концентрация) сақлаб қолади. Ишлатилдан олдин эритмани натрий гипохлоритнинг изотоник эритмаси билан 10:1 нисбатда аралаштирилди. Гипохлорит натрий ёрдамида олинган хлороксид кузатилиши ҳар бир босқичда титрланиш йўли билан аниқланди.

### 2.4. Радиогепатография

Жигар функционал ҳолатининг тўлиқ баҳолаш, гепатоцитларнинг зарарланиш ҳажмини ўрганиш, органнинг функционал резервларини аниқлаш учун радиогепатография (ГКС-200К, 1990 г. вып. Будапешт)  $^{99\text{M}}\text{Tc}$  – Мезида, 1,1 МБк/кг активликдаги синамаси билан ўтказилди.

## 2.5. Лаборатор текшириш усуллари

Беморлар аҳволи ва ўтказилган даво чоралари эффеќтини баҳолаш учун лаборатор кон тахлиллари, бемор ёткизилган 1-3 кунда ва даволаш ваќтида динамик равишда ўтказилди.

Ўртача молекуляр массали пептидларнинг кон плазмасидаги миќдорини аниќлашда скрининг усулдан фойдаланилди, бунинг асосини 10,0%ли ТХУК эритмаси ташкил килади. Молекуляр массаси ўртача 1000Д. Центрифуга килиш айланмаси 8000/дак. Олинган детоксик суюклик 254нм тулќин узунлигида спектрофотометриядан ўтказилди. Олинган натижалар экстенция катталигидаги шартли бирликда ифодаланди.

Эритроцитларнинг сорбцион аҳамияти (ЭСА) эритроцит мембранасига метил кўки сорбциясининг интенсивлиги оркали бахоланди. Олинган натижалар % да ифодаланди.

Аминотрансферазининг (АсАТ ва АлАТ) ферментатив активлигини аниќлаш унифицирланган динитрофенил гидразинли усулда ФЭК аппаратида амалга оширилди. Бу усулнинг принципи шунга асосланганки переаминирлаш жараёни натижасида, АлАТ ва АсАТ таъсири остида шавелевоуксус ва пировиноград кислота ҳосил бўлади. Ишқорий мухитга 2,4-динитрофенилгидразин кўшилганда ишқорий уксус ва пировиноград кислотанинг рангланган гидразони ҳосил бўлади. Ишқорий фосфатазани аниќлаш, ишқорий мухитда нитрофенилфосфат натрийни п-нитрофенол ҳосил килувчи ва унга сариќ ранг берувчи гидролизатловчи хусусиятга эга фермент асосида амалга оширилди.

Билирубин акселетор ёрдамида диазореакция стандарт усулида амалга оширилди. Натижалар мкмол/л да ифодаланди.

**Механик сарикликда жигар етишмовчилиги оғирлик даражасини баҳолаш**

Кўрсаткичлар	Балл		
	1	2	3
Сарикликнинг давомийлиги (кун)	<7	7-14	>14
Умумий билирубин (мкмол/л)	<100	100-200	>200
Албумин глобулин коэфф.	>1,2	1,2-0,9	<0,9
Неврологик симптомлар	0	Кам ривожланган	ривожланган

Липидларнинг перекисли оксидланиш жараёни механик сариклик билан кузатилаётган бемор зардобдаги малонли диалдегид тўпланишига қараб баҳоланди. Малонли диалдегидни тиобарбитурат кислота рангли реакцияси бўйича аниқлаш клиник амалиётда кенг тарқалган, биомембранадаги деструктив ўзгаришлар ва организмдаги эндоген интоксикациялар даражасини баҳолаш учун зарур .

Бу амалий ишда Ю.А.Владимирович ва А.И.Арчаковлар томонидан ёзилган методдан фойдаланилган. Малонли диалдегид идентификацияси СФ-46 спектрофотометрнинг 535 нмда ифодаланди. Малонли диалдегиднинг сондаги киймати, моляр экстинцининг  $E=1,56 \times 10^5 \text{мм}^1 \cdot \text{см}^{-1}$  коэффицентидан фойдаланиб ҳисоблаб чиқарилди. Натижалар нмоль/малонли диалдегид  $\text{Мл}^{-1}$  кон зардобда. (малонли диалдегидни идентификация қилишда 535 нм бир моментли спектрофотометрия СФ 46 дан фойдаланилди. Малонли диалдегид миқдори моляр экстинци  $E=1,56$  коэффицентидан фодаланиб ҳисобланди.  $10^5 \text{мм}^{-1} \cdot \text{см}^{-1}$ . Натижалар нмоль /МДА.  $\text{Мл}^{-1}$  кон зардобда ифодаланди.)



Шу билан бир каторда қон зардобидаги антиоксидаз система (АОС)- каталазалар (КТ) ферментлари активлиги М.А.Королюк ва хамм. ва супероксиддисмутазалар (СОД) Е.В.Макаренко усулида ўрганилди.

Каталаза активлигини ҳисоблашда перекис водород моляр экстинцияси коэффиценти,  $22,2 \cdot 10^3 \text{мм}^{-1} \cdot \text{см}^{-1}$  дан фойдаланилди ва кат/мл зардобда бирлиги билан ифодаланди, супероксиддисмутазани ҳисоблашда нитросин тетразол тикланиши моляр экстинцияси коэффиценти,  $15,5 \cdot 10^3 \text{мм}^{-1} \cdot \text{см}^{-1}$  дан фойдаланилиб, акт. ед./мл қон зардобда ифодаланди.

Сифатли бактериологик таҳлил 1, 3, 7 суткада ва дренаж олинишидан сўнг бажарилди. Кўпинча *esherichia coli* – 63,3%, *klebsiella* -16,3 %, *enterobacter aerogenez* – 8,2%, *proteus*- 6,1%, *enterococcus faecalis*- 4,1%, *pseudomonas aeruginosa*- 2,0%. 27% ҳолатда микроорганизмлар ассоциацияси аниқланди.

16та беморда антибиотикограмма ҳисобига кўра антибактериал терапия ўтказилишига қарамадан кўзғатувчининг тўлиқ эрадикацияси кузатилди, 9та беморда ўтнинг тўлиқ стериллиги кузатилмади, бунда доим экмадан *esherichia coli* ўсди. Бу беморларда клиник-лаборатор кўрсаткичлар норма чегарасида бўлди ва даволаш тугагандан сўнг жавоб берилди.

### III БОБ. МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ БОСҚИЧИДА ЭНДОТОКСИКОЗНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШДА ПЛАЗМАФАРЕЗНИНГ АҲАМИЯТИ

Механик сарикликнинг эндотоксикоз билан асоратланган беморларда хирургик даволаниш вақтида узок чўзилувчи холестазнинг ва йирингли септик асоратларни енгиш бундай беморлар даво натижалари сезиларли яхшиланиши кафолати хисобланади.

Юкори эффективли доривор антидотлар ишлаб чиқарилишига қарамасдан, анъанавий консерватив терапия бу контингентдаги беморлар учун етарли эффективни бермай, улар ахволини оғирлаштирмоқда. Шу сабабли, хирургик даволаш этапида жигар функционал ҳолатини яхшилашнинг янги усулларини излаш ҳозирги вақтгача давом этмоқда.

Бугунги кунда интенсив ривожланаётган клиник трансфузиология бўлими юкори технологик усулларида фойдаланиб, қон ёки организм бошқа суюқликларига таъсир этиб, клиник эффект оқибатига ижобий таъсир этилади.

Хирургик даво этапида 14 нафар беморда плазмафарездан фойдаланилди. Даволаш эффекти баҳолаш мезонлари касаллик динамикасида клиник кўриниши, липидларнинг перекисли оксидланиши, бундан ташқари, жигар зардоб-биохимик тестлари яллиғланиш, уларнинг цитоллиз, холестаз каби асосий патологик синдромларни акс этади.

Актив детоксикация усули бемор плазмасини токсинлари билан бирга эксфузия қилиш ва соғлом донор плазмасига алмаштиришга асосланган. Бирок, бу усул бемор учун маълум бир хавфга эга, чунки, бунда трансфузион реакция ривожланишини ва инфекция кириш хавфи юкори бўлади. Бундан ташқари, донор плазмаси юкори нархга эга бўлганлиги сабаб, эксфузия қилинган плазма ўрнини адекват тўлдириш бироз қийинчилик туғдиради. Эксфузия қилинган плазма ўрнини фақат коллоид-кристаллоид эритмалар билан тўлдириш қон плазмасининг коллоид-осмотик ва

онкотик босимини бузилишига сабаб бўлади. Бу муаммони эксфузия килинган плазма регенерацияси ва кейинчалик аутотрансфузия қилиш йўли билан ечиш мумкин. Бу амалиёт кийин булганлиги сабаб, юқори эффеқтивли экстракорпорал детоксикация усули амалиётда керакли даражада тарқалмаган.

### 3.1 – жадвал

#### Ўтказилган операциялардан кейинги беморларнинг оғирлик даражасига кўра плазмоферезнинг ўтказилиш натижалари

	Енгил	Ўрта	Оғир
	37	2	12
<b>Ўтказилган операциялар</b>	Инфузион детоксикация + Радикал операция + Инфузион детоксикация	Плазмафарез + умумий аҳволи яхшилангандан сўнг радикаль операция + Инфузион детоксикация	Плазмафарез + Инфузион детоксикация + умумий аҳволи яхшилангандан сўнг радикаль операция + Плазмафарез ва инфузион детоксикация
<b>ЭПСТ + ЛХЭ</b>			1(2 сеанс ПФ)
<b>ЭПСТ + МЛХЭ холедохолитотомия билан</b>			1(2 сеанс ПФ)
<b>ТЖХС + ХЭ холедохолитотомия билан</b>		1(2 сеанс ПФ)	2 (2 сеанс ПФ)
<b>ТЖХС + ХЭ холедохолитотомия билан ва ХДА қўйиш</b>		1(2 сеанс ПФ)	1 (2 сеанс ПФ)
<b>ТЖХС+Гепатикосею ноянастамоз</b>			2 (2 сеанс ПФ)
<b>ХЭ холедохолитотомия билан ХДА қўйиш</b>	1		1 (1 сеанс ПФ)
<b>ЛХС + ХЭ</b>	6		1 (2 сеанс ПФ)

ХЭ холедохолитотомия билан	27		3 (1 сеанс ПФ)
Эхинококкэктомия, цистобилиар оқмани тикиш, ХЭ	2		
Эндоскопик эхинококкэктомия цистобилиар оқмаларни тикиш, ХЭ, холедохостомия	1		

### 3.2-жадвал

#### Механик сарикликда эндоген нитоксикациянинг асосий лаборатор кўрсаткичлари N= 14 (M±m)

Этиологияси	УМП	ЛИИ	ПТИ	Умумий билирубин
Холедохолитиаз	0,372±0,008	4,0±0,03	98±6,2	304±78
Стриктуралар	0,368±0,0007	4,2±0,03	95±5,3	308±78
Эхинококкоз	0,370±0,0009	3,9±0,01	96±6,1	310±74

Биз томондан натрий гипохлорит эритмасини билвосита электрохимик детоксикацияси ёрдамида аутоплазмани тиклаш усули қўлланилди.

### 3.1. Экстракорпорал детоксикация модификация усули ўтказишнинг аҳамияти

Ишнинг асосий мақсади шундан иборатки, биз эксфузия килинган плазмани физиологик натрий хлорни электролиз усулида олинган натрий гипохлорит (актив хлор концентрацияси 1200±80 мг/л) эритмаси билан 10:1 нисбатда аралаштириб, 8-12 соатга инкубация қиламиз. Натрий гипохлорит кучли оксидловчи ҳисобланади ва тиббиётнинг турли соҳаларида ишлатилади. Плазма

билан контактда хужайрадан ташқари оксидланиш рўй беради ва плазмадаги токсинлардан токсинсиз ёки кам токсинли метаболитлар ҳосил бўлади. Реакция схемаси:  $R-H+NaClO=R-OH+NaCl$ , бунда R-H – токсик метаболит. Бундан кўриниб турибдики, қон плазмаси ўз ўзидан электрохимик оксидланишга учрамайди, ундаги токсинлар NaCl электролизи жараёнида ҳосил бўлган натрий гипохлорит эритмасидаги актив ионлар билан реакцияга киришади. Ишлаб чиқилган усул биринчи этапдаги токсинларнинг табиий метаболит трансформациясига таъсир қилади, бу организмнинг асосий детоксикацияловчи аъзоси - жигарнинг оксидлаш тизими иштирокида амалга ошади.

Табиий шароитда Цитохром-P-450 катализатори иштирокида оксидланиш вақтида гидрофоб токсик моддалар гидрофил моддаларга ўзгаради ва экскретор органлардан осон ажралади. Электроактив эритмалар билан контактда тирик организм хужайралари иштирокисиз токсинлар аналогик оксидланишга учрайди.

Детоксикациянинг оптимал режими - актив хлор  $1200\pm 80$  мг/л ли концентрацияси 8-12 соатлик инкубация – тажриба йўли билан танланган. Айнан шунда беморнинг эксфузия қилинган плазмасидаги токсик метаболитлари максимал даражада пасайиши кузатилди. Плазманинг қайта инфузияга тайёргарлик даражаси токсик компонентлар кўрсаткичларининг (Билирубин - 52-75%га, мочевино- 45-68%га, креатинин- 31-74% га) пасайганлиги билан аниқланади.

Детоксикация жараёнининг тугаш даврида текширилаётган кўрсаткичлар физиологик норма чегарасида эди. Қайта экма қилиб кўрилганда, микрофлора ўсиши кузатилмади, чунки, биринчидан, натрий гипохлорит юқори бактерицид хусусиятга эга, иккинчидан барча амалиётлар стерил шароитда ўтказилди.

Шундан сўнг зарарсизлантирилган плазмани беморга қайта қуйиш мумкин. Аутоплазманинг бундай усули асосий харажатларни ва муолажалар хавфини сезиларли равишда камайтирди ва эффективлигини оширди.



Биз томондан ишлаб чиқилган плазмафарез усули: 14 та ўрта ва оғир даражали ходемик эндотоксикоз билан беморларда комплекс даво таркибида, 2 та беморда операция олди тайёргарлик мақсадида, 12 та беморда операциягача ва операциядан кейинги даврда ҳам ўтказилди.

### **3.2. Эндотоксикоз билан асоратланган механик сариқлик билан оғриган беморларда антиоксидант тизим ферментлари ва липид пероксидация жараёнига кўра плазмафарез самарадорлигини баҳолаш**

Охирги йилларда клиницистларнинг эътиборини кўпроқ оксидловчи стресс муаммолари ўзига жалб қилмоқда. Чунки, антиоксидантлар ва оксидловчи моддалар таъсирида тўқима баланси иккинчи томонга ўтиши, натижада химоя тизими функцияси бузилиши ва тўқималарнинг оксидланувчи зарарланиши ривожланади.

Организмда, эркин радикалланиш ва липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнининг физиологик нормал даражаси мавжуд, бу липид таркиби ва мембраналарга кириш жараёнини ва биосинтетик жараёнларни бошқаради. Бу хужайра специфик тизимининг эркин радикалли оксидланиш ингибитори функцияси билан аниқланди. Бу режада антиоксидант ферментлар асосий ҳисобланади: супероксиддисмутаза (СОД) ва каталаза (КТ) биополимерларнинг комплекс химоясини таъминлайди, ҳар хил тўқима структурасида ва хужайра компонентида жойлашган, субстрат спецификликка эга ва антифермент оиласига таалуқли (Р.А.Ибадов 2015). Прооксидантларнинг хужайрада доим ривожланиши антиоксидантларнинг дезактивациясига тенглашади, шунинг учун гомеостазни қўллаб қувватлаш учун антиоксидант хусусиятининг бевосита регенерацияси зарур. Бу узвийликнинг йўқлиги ёки бузилиши оксидловчи стрессга олиб келади, бунинг натижасида физиологик ва патофизиқ феноменлар ва жараёнлар, яъни яллиғланиш, тўқималарнинг реперфузион зарарланиши,

бириктирувчи тўқиманинг диффуз ўсиши ва бошқалар билан оксидловчи бузилишлар юзага келади.

Юқорида келтирилганидек, мазкур текширишимизнинг мақсади механик сариклик фонида кечаётган эндоген интоксикациянинг ҳар хил даражаларида ўтказилаётган хирургик операцияларни плазмафарез билан бирга қўлланилганда бемор зардобидаги антиоксидант система ферментлари активлиги ва липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнларига таъсир эффе́ктини баҳолаш мезони ҳисобланади.

Текширишлар шуни кўрсатдики, механик сариклик билан беморларда даволанишгача бўлган даврда қон зардобида каталаза ва супероксиддисмутаза ферментлари активлиги ошиши ва шу билан бир қаторда липидларнинг перекисли оксидланиш интенсивлигининг ошиши кузатилади. Антиоксидант тизим ва липидларнинг перекисли оксидланиш кўрсаткичлари ўрганилганда ўрта ва оғир даражали интоксикация гуруҳлари ўртасида фарқ аниқланди. Ўрта даражали интоксикацияли беморларда каталаза активлик даражаси 2,91 мартага, супероксиддисмутаза - 2,7 мартага, липидларнинг перекисли оксидланиш интенсивлиги 2,6 мартага ошди, оғир интоксикацияли беморлар гуруҳида бу кўрсаткичлар анча юқори ва тегишли кўринишда 3,84, 3,31 ва 3,67 мартага ошди (3.3-жадвал).

### 3.3-жадвал

**Ўткир холецистит билан беморлар қон зардобида эркин радикал оксидланиш ҳолати**

Кўрсаткич	Бошланғич	Аънавий терапия (n=9)	ПФ дан сўнг (n=10)
ПОЛ, нмоль/МДА/мл	10,75±0,85	14,14±0,45*	4,95±0,27*
Каталаза (КТ) мкат/л	30,45±3,63	29,61±1,37*	13,84±0,84*
СОД актив бирлик/мл	140,62±8,31	92,76±3,51*	60,13±2,86*

\*- P < 0,05 – бошланғич кўрсаткичдан статистик ишончли фарқ.

3.3-жадвалда кўрсатилганидек, экстракорпорал детоксикация биз таклиф қилган усул бўйича қўлланилмади, эрта операциядан олдинги даврда қўлланилган аънавий комплекс терапия каталаза ва

супероксиддисмутаза ферментлари активлигини нормаллаштириш ҳолатида бўлмади ва липидларнинг перекисли оксидланиш жараёнининг сезиларли даражада юқорилигига сабаб бўлди. Кузатувдаги антиоксидант тизим ва липидларнинг перекисли оксидланиш кўрсаткичларининг сезиларли равишда тикланиши операциядан кейинги даврда плазмафарез ўтказилган беморларда кузатилди.

Асосий гуруҳдаги беморларда плазмафарез ўтказилгандан сўнг каталаза ферменти 1,23 марта, супероксиддисмутаза 1,34 марта ошди. Оксилларнинг перекисли оксидланиш интенсивлигини ўрганишда оператив аралашувдан сўнг плазмафарезни қўллаш бу кўрсаткични 1,78 марта оптималланиши аниқланди.

Бундан келиб чиқиб хулоса қилганимизда, плазмафарез механик сарикликнинг эндотоксикоз билан асоратланган, асосий ферментларнинг антиоксидант тизими активлигининг пасайиши хамроҳ бўлган беморларда операциядан кейинги реабилитациясида юқори эффективли усул ҳисобланади.

### **3.3. Эндотоксикоз даражаси ва детоксикацияда қўлланган усулларда экстракорпорал детоксикация эффективлигини баҳолаш.**

Холемик эндотоксикоз билан асоратланган механик сарикликда беморлар учун реабилитацион программасини ишлаб чиқиш мақсадида ва экстракорпорал детоксикация қўллаш усули плазмафарез интоксикациясининг асосий биохимик ва специфик параметрлари холемик эндотоксикоз билан беморларда эндотоксикоз даражасига боғлиқ ҳолда баҳоланади (3.4 жадвал).

3.4- жадвалда кўриниб турганидек, бундай усул токсик зўриқишни сезиларли даражада камайтириб, кейинги даврда оператив аралашувни енгиллаштириш имконини берди. Кузатилаётган эндотоксемия индекси декомпрессиядан сўнг ижобий динамика кузатилди, операция олди плазмафарез ўтказилганидан сўнг бу тенденция сезиларли характер касб этди.

Олинган маълумотларни кўриб, асосий диққатни детоксикацион терапиянинг роли ва вақтига қаратдик.

Плазмафарез токсик моддаларни нафақат қон тизимидан, балки тўқима депосидан чиқариб, иммунитетни оширувчи эффективни кўрсатади. Плазма регенерациясининг арзон ва қулай усулини ишлаб чиқиб, биз ўтказиладиган операцияни оптималлаштириб, бу усулнинг асосий камчилигини йўқотишга эришдик.

Ўтказилган текширишлар гипохлорит натрий билан эксфузияланган плазма экспозициясидан сўнг токсиклик анча камайди: умумий билирубин- 56,2%, бевосита- 59,3%, билвосита- 36,6%, колдик азот- 19,2%, креатинин- 31,3%га. АлАТ 37% ва АсАТ 33% га патологик активлиги пасайди. Аутоплазмадан фойдаланиш аллергия реакцияларни йўқотиш имконини берди, бунда гемодинамик кўрсаткичлар стабил ҳолатда турди. Детоксикацияланган аутоплазмани трансфузия қилиш донор оксил препаратларини 70-80%га камайтиришга ва оғир хирургик беморларда плазмафарез даволаш усулини актив фойдаланишга эришилди, бу даво натижаларида ўз аксини кўрсатди. Холемик эндотоксикоз билан беморларда гипохлорит натрий билан плазма детоксикацияси усули нафақат даволаш натижаларини яхшилаш, балки ҳавфсизлигини ошириб, харажатларни камайтириб, амалиёт врачларини бу муолажага қизиқишини оширди.

Операциягача 14 та беморга плазмафарез ўтказилди. Механик сариқликда оғир холемик интоксикация барча беморларда 24 та сеансни ташкил қилди. Ишлаб чиқилган тактиканинг эффективлиги беморларни операцияга комплекс тайёрлаш, оғирлик даражаси, фойдаланилган детоксикация усулига қараб ва бирламчи декомпрессия олинган натижаларда ўз аксини топди

### 3.4 – жадвал

Механик сариқликда холемик эндотоксикоз оғир даражасида комплекс даво ўтказилганда асосий биохимик кўрсаткичлар динамикаси

Кўрсаткич	Билирубин мкмоль/л	АлАТ, ммоль/л	АсАТ, ммоль/л	Ишқорний фосфатаза, ммоль/л
<i>Енгил даражаси</i>				
Келганда	91,4±10,2*	1,6±0,24*	1,4±0,35*	3,5±0,14*
Операциядан сўнг	47,4±5,2*	0,89±0,17*	0,83±0,22*	2,7±0,13*
<i>Ўрта оғир даражаси</i>				
Келганда	178,4±26*	3,0±2,1*	4,5±0,21	4,9±0,12*
ПФ дан сўнг	134±17*	2,1±0,98*	2,8±0,32	4,1±0,17*
Операциядан сўнг	76,2±8,2*	1,2±0,12*	1,6±0,43*	3,2±0,22
<i>Оғир даражаси</i>				
<i>Декомпрессиягача</i>	310±74*	3,9±1,3	5,81±1,4*	7,1±0,14*
<i>Декомпресс. сўнг</i>	231,1±34*	3,2±1,1*	4,3±1,2	6,2±1,4*
<i>ПФ сўнг</i>	179,5±22*	2,1±1,1*	3,2±1,4*	5,3±1,2
<i>Операциядан сўнг</i>	101,2±34*	1,4±0,97*	2,0±1,3	3,9±1,3*
<i>Опер.кейинги ПФ</i>	67,3±12*	0,98±0,11	1,1±0,34*	2,8±1,5*

\*- P < 0,05 – бошланғич кўрсаткичдан статистик ишончли фарк

### 3.5-жадвал

Текширилаётган гурухларда асоратлар ва ўлим даражаси

Асоратлар	абс
Холемик қон кетиш	2
Жигар етишмовчилиги	1
Анастамоз чўлтоғининг бирлашмаслиги	1
Перитонит	1
Жами	5

Механик сариқлик билан даволанаётган беморларнинг қиёсий таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, холемик эндотоксикозни оғирлик даражасини баҳолашга асосланган даволаш тактикаси, ўт йўллари миниинвазив декомпрессия усули, операциягача ва операциядан кейинги детоксикацион терапия, операциядан кейинги



асоратлар сонини 19,15% дан 10,64% гача, ўлим хажмини 4,26% дан 2,13% гача камайтиришга эришилди.

Бизнинг маълумотларга асосланиб, енгил ва ўрта оғир даражадаги беморларга оператив давога тайёрланиш этапида бир курс инфузион терапия ўтказилиши керак, зарур вақтларда операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун плазмафарез кўрсатма ҳисобланади. Оғир, баъзан ўрта оғир даражадаги беморларда операциядан олдинги тайёргарлик плазмафарез билан бирга қилиниши керак, бундан ташқари билиар тизимни бирламчи декомпрессия қилиш ҳам тавсия этилади. Операциядан сўнг бу беморлар детоксикацион терапияга мухтож бўлади.

#### **3.4. Эндотоксикоз билан асоратланган механик сариклик билан оғриган беморларда операциядан олдинги тайёрлашда профилактик экстракорпорал детоксикация**

Эндотоксикоз билан асоратланган механик сариклик билан оғриган 14 та беморда хирургик аралашувдан олдин комплекс даво тадбирларига плазмафарез ҳам қўшилган. Бу категориядаги беморларда ўртача 2 сеанс плазмафарез ўтказилди.

Ананавий медикаментоз даво мақсадида ўриндош терапия (албумин 10%, рефортан, ва б.к.), дезинтоксикацион терапия ( 5% глюкоза эритмаси, лактулоза асосидаги препаратлар, ва б.к.), сийдик хайдовчилар (фуросемид, верошпирон, триампур) ва умумий қувватловчи терапия ( В гуруҳ витаминлар, панангин ва б.к.).

Текширувдаги беморларда ўтказилган даво эффе́ктивлиги 3.7 жадвалда қиёсий анализи кўрсатилган.

Жадвалда кўриниб турганидек плазмафарез ишлатилган беморлар гуруҳида кон биохимик кўрсаткичларида нормаллашиш тенденцияси кузатилди.

Ундан ташқари, плазмафарездан сўнг барча беморларда интоксикация камайиб, умумий аҳволи яхшиланди, иштахаси пайдо бўлди, тана температураси ва уйқуси нормаллашди.

**Плазмафарездан олдин ва кейинги асосий биохимик  
кўрсаткичларнинг динамик ўзгаришлари**

<b>Кўрсаткичлар</b>	<b>Бирламчи</b>	<b>Декомпрессиядан сўнг</b>	<b>ПФдан сўнг</b>
<i>Умумий билирубин (моль/л)</i>	304,7±78,5	298,3±63,5	254,3±59,1*
<i>Бевосита фракция</i>	278,6±74,2	256,9±55,9	204,7±38,5*
<i>Альбумин (г/л)</i>	35,4±3,2	37,8±5,3	47,5±2,5*
<i>АлАТ (нмоль/с.л)</i>	787,4±19,5	675,9±18,4	202,5±18,3*
<i>АсАТ(нмоль/с.л)</i>	425,8±23,1	405,8±13,5	163,4±16,5*
<i>ПТИ (%)</i>	65±2,1	68,3±1,5	77±4,0*

\*-  $P < 0,05$  – бошланғич кўрсаткичдан статистик нишончи фарк.

Плазмафарездан 2-3 суткадан сўнг 2 та эндотоксикоз, гепатикохоледох стриктураси билан асоратланган механик сариклик билан беморларга хирургик операция ўтказилди. Бу беморларга биринчи навбатда билиар тракт декомпрессияси ва холемик интоксикацияни йўқотиш мақсадида тери орқали жигар холецистостомияси қўйилди. Иккинчи этапда реконструктив операциялар: ГЕА-1, ГДА-1 ўтказилди.

Механик сариклик билан асоратланган, жигар эхинококки билан оғриган 2 нафар беморга эхинококкэктомия+холецистэктомия цистобилиар окмани тикиш билан, 1 та беморга эхинококкэктомия цистобилиар окмани тикиш билан+ холецистэктомия, холедохостомия ўтказилди. Бу беморга операция олди 1 сеанс плазмафарез ўтказилди.

Ўт тош касаллиги сабаб механик сариклик билан 4 та беморга билиар трактга холангиостома қўйиш орқали декомпрессия ўтказилди. Кузатувдаги битта беморда, оғир патологияси бор беморларда ахволи оғирлиги сабаб тери орқали жигар холангиостомаси билан чегараланди. 2 та беморда иккинчи этапда

холецистэктомия холедохолитотомия билан, 1 та беморда операция холедоходуоденоанастамоз билан тўлдирилди. Битта беморда эндоскопик папиллосфинктеротомия ўтказилди, лекин холедохдан тошни олиб ташлашнинг имкони бўлмади ва унга холецистэктомия холедохолитотомия билан ўтказилди.

Кўпчилик бу гуруҳдаги беморлар операциядан кейин кўшимча детоксикацион терапияга мухтож бўлишди.

Операциядан кейинги эрта даврда 1 та беморда асоратлар кузатилди. эндоскопик папиллосфинктеротомия ва лапароскопик холецистэктомиядан сўнг ўт халта ётоғи бирикмаслиги сабаб ўтли перитонит ривожланди, релапаротомия ўтказиш талаб қилинди. Ўлим кузатилмади.

Операциядан кейинги давр юмшоқ кечди. Беморлар қониқарли ҳолатда жавоб берилди.

#### **Клиник мисол.**

Бемор Г., 08.06.16 й, ўнг қовурга ёйи остидаги оғриққа, кўнгил айниши қайт қилишига, тери ва кўз склераларининг сарғайишига, ахлат рангининг оқаришига, умумий дармонсизликка шикоят қилиб келди. Анамнездан 3 йилдан буён тошли холецистит билан оғрийди, тез-тез хуруж бериб турган. Текширилганда тери ва кўз склералари иктерик, ўнг қовурга ёйи остида оғриқ, Ортнер симптоми мусбат. Гипербилирубинемия (умумий билирубин- 160,4 мкмол/л, бевосита- 118,5 мкмол/л, кам гиперферментемия АсАТ- 0,24 ммоль/л, АлАТ- 1,58 ммоль/л. Ультратовуш текшируви маълумотлари жигар катталашганлиги, холестаза пайдо бўлганлиги, ўт қони катталаиши ва ўт қонида тош борлигини кўрсатмоқда. Радиогепатография: сўриш ва ажратиш функциясини пасайиши ( $T_{max}$ - 51 мин.,  $T_{1/2}$ -69 мин., ичакка изотоп тушиш вақти- 46 мин.). Диагноз: Ўт тош касаллиги, ўтқир калькулёз холецистит, холедохолитиаз, механик сариқлик, ўтқир холангит, жигар етишмовчилиги (жигар ўрта оғир даражада функционал етишмовчилиги). 5 сутка давомида операция олди тайёргарлиги ўтказилди, бунда асосий эътибор гомеостаз кўрсаткичлари коррекциясига қаратилди. Бемор яллиғланишига қарши ва гепатопротектор препаратлар, бундан ташқари плазмафарез плазманинг бевосита электрохимик детоксикацияси ўтказилди(1200мл хажмида плазмаэксфузия билан). Беморга операция бажарилди: Холецистэктомия, холедохолитотомия А.В.Вишневский бўйича холедохни ташқи дренажлаш.

*Операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. 12 суткада жигарнинг сўриш-ажратиш функцияси кўрсаткичлари:  $T_{\text{макс}}$  – 36 мин.,  $T_{1/2}$ – 29 мин., умумий билирубин – 34,3 мкмоль/л, бевосита- 18,6, АсАТ- 0,56 ммоль/л., АлАТ- 0,64 ммоль/л.*

Эндотоксикоз билан асоратланган механик сарикликда аниқланган жигар функционал етишмовчилиги, бизнинг баҳолаш шкаламиз бўйича ўрта оғир даражага мос келади. Шунинг учун операция олди тайёргарлиги актив детоксикацион терапияга асосланади (бевосита электрохимик детоксикация билан плазмафарез), бу жигарнинг функционал имкониятларини яхшилашга, гомеостазнинг асосий кўрсаткичларини тиклашга ва операциядан кейинги даврни яхши кечишига имкон берди.

Бундан келиб чиқадики, механик сарикликнинг эндотоксикоз билан асоратланган оғир турларида беморларни операция олди тайёрлаш юқори эффективли усул ҳисобланади, цитолитик ва холестатик жараёнлар активлигини стабиллаш, бундан ташқари бундай оғир касалларда асосий клиник белгиларни ликвидация қилиш ва оператив давога кўрсатмани кенгайтириш имконини яратди.

### **3.5. Механик сариклик билан оғриган беморларда операциядан кейинги жигар етишмовчилиги профилактикасида плазмафарезнинг имкониятлари.**

Операциядан кейинги ўткир жигар етишмаслиги пайдо бўлиши сабаби кўпинча, жигарнинг функционал активлиги, оғир операцион жароҳат, операция вақтида қон кетиш, бундан ташқари операциядан кейинги асоратли кечиши: йирингли септик ва геморрагик асоратлар.

Кўпчилик изланувчилар ўткир жигар етишмовчилигини оксил алмашинуви бузилиши натижасида ва токсик маҳсулотлардан интоксикация, жигарнинг детоксикацион хусусияти пасайиши

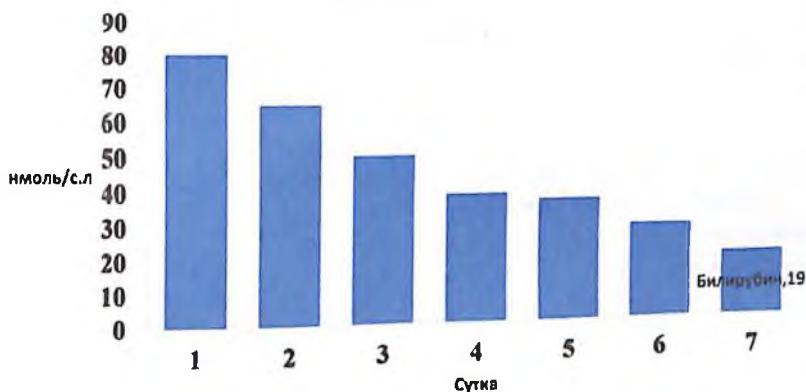
натижасида организмда тўпланиши, электролит, кислота ишқор алмашинуви бузилиши натижасида келиб чиқади деб ҳисоблашади.

Гепатоportal қон айланишидаги қўпол бузилишлар детоксикация ва жигарнинг энергия билан таъминланиш жараёнлари пасаяди. Юқорида исботланганидек антиоксидант химоя ферментлари кучли сўнади, улар беморни операцион анестезиологик стрессга мослаштирувчи асосий факторлардан ва бизнинг назаримизда ўткир жигар етишмовчилиги ривожланишида асосий механизмлардан бири ҳисобланади.

Операциядан кейинги эрта даврда ўткир жигар етишмовчилиги 1 та беморда кузатилди. Ўткир жигар етишмовчилиги пайдо бўлиши ва ривожланиши сабаблари: 1 та ҳолатда ошқозонда эрозив- ярали қон кетиш, 3 та беморда операциядан кейинги перитонит. Қолган ҳолатларда ўткир жигар етишмовчилигининг ривожланиш сабаби енгил гуруҳдаги плазмафарез ўтказилмаган барча беморлардаги функционал жигар етишмовчилиги.

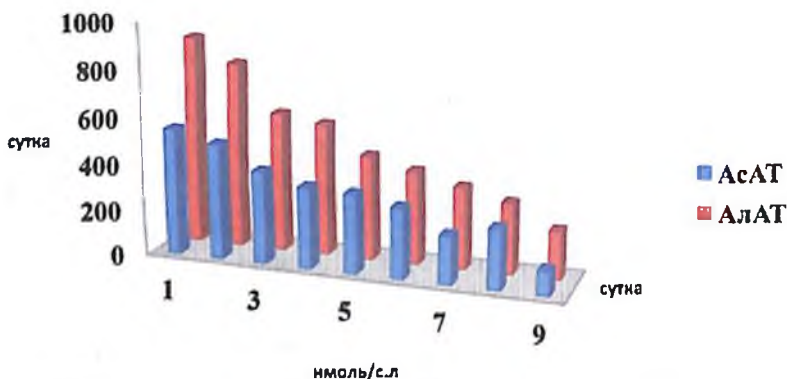
14 та эндотоксикознинг оғир даражаси бор беморларда операциядан кейин реабилитацион жараёнлар плазмафарез билан бирга ўтказилган. Комплекс давога қўшимча плазмафарез 1-2 сеанс ўтказилган беморлар гуруҳида билирубин ва ферментларнинг камайиш тенденцияси яққол ва намоён бўлди (5, 6 расм).

### Билирубин





**5- расм. Плазмафарездан сўнг билирубиннинг қондаги ўзгариш динамикаси**



**6-расм. Ферментларнинг плазмаферез қўлланилгандан кейинги динамикаси**

Мисол келтирамиз:

Бемор М. 14.05.16 йил шифохонага ётқизилган. Диагноз: Ўткир калькулёз окклюзион флегмоноз холецистит, Холедохолитиаз, механик сариклик, реактив шишли панкреатит, жигар етишмовчилиги. Анамнезидан узини бир ойдан буён касал деб ҳисоблайди. Охириги 3 кундан буён шикоятлари кучли ривожланган. Кўрганда тери ва кўз склераларида сариклик кўрилади, тили нам, оқ қараш билан қопланган. Корни симметрик, нафас олишда катташади. Қоринни пайпаслаганда ўнг қовурға ёйи остида оғриқ сезади. Ортнер- Греков ва Мерфи симптомлари мусбат. Жигар катталашмаган, талогги пайпасланмайди. Сийдиги тўқ сариқ. Ётқизилган кунда: Умумий билирубин- 91,2 мкмол/л, боғланган- 47,0 мкмол/л, боғланмаган- 34,2 мкмоль/л, АсАТ- 0,7, АлАТ- 1,8 ммоль/л. Радиогепатография маълумотлари  $T_{12}$  94 мин ташкил қилди,  $T_{max}$ - 56 мин.,РФП уртача чиқиш тезлиги 79 дақ.

Холангит ва холестатик гепатит борлиги, жигар функционал бузилишининг оғир даражаси бор беморларга операциядан кейинги даврда 2 сеанс плазмафарез ПФ-0,5 қон фракционатори ёрдамида ўтказилди. 1350 мл плазма ажратилди. Эксфузия қилинган плазма, қайта реинфузия учун ишлаб чиқилган усул ёрдамида регенерацияга юборилди. Шундан сўнг жигар ферментлари ва билирубин активлиги камайишига эришилди (Умумий

билирубин- 49,0 мкмоль/л). 3 суткада, холедох дистал қисмининг стриктураси ҳақида маълумот олиш учун тери орқали жигар холангиографияси ўтказилди. Тери жигар орқали жигар ичи ўт йўллари дренажланди. Билирубин миқдори камайгандан сўнг беморга: «Лапаротомия, Холецистэктомия. Холедохолитотомия. А.В.Вишневский усулида холедохни ташқи дренажлаш» операцияси ўтказилди. Операциядан кейинги давр асоратсиз кечди, ичакка ўт оқиши тикланди. Бемор чиқарилаётган кундаги қайта қон таҳлилида: 22.05.16й. Умумий оқсил- 70,0 г/л, колдик азот- 23,6, мочевина- 7,6, креатинин- 123,4, умумий билирубин- 25,6 ммол/л, боғланган- 8,3 ммоль/л, боғланмаган- 17,3 ммоль/л, АсАТ- 0,3, АлАТ- 1,1. Бемор нисбатан қониқарли аҳволда давони амбулатор шароитда давом эттириш учун уйига жавоб берилди.

Кузатувларга асосланиб, аниқланган жигар етишмовчилиги организмда актив детоксикация ўтқазишга ва ўт йўлларини бирламчи декомпрессия қилиш мақсадида тери жигар холангиостомаси қўйиш учун асос ҳисобланади. Бемор умумий аҳволи яхшиланиб, лаборатор кўрсаткичлар динамикада яхшиланганидан сўнг радикал операция ўтказилди.

**Бундан келиб чиқадики, юқоридагилар мисолида шуни хулоса қиламиз:**

1. Операциягача бемор оғирлик даражаси тўғри баҳоланмаслиги, оператив аралашув хажми катталиги, операция даврининг ўз вақтида қўйилмаслиги, патологиянинг характери ва жигар етишмовчилигининг функционал кўриниши, хирургик даво хавфини сезиларли оширади, касалликнинг кечиши ва оқибатини ёмонлаштиради, баъзан оғир асоратлар кузатилади ва бу контингентдаги беморлар ўлимига олиб келади. Детоксикацион терапия усулларини нотўғри ўтқазиш ёки умуман ўтказмаслик, хатто радикал хирургик операциялардан сўнг ҳам, беморлар умумий аҳволи сезиларли ёмонлашади ва асоратлар хавфи ошади.

2. Холемик эндотоксикознинг енгил даражасида беморларни операцияга тайёрлаш учун инфузион терапия билан чегараланиш мумкин.

3. Механик сарикликнинг эндотоксикоз оғир даражаси билан асоратланган турида беморларни комплекс тайёрлашга плазмафарезни қўшиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

4. Жигар етишмовчилигида плазмафарезнинг клиник эффекти позитив жараёнларнинг кўп образли гамма билан боғлиқлигига асосланади. Бу плазмафарезни ўткир жигар етишмовчилиги профилактикасида эффектив усул эканлигидан далолат беради.

5. 12-16 соат давомида натрий хлор физиологик эритмасининг электролизи ёрдамида олинган гипохлорит натрий эритмаси, бемор эксфузия қилинган плазмасини детоксикация қилади ва бемор организмга қайтарилишига яроқли ҳолатга келтиради.

6. Механик сарикликда беморларни операцияга тайёрлашда детоксикацион терапияга асосланган даволаш тактикаси ва даволаш этапига билиар тизим декомпрессиясининг қўшилганлиги радикал операция ва даволаш эффективлигини оширади, операциядан кейинги асоратларни 10,6% гача тушириб ва ўлим ҳажмини 2,1% га камайтиради.

## ХУЛОСА

Механик сарикликда жигар детоксикацион ва синтетик вазифаси бузилиши комплекс функционал ва структур бузилиши кузатилади. Бунинг натижасида организм регуляр гуморал функцияси бузилади, жигар структурасининг хужайра даражасида морфологик ва функционал ўзгаришлар ривожланади. Бу беморларда хужайра ва гуморал иммунитет кўрсаткичлари бузилади.

Гепатобилиар система касалликлари патогенезини ўрганиш, янги диагностик усуллар ишлаб чиқиш, хирургик даволаш методларининг такомиллашувида эришилган ютуқларга қарамасдан, механик сариклик билан оғриган беморларда ўт йўллари ўтказувчанлиги бузилиши билан боғлиқ операцияларда ўлим даражаси юқори кўрсаткичларда қолмоқда - 10,6-45,0%. Бу ҳолат жигар-буйрак етишмовчилигининг кучайиши, перитонит ривожланиши, юрак-қон томир асоратлари, оператив аралашув ҳавфининг тезда ривожланиши билан боғлиқ. Асоратлар ривожланишининг асосий сабаби эндоген интоксикация ҳисобланади.

Операциягача беморлар оғирлик даражасини баҳоламаслик, оператив аралашув ҳажмини кенгайтириш, патологиянинг характериға ва жигар етишмовчилигининг функционал кўринишиға қараб ўз вақтида операция даврини аниқламаслик, хирургик даво ҳавфини оширади, оқибатини ёмонлаштиради, оғир, баъзан эса ҳаётий ҳавфли асоратлар чақиради ва бу контингентдаги беморларнинг бевосита ўлимиға сабаб бўлади.

Юқори эффеқтивли доривор антидотлар ишлаб чиқарилишиға қарамасдан, анъанавий консерватив терапия бу контингентдаги беморлар учун керакли эффеқтни бермаяпти, балки улар ахволини оғирлаштирмоқда. Бунға боғлиқ равишда хирургик даволаш этапида жигар функционал ҳолатини яхшилашнинг янги усулларини излашда давом этмоқда.

Организм детоксикацияси усул ва услубларидан нотўғри фойдаланиш ёки эътиборсизлик қилиш, асосий касалликнинг

радикал хирургик коррекциясидан сўнг ҳам бемор умумий аҳволини сезиларли оғирлаштиради ва асоратлар хавфини оширади.

Ишнинг асосида механик сарикликнинг яхши сифатли генезли кечувчи 51 та бемор клиник текширилди. Сариклик сабаблари: 44-ўт-тош касаллиги, 4 та- ўт йўллари яллиғланган стриктуралари ва 3 та беморда жигар эхинококки.

Механик сариклик 14 (27,4%) та беморда холемик эндотоксикоз билан асоратланди ва қолган кузатувдаги беморларда ҳар хил даражадаги жигар етишмовчилиги кузатилди.

30 та (58,8%) бемор аҳволи ҳамроҳ касаллиги сабаб оғирлашди: юрак ишемик касаллиги(13), артериал гипертензия (8), қандли диабет (3), семизлик (7), ва б.қ. Кўпчилик беморларда 2-3 та касаллик қўшилиб келди.

Ўт йўллари ни бирламчи декомпрессия қилиш мақсадида: ТЖХС-4 (7,8%) та, ЭПСТ- 3 (5,8%) та ва лапароскопик микрохолецистостомия – 7 (13,7%) та беморга ўтказилди.

Беморларни текширишда турли инструментал усуллардан фойдаланилган: Ультратовуш текшируви, Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография, тери орқали жигар холангиографияси, лапароскопия, ҳамда механик сариклик ва эндотоксикознинг даражасини аниқлаш учун умумий ва махсус лаборатор усуллар. Олинган натижалар персонал компьютерда Excel программасида статистик таҳлил қилинди. Статистик жиҳатдан муҳим фарқлар учун  $P < 0,05$  бўлган кийматлар қабул қилинди. Ўрганилаётган барча кўрсаткичларнинг ўлчов бирликлари СИ тизимида берилган.

Биринчи навбатда коникарсиз натижалар ва нафақат анамнезига боғлиқ ўлим ҳолатлари, балки механик сариклик этиологияси, хирургик аралашув тури, эндотоксикоз таъсир даражаси, жигар функционал ҳолати ва операция натижалари анализ қилинди.

Механик сарикликда бажарилган операциялардан сўнг ҳар хил асоратлар даражаси лапароскопик холецистэктомия (Ретроград панкреатохолангиография Эндоскопик папиллосфинктеростомия билан) ва эхинококкэктомиядан кейинги ҳолатларда кам кузатилди.



Бу ҳолатларда оғир механик сариклик кузатилмади ва лапароскопик аралашув ҳажми кам миқдорда бўлди. Агар операциядан кейинги ўлим структурасини кўриб чиқсак, перитонит ва механик сарикликдаги йирингли холангит фонида ўлим ҳолати 4,26% ва 2,13% ни ташкил этди.

14 та беморга хирургик даво этапида плазмафарез қўлланилди. Бемор аутоплазмасини натрий гипохлорит эритмаси ёрдамида билвосита электрохимик детоксикацияси биз томондан қўлланилди.

Ишнинг асосий мақсади шундан иборатки, биз эксфузия қилинган плазмани физиологик натрий хлорини электролиз усулида олинган натрий гипохлорит (актив хлор концентрацияси  $1200 \pm 80$  мг/л) эритмаси билан 10:1 нисбатда аралаштириб, 8-12 соатга инкубация қилдик. Айнан шу ҳолатларда токсик метаболитларнинг максимал камайиши кузатилди. Плазманинг қайта инфузияга тайёрлик даражаси токсик компонентлар кўрсаткичларининг пасайганлиги ҳисобланди. Билирубин- 52-75%га, мочевино- 45-68%га, креатинин- 31-74% га камайди.

Детоксикация жараёнининг тугаш даврида текширилаётган кўрсаткичлар физиологик норма чегарасида эди. Қайта экма қилиб кўрилганда микрофлора ўсиши кузатилмади, натрий гипохлорит юқори бактерицид хусусиятга эга, иккинчидан барча манипуляциялар стерил шароитда ўтказилди.

Шундан сўнг зарарсизлантирилган плазма реинфузия қилиниши мумкин. Аутоплазма регенерациясининг бу усули ҳарajatларни ва муолажанинг ҳавфини камайтириб, эффективлигини оширди.

Биз томондан ишлаб чиқилган плазмафарез усули: 14 та ўрта ва оғир даражали холемик эндотоксикоз билан беморларда комплекс даво, 2 та беморда операция олди тайёргарлик мақсадида, 12 та беморда операциягача ва операциядан кейин ҳам ўтказилди.

Даволаш эффекти баҳолаш мезонлари касаллик динамикасида клиник кўриниши, липидларнинг перекисли оксидланиши, бундан ташқари жигар зардоб-биохимик тестлари, улар асосий патологик синдромларни акс этади: яллиғланиш, цитолиз, холестааз.

Текширишлар шуни кўрсатдики, механик сариклик билан беморларда даволанишгача бўлган даврда қон зардобиди каталаза ва супероксиддисмутаза ферментлари активлиги ошиши ва шу билан бир қаторда оксилларнинг перекисли оксидланиш интенсивлигининг ошиши кузатилади. Антиоксидант тизим ва оксилларнинг перекисли оксидланиш кўрсаткичлари ўрганилганда ўрта ва оғир даражали интоксикация гурухлари ўртасида фарқ аниқланди.

Экстракорпорал детоксикация биз таклиф қилган усул бўйича қўлланилмаганда, эрта операциядан олдинги даврда қўлланилган аънавий комплекс терапия каталаза ва супероксиддисмутаза ферментлари активлигини нормаллаштириш ҳолатида эмас эди ва оксилларнинг перекисли оксидланиш жараёнининг сезиларли даражада юқориликка сабаб бўлди. Кузатувдаги антиоксидант тизим ва оксилларнинг перекисли оксидланиш кўрсаткичларининг сезиларли равишда тикланиши операциядан кейинги даврда плазмафарез ўтказилган беморларда кузатилди.

Гурухдаги беморларда плазмафарез ўтказилгандан сўнг каталаза ферменти 1,23 марта, супероксиддисмутаза 1,34 марта ошди. Оксилларнинг перекисли оксидланиш интенсивлигини ўрганишда аниқландики, оператив аралашувдан сўнг плазмафарезни қўллаш бу кўрсаткични 1,78 марта оптималлаштиради.

Плазмафарезнинг позитив реакцияси барча радионуклид критерияларда кузатилди. Ўртача кўрсаткичи  $T_{1/2}$  ва  $T_{max}$  тегишли равишда 15% ва 23%га яхшиланди; одатий терапияда бу кўрсаткич кам сезиларли эди, 1,7% ва 3,5%.

Бундан келиб чиқадики, биз йиғган маълумотлар, плазмафарезнинг механик сариклик эндотоксикоз билан асоратланган турида қўлланилиши эрта операциядан кейинги даврда гемодинамика ва жигарнинг эндотоксемия фонида узок холестаздан кейин функционал ҳолатини тиклаш жараёнини яхшилади.

Эндотоксикоз даражасига ва қўлланилган детоксикация усулларига боғлиқ ҳолда экстракорпорал детоксикация эффективлигини баҳолаш, эндотоксикоз билан асоратланган

механик сариклик билан беморларда интоксикациянинг биохимик ва специфик параметрларига асосланади.

Эндотоксемия индексининг позитив динамикаси декомпрессия ўтказилгандан сўнг кузатилди, операциядан кейин плазмафарез ўтказилгандан сўнг бу тенденция аниқ характер касб этди.

Плазмафарез токсик моддаларни нафақат қон тизимидан, балки тўқима депосидан чиқариб, иммунитетни қўлловчи эффект кўрсатади. Плазма регенерациясининг арзон ва қулай усули ишлаб чиқиб, биз ўтказиладиган операцияни оптималлаштириб, бу усулнинг асосий камчилигини йўқотишга эришилди. Ўтказилган текширишлар гипохлорит натрий билан эксфузияланган плазма экспозициясидан сўнг токсиклик анча камайди: умумий билирубин - 56,2%, бевосита - 59,3%, билвосита - 36,6%, колдик азот - 19,2%, креатинин - 31,3%га. АлАТ 37% ва АсАТ 33% га патологик активлиги пасайди.

Детоксикацияланган аутоплазмани трансфузия қилиш донор оқсил препаратларини 70-80% га камайтиришга ва оғир хирургик беморларда плазмафарез даволаш усулини актив фойдаланишга эришилди, бу даво натижаларида ўз аксини кўрсатди. Холемик эндотоксикоз билан беморларда гипохлорит натрий билан плазма детоксикацияси усули нафақат даволаш натижаларини яхшилаш, балки ҳавфсизлигини ошириб, харажатларни камайтириб, амалиёт врачларини бу муолажага қизиқишини оширди.

Операциягача 14 та беморга плазмафарез ўтказилди. Механик сарикликда оғир холемик интоксикацияда плазмафарез барча беморларда 24 та сеансни ташкил қилди. Ишлаб чиқилган тактиканинг эффективлиги беморларни операцияга комплекс тайёрлаш, оғирлик даражаси, фойдаланилган детоксикация усулига қараб ва бирламчи декомпрессия олинган натижаларда ўз аксини топди.

Механик сариклик билан даволанаётган беморларнинг қиёсий анализ натижалари шуни кўрсатадики, холемик эндотоксикозни оғирлик даражасини баҳолашга асосланган даволаш тактикаси, ўт

йўллари миниинвазив декомпрессия усули, операциягача ва операциядан кейинги детоксикацион терапия, операциядан кейинги асоратлар сонини 19,15% дан 10,64% гача, ўлим хажмини 4,26% дан 2,13% гача камайтиришга эришилди.

Бизнинг маълумотларга асосланиб, енгил ва ўрта оғир даражадаги беморларга оператив давога тайёрланиш этапида бир курс инфузион терапия ўтказилиши керак, зарур вақтларда операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун плазмафарез кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Оғир, баъзан ўрта оғир даражадаги беморларда операциядан олдинги тайёргарлик плазмафарез билан бирга қилиниши керак, бундан ташқари билиар системани бирламчи декомпрессия қилиш ҳам тавсия этилади. Операциядан сўнг бу беморлар детоксикацион терапияга муҳтож бўлади.

## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдуллаев Эльбрус Гаджиевич, Бабишын В.В. «Открытая лапароскопическая хирургия острого холецистита» ВлГУ. 2017. 123с.
2. Абдуллаев Эльбрус Гаджиевич, Гусев А.В., Бабишын В.В. «Неотложная хирургия»: протоколы клинических рекомендаций по диагностике и лечению ОХЗ органов брюшной полости. ВлГУ 2015. С 103.
3. Абрамов А. А. Хирургическое лечение острого холецистита и его осложнений. Дисс. канд. мед. наук. - М., 2014. - 149 с.
4. Агаджанов В.Г., Шулуток А.М., Насиров Ф.Н. Холецистэктомия из мини доступа минимальная инвазивность и максимальная эффективность. // Материалы пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия». - Москва-Пятигорск, 2013. - С. 15.
5. Арутюнян Ю.А., Степанян А.Г., Арутюнян Д.Ю., Меликян А.О. К вопросу о хирургической тактике при остром холецистите у больных сахарным диабетом// Эндоскопическая хирургия. - 2015.- № 1.- С. 189-190.
6. Бабкин А.В., Платонов А.Ю., Надарая В.М., Климов П.В., Мовчун В.А. Малоинвазивные технологии в лечении осложненной желчекаменной болезни. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2015. - С. 89.
7. Балалыкин А.С., Шпак Е.Г., Гвоздик В.В., Звягинцев В.В., Амеличкин М.А. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни в стационаре кратковременного пребывания больных. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2015. - С. 145.
8. Балалыкин А.С., Юрченко В.В., Гвоздик В.В., Амеличкин М.А. Стентирование желчных протоков при желчнокаменной



болезни. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2014. - С. 142.

9. Балкизов З.З. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите. Автореф. дис. канд. мед. наук. - 2015. - 21 с.

10. Баринов Ю. В. Минимальноинвазивные технологии и минилапаротомный доступ в хирургическом лечении больных с желчекаменной болезнью. Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2015. — 24 с.

11. Баринов Ю.В. Комбинированное применение интервенционных дренирующих вмешательств и минилапаротомного доступа в хирургическом лечении пациентов с желчекаменной болезнью / Материалы VI научнопрактической конференции «Проблемы амбулаторной хирургии» - Москва, 2014. - С.90-92.

12. Башилов В. П. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. - 2013. - № 10. - С. 40-45.

13. Белобородова Н.В., Попов Д.А. Диагностическая ценность некоторых маркеров инфекции в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических больных //Анестезиол. и реанимат.2013.№ 3.С.45,49.

14. Белобородова Н.В., Попов Д.А., Шаталов К.В. и соавт. Заместительная иммунотерапия под контролем теста на прокальцитонин - новый подход к предупреждению манифестации инфекции в послеоперационном периоде у детей со сложными врожденными пороками сердца // Детские болезни сердца и сосудов. 2012. М., С. 62-68.

15. Беляев А. Н., Беляев С.А., Мокшина Е.И., Сапарин Д.Н., Киршев В.С. Внутрипортальная озонотерапия в комплексном лечении механической желтухи. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2012. — С. 28.

16. Болдин Б.В., Родионов С.В., Кузнецов М.П., Подольский Ю.А. Применение минилапаротомного доступа при лечении деструктивных форм острого холецистита. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». Москва, 2014. С.86.

17. Бондаренко В. А. Малоинвазивные технологии лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Дисс. канд. мед. наук. - М., 2014. - 176с.

18. Брискин Б.С., Абиди М.Х., Ломидзе О.В. Лечение синдрома механической желтухи при остром холецистите. // Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т.14. - №1.(приложение)-2014.-С.4.

19. Васильев В. Е. Современные технологии в диагностике и лечении острого холецистита и сопутствующих поражений желчных протоков. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. - 2015. - 34 с.

20. Владимиров Ю.А., А.И.Арчаков «Перекисное окисление липидов в биологических мембранах» М.: Наука, 1972. 252- С. 7.

21. Вишневский В.А. и др Виды вмешательств на желчных протоках у больных с механической желтухой // Вестн. Ивановской медицинской академии. - 2015 -Т. 17, №3,- С. 17-21.

22. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар М, 2014. • 568 с.

23. Гальперин Э. И., Чевокин А. Ю., Дюжева Т. Г. «Особенности симптоматики и хирургического лечения разного типа рубцовых стриктур желчных протоков» М. 2016 стр.23

24. Гальперин Э.И., Дюжева Г.Г., Чевокин А.Ю., Гармаев Б.Г. Причины развития, диагностика и лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков // Хирургия. - 2014. - № 8. - С. 64-70.

25. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Узловые вопросы хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков. Сеченовский вестник. 2010; 2: 75-84

26. Гарбузенко Д.В. Портальная билиопатия // Врач - 2014. - № 1. - С. 17-20

27. Гостищев В.К., Воротынцев А.С., Кириллин А.В., Мисник В.И., Мсирбян Р.А., О.Ширшбек, Сагиров И.А. Выбор дифференцированной лечебнодиагностической тактики операционно-анестезиологического риска у больных острым, холециститом, осложненным заболеванием терминального отдела холедоха //Материалы III Всероссийской конференции общих хирургов. Ростов-на-Дону, 2013г., с.63-64.

28. Гринев С.В., Ревякин В.И., Несходимов И.А. Обоснование выбора тактики лечения холедохолитиаза рентгеноэндоскопическим методом. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2015. - С. 37.

29. Гринев С.В., Чернов Н.А. Роль рентгенэндоскопических вмешательств в лечении больных с механической желтухой неопухолевой этиологии.//«Актуальные вопросы клинической хирургии»: Материалы научнопрактической конференции хирургов ЦФО.- Москва - Ярославль, 2015. -С.108.

30. Громова И.В., Кузовлев Н.Ф. и др. Эндоскопические и диагностические лечебные вмешательства при парапапиллярных дивертикулах Анн. хир. гепатол. - 2014. Т. 5, № 1. - С. 109-113.

31. Дибиров М.Д., Брискин Б.С., Костюченко М.В., Добрякова Э.А. Роль экстракорпоральных методов детоксикации в лечении печеночной недостаточности при механической желтухе. // Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т. 14. - №1.(приложение) - 2015.-С. 8.

32. Дряженков И.Г., Майоров М.М., Уткин А.К., Молодкин В.М. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у больных с механической желтухой. // «Актуальные вопросы клинической хирургии»: Материалы научно-практической конференции хирургов ЦФО.- Москва - Ярославль, 2016. -С.114.

33. Дябкин Е.В., Винник Ю.С., Дунзевская Е.С. Ранняя диагностика определения степени тяжести механической желтухи с помощью интегральных гематологических показателей. // Научно-

практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т. 14. - №1.(приложение) - 2015.-С. 9.

34. Емильянов С.И. Хирургическое лечение острого холецистита у больных с высоким операционным риском. // Материалы пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия». Москва - Пятигорск, 2015. - С. 28 - 29.

35. Жуков Б.Н., Борисов А.И. Инструментальная билиарная декомпрессия при механической желтухе у лиц, в возрасте старше 60 лет // Вестник Самарского государственного университета. Самара,2014.-№4 (44).-С.166-171.

36. Жуков Б.Н., Мусиснко СМ., Исаев В.Р., Быстров С.А., Борисов А.И. Современные методы диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с синдромом механической желтухи: Методическое руководство. Самара, 2016.- 75 с.

37. Затевахин И.И. Лечебная тактика при остром холецистите. // Российский медицинский журнал. - 2015. - № 4. - С. 17-20.

38. Захараш Ю.М., Усова Е. В. Выбор метода декомпрессии при гнойном холангите у больных с механической желтухой доброкачественного генеза. //Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2015. - С. 30.

39. Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Сидоров Р.С., Ахметова А.Д., Детина Ю.В. Функция почек у больных механической желтухой доброкачественного генеза. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2014. - С. 29.

40. Иванов С. В., Охотников О.И., Машенцева В.В., ПономаревЮ. С., Мансимов М.Ф.,Магомедова Т.С.Этапность в лечении острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста.//Материалы пленума проблемной комиссии«Неотложная хирургия».-Москва-Пятигорск,2015.С.32-34.

41. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Рук-во для врачей. 2-е изд., перераб. И доп. М.: ООО

«Издательство «Медицинское информационное агенство», 2011. 880с.

42. Каримов Ш.И. «Хирургическая тактика при эхинококкозе печени» Ташкент 2014.

43. Каримов Ш.И. Эндобилиарная хирургия в лечении механической желтухи /Ш.И. Каримов // Анналы хирургической гепатологии. 2014. - Т. 1, № 1. -С. 91-97.

44. Каримов Ш.И.«Актуальные вопросы клинической хирургии» // Ташкент. - 2014. - 62 с.

45. Кармацких А. Ю. Экспресс-диагностика и хирургическое лечение гнойно-деструктивных форм острого холцистита с применением традиционных операций и вмешательств из мини доступа. Автореф. дисс. канд. мед. наук.- 2015. - 18 с.

46. Касумьян С. А. Лапароскопия в диагностике и лечении острого холцистита. // Эндоскопическая хирургия. - 2015. - № 1. - С. 68.

47. Кибизова А. Э. Хирургическая тактика при деструктивных формах острого холцистита у больных пожилого и старческого возраста. Автореф.дисс. канд. мед. наук. - 2015. - 20 с.

48. Кириллин А. В. Дифференцированная тактика лечения больных гнойным холангитом, развившимся на фоне острого холцистита, автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2015. - 21 с.

49. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.

50. Колесников М. В. Алгоритм выбора оперативного доступа в хирургическом лечении желчнокаменной болезни (лапаротомия, минилапаротомия, лапароскопия). Автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2015. – 18 с.

51. Королюк М.А. «Метод определения активности каталазы». Лабароторное дело - Мi, 1988. №1- 16 с.

52. Котовский А.Е., Глебов А.В. Эндоскопическое транспапиллярное



стентирование желчных протоков при холедохолитиазе. // Научнопрактический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т. 14. - №1. (приложение) - 2015. - С. 12.

53. Кошелев А. М. Малоинвазивные технологии в лечении острого холецистита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2015. - 24 с.

54. Курбаниязов З.Б., Желчнокаменная болезнь и его осложнение: Метод. рекомендации // Ташкент.-2016.-90 с.

55. Лаптев Ю. В., Цкаев А.Ю., Гивировская Н.В. Оценка иммунного статуса у больных с механической желтухой доброкачественного генеза. // Научнопрактический журнал «Анналы хирургической гепатологии». -т.14.-№1.(приложение) - 2015. - С. 13.

56. Лаптев Ю. В., Цкаев А.Ю., Гивировская Н.В., Гахраманов Т.В. Малоинвазивная хирургия механической желтухой доброкачественного генеза.//Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т. 14. - № 1. (приложение) - 2014. - С. 14.

57. Лебедев Н.В., Климов. А.В. Системы оценок тяжести сепсиса и эндогенной интоксикации. // Хирургия. - 2015. - №5. - С. 53 - 56.

58. Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной; недостаточности (ПОИ). Метаболические основы Лодыгин А. В. Использование малоинвазивных методов в лечении острого холецистита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. -2014.-17 с.

59. Магомедов М.С., Миронов А.В., Семснв Ж.С., Устинов Ф.С., Петухов В. А.. Метаболизм печени при желчнокаменной болезни. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». -Москва, 2015;-С. 18.

60. Майстренко И.А., Шейко С.Б., Прядко А.С., Азимов Ф.Х., Феюионин А.А. Оптимизация диагностических подходов при синдроме механической желтухой доброкачественного генеза. // Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». -т.14.-№1.(приложение)-2015.-С.14.

61. Макаренко Е.В. Лечение заболеваний внутренних органов с позиций современных международных рекомендаций и соглашений Витебск [ВГМУ] 2017.-142 с.

62. Макаренко Е.В., Пиманов С.И. «Диагностика и терапия неотложной состояний при заболеваниях внутренних органов» (электронный ресурс). Витебск [ВГМУ]. 2017 - С. 189.

63. Малашенко В.Н., Чумаков А.А., Агапитов К.Н; Козлов С.В., Углев Н.Н. Активное выявление и малоинвазивное лечение холедохолитиаза в безжелтушный период. // «Актуальные вопросы клинической хирургии»: Материалы научно-практической конференции хирургов ЦФО. – Москва - Ярославль, 2015. –С. 146.

64. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Скипенко О.Г. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита. 1993. №6. С. 108.

65. Мовчун А.А. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени А.А. Мовчун, Г.А.Шатверян, В.А.Мовчун Хирургия. 1997. -№ 2. - С.28-30.

66. Назиров Ф.Г., Илхамов Ф.А. «Классификация эхинококкоза печени и методов его хирургического лечения» Т. 2005. 67с.

67. Назыров Ф. Г., Девятов А. В., Бабаджанов А. Х., Джуманиязов Д. А., Байбсков Р. Р. «Эффективность эндоскопических вмешательств у больных циррозом печени». 2017. №2 стр45.

68. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. Сводный анализ результатов и конкурентные перспективы портосистемного шунтирования у больных циррозом печени. Анналы хирургической гепатологии. 2015; 20 (2): 31-40.

69. Назыров Ф.Г., Соколова А.С., Девятов А.В., Саяпин С.Н. Анализ состояния и перспективы развития трансформируемых зондов для остановки кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Хирургия. Журнал им. Н.Н. Пирогова. 2010; 12: 58-64.

70. Нечитайло М.Е., Скумс А.В. Лечение больных с повреждениями желчных протоков при традиционной и

лапароскопической холецистэктомиях // Анн. хир. гепатол. -2014. - Т.4, № 1. - С. 49-55.

71. Никуленков С. Ю., Макаров Ю.А., Солонский С.С. Хирургическая

тактика при остром холецистите у больных с высоким операционным риском.// Материалы пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия». -Москва- Пятигорск, 2015. - С. 48 - 50.

72. Нихинсон Р.А. «Диагностика очаговых поражение печени и клинико-экспериментальное обоснование их хирургического лечения» М. 1981. 46с

73. Нихинсон Р.А. Некоторые вопросы диагностики очаговых поражений печени / Р.А.Нихинсон // Советская медицина. 1984. - № 2. -С.57-60

74. Панов.В.А., Кокая А. А., Марков А.И., Безносков А.И. Диагностика и лечение обтурационной желтухи неопухолевого генеза.//Научнопрактический журнал «Анналы хирургической гепатологии». -т.14.-№1(приложение)-2016.-С.16.

75. Панцырев Ю. М. и др. Функциональные расстройства сфинктера Одди после холецистэктомии //Новости медицины и фармации. – 2011. – №. 397.–С. 19-22.

76. Панцырев Ю.М. Первый опыт эндоскопической баллонной папиллодилатации при холедохолитиазе : тез. докл. IV съезда по эндоскопич. хирургии / Ю.М. Панцырев, С.Г. Шаповальянц, Е.Д. Федоров и др. // Эндоскопич. хирургия. 2001. — № 3. - С.63.

77. Панченков Д.Н., Мамалыгина Л.А. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков: диагностика и хирургия на современномэтапе // Анн. хир. гепатол.:2015. - № 1. - С. 156-163.

78. Парфенов И.П., Ярош А.Л., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Сергеев О.С. Хирургическое лечение механической желтухи у больных с холедохолитиазом. // Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т. 14. - №1. (приложение) — 2014. - С. 17.

79. Паршиков В.В., Измайлов С.Г., Яковлева И. И., Смирнова М.Л., Самсонов А.А. Антибиотикотерапия при механической желтухе и гнойном холангите.//Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т. 14. - № 1. (приложение) - 2014. - С. 18.

80. Паршиков В.В., Измайлов С.Г., Яковлева И. И., Смирнова М.Л., Самсонов А.А. Ультраструктурные изменения печени и выбор хирургической тактики при механической желтухе у больных пожилого возраста. // Научнопрактический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т. 14. - №1. (приложение) - 2014. - С. 18.

81. Петухов В.А., Магомедов М.С., мионов А.В., Устинов Ф.С., Семенов Ж.С. Эндотоксиновая агрессия и эндотелиальная дисфункция в ургентной абдоминальной хирургии. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2013. - С.14.

82. Попов А.Л. Видеозендоскопические технологии в диагностике и лечении больных с постхолецистэктомическим синдромом. //Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Новосибирск. - 2015. - С. 29.

83. Потапов А.О. Клинико-инструментальная оценка состояния желчевыводящей системы в отдаленные сроки после эндоскопической папиллосфинктеротомии. //Автореф.дисс.канд мед.наук.-Хабаровск-2015.-21 с.

84. Прудков М.И., Совцов С.А. Острый холецистит (рекомендуемый протокол диагностики и лечения). // Материалы пленума проблемной комиссии «Неотложная хирургия». -Москва -Пятигорск, 2015. — С. 50 — 56.

85. Прудков М.И., Столип А.В., Кармацких А.Ю. MAS - холецистэктомия в хирургической практике лечения острого холецистита. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2014. - С. 88.

86. Рутенбург Г.М., Румянцев И.П., Богданов Д.Ю., Протасов А.В., Осокин Г.Ю. Медико-социальные и экономические результаты применения миниинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2012. - С. 112.

87. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Парунов С.И., Завьялова Н.Н., Щетко В.И. Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии // «Актуальные вопросы клинической хирургии»: Материалы научно- практической конференции хирургов ЦФО. - Москва - Ярославль, 2012. -С. 168.

88. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р. (ред.). Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика: практическое руководство. - М.: Литтерра, 2013.- 176 с.78

89. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И. Перитонит: практическое руководство. -М.Литтерра, 2014. - 208.

90. Самарцев В. А., Сандаков П.Я., Дьяченко М.И., Осокин А.С., Новикова Н.В. Миниинвазивная этапная хирургия острого холецистита и его осложнений. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». -Москва, 2014. - С. 113.

91. Сандаков П. Я. Результаты диагностики и малоинвазивного хирургического лечения острого калькулезного холецистита. Эндоскопическая хирургия 2015 .-№1.-С.121.

92. Сибилев В. Н. Прогнозирование течения, патологического процесса и профилактика послеоперационных гнойных осложнений при остром холецистите. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2015. - 19 с.

93. Ситников А.Г., Травина Л.А., Багирова В.Л. ЛАЛ-тест. Современные подходы к определению пирогенности. М., 2014.- С. 251.

94. Ситников В. Н. Использование миниинвазивных технологий у больных с деструктивными формами «острого



холецистита, осложненными холангитом.// Эндоскопическая хирургия. 2015. - № 1. - С. 139)

95. Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области ДПК // Анн. хир. гепатол. -2013. - Т. 4, №2. С.32-36.

96. Стаханова О.И. Декомпрессия желчевыводящих путей при механической желтухе у больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дисс. канд. мед. наук. -Самара, 2013; - 25 с.

97. Столин А.В., Прудков М.И., Валиев Б. Минимально инвазивные технологии в диагностике и лечении холангиолитиаза, осложненного механической желтухой. Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». - Москва, 2014. - С. 32.

98. Стрельников Е. В., Кўприянов С.Н., Заркуа В.В., Дмитриев И.М. Применение миниинвазивных методов декомпрессии в лечении\* механической желтухи доброкачественного генеза. // Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т.14. - №1.(приложение) —2014.-С. 20.

99. Тарасенко С.В., Натальский А.А., Афтаев В.Б., Левитин А.В. Выбор метода желчеотведения при внепеченочном холестазае.// Научнопрактический журнал«Анналы хирургической гепатологии». -т.14.-№1.(приложение)-2014.-С.22.

100.Топузов Э.Г., Кяккинен А.И., Колосовский Я.В. Возможности малоинвазивных вмешательств у больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. // Научно-практический журнал «Анналы хирургической гепатологии». -т.14. - №1. (приложение) - 2014. -С. 24.

101.Федоров В.Д., Емельянов С.И. – Хирургическое болезни (руководство для интернов). М.: МИА, 2016.

102.Фетюков А.И., Зигинова Т.М., Ионова Л.В., Маслов В.В., Косенков А.Б. Диагностическая эффективность УЗИ и РХПГ при подозрении на механическую желтуху. // «Актуальные вопросы

клинической хирургии»: Материалы научно-практической конференции хирургов ЦФО.- Москва - Ярославль, 2015. - С. 182.

103. Черепанин А.И., Галлямов Э.Н., Микаелян И.А. Сравнительная оценка осложнений мининвазивных и традиционных радикальных операций при остром холецистите. // «Актуальные вопросы, клинической хирургии»: Материалы научно-практической конференции хирургов ЦФО.- Москва - Ярославль, 2015. - С.

104. Чумак Р. А. Хирургическое лечение острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2015. - 20 с.

105. Чумаков А.А., Малашенко В.Н., Козлов С.В. Выбор оптимальной тактики лечения острого холецистита сочетающегося с механической желтухой и холангитом у больных с высоким операционным риском. // «Актуальные вопросы клинической хирургии» Шалимов А.А. «Атлас операциях на органах пищеварения» 2003. 256с.

106. Шаповальянц С. Г. и др. Сложный холедохолитиаз – результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни. – 2013.

107. Шаповальянц С.Г. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе / С.Г. Шаповальянц, А.Ю. Цкаев, Г.В. Грушко // Анналы хирургической гепатологии. 1997. - № 2. - С. 117-122

108. Шаповальянц С.Г. и др. Эндоскопические методы в лечении рубцовых послеоперационных стриктур желчевыводящих протоков // Анн. хир. гепатол. - 2013. - Т. 7, № 2. - С. 70-77

109. Шаповальянц С.Г. Эндоскопическая баллонная дилатация сфинктера Одди современная альтернатива папилосфинктеротомии в лечении холедохолитиаза / С.Г. Шаповальянц, Е.Д. Федоров, С.Ю. Орлов // Эндоскопич. хирургия. - 2001. - № 4. - С. 48-56.

110. Ширинбек Олими. Принципы рациональной хирургической тактики при механической желтухе у больных

пожилого и старческого возраста. Автореф: дисс. канд: мед: наук. - Мi, 2015: - 26 с.

111.Шулутко А.М., Агаджанов В.Г. Стандартизация подходов к малоинвазивному лечению холецистохоледохолитиаза. // Материалы 3-го международного хирургического конгресса «Здоровье населения России». Москва, 2014. - С. 127.

112.Эхинококкоз (Морфологическое обоснование хирургического лечения) / Ф.Г.Назыров, Д.А.Исмаилов, Ф.В.Леонов и др.- Ташкент: Изд-во мед. литер, им. Авиценны. — 1999. — 208 с.

113.Юдин В.А., Морозов, С.В. Причины поздней диагностики механической, желтухи: Тактика и методы декомпрессии желчных путей. // Научнопрактический журнал «Анналы хирургической гепатологии». - т.14. - №1. (приложение) - 2014. - С. 26.

114.Brini C., Boglioto G., Pietropaolo V. et al. It riolo della sfincterotomia endoscopica nella calcolosi coledocica // G. Chir. - 2015. - Vol. 21. - P. 121-123.

115.Brun-Buisson C. The epidemiology of the systemic inflammatory response // Intens. Care Med. 2015. Vol. 26. Suppl. P. 664-674.

116.Braillon G., Roche M. Traitment chirurgicali palliatif des icteres neoplasiques. A Propos d'une serie retrospective de 100 malades // Lyon. Chir. 2014. - Vol. 84(2)

117.Caroli-Bosc Fr.-X., Demarquay J.-F., Peten E.P. et al. Endoscopic management of sump syndrome after choledochoduodenostomy: retrospective analysis of 30 cases // Gastrointest. Endoscopy. -2014. -Vol. 51.-P. 152-156

118.Chen C.H., Tseng L.J., Yang C.C., Yeh Y.H. Preoperative evaluation of periampullary tumors by endoscopic sonography, transabdominal sonography and computed tomography // J. Clin. Ultrasound. - 2015. - Vol. 29(6).-P. 313-321.

119.Coppola A., Riccioni M.E. et al. Analysis of complications of endoscopic sphincterotomy for billiary stones in a consecutive series of 546 patiens // Surg.Endosc. -2014. - N 11. P. 120-132.

- 120.de Tommaso A.M., Santos D.S., Hessel G. Caroli's disease: 6 case studies // *Acta Gastroenterol. Latinoam.* - 2014. - Vol. 33(1). - P.47-51.
- 121.Espinoza A., San Martin S., Court F. et al. Hepatic resection in localized Caroli disease / *Rev. Med. Chil.* - 2013. - Vol. 131(2). - P. 183-189
- 122.Fjaer A.B., Bruu A.L., Nordbo S.A. Extrahepatic bile duct atresia and viral involvement / *Pediatr. Transplant.* - 2013. - Vol. 9( 1). P. 68-73.
- 123.Freeman M., Oi Serio J.A. et al. Risk factor for post EACP pancreatitis a prospective, multicenter study // *Gastroint. Endosc.* - 2015. - Vol.54. - P 425-435.
- 124.Fusaroli P., Caletti G. Endoscopic ultrasonography // *Endoscopy.* - 2015. - Vol. 37,Nl.P.1-7
- 125.Hui C.K., Lai K.C. et al. A randomised controlled trial of endoscopic sphincterotomy in acute cholangitis without common bile duct stones // *Gut.* - 2014. - Vol. 51. - P 287-289
- 126.Kaneko K, Ando H., Seo T. et al. Bile infection contributes to intrahepatic calculi formation after excision of choledochal cysts // *Pediatr. Surg. Int.* - 2015.- Vol. 21 (1 ).-P. 8-11
- 127.Kubo S. Risk factors for and clinical findings of liver abscess after biliaryintestinal anastomosis // *Hepatogastroenterology.* -2015. - Vol. 46(25). - P. 116-120..

**А.С.БАБАЖАНОВ, А.С.ТОИРОВ, А.И.АХМЕДОВ,  
Ж.Қ.ТЎХТАЕВ**

## **МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ**

*Монография*

**Muharrir:** Muhammad Sobir  
**Musahhih:** Osima Sobirjon qizi

**Texnik muharrir:** Sherzod Xujakulov  
**Nashrga tayyorlovchi:** Shahlo Pirnazarova



**ISBN 978-9943-9206-7-5**

“Qamar media” nashriyoti, Toshkent shahar, Mirobod tumani  
Qo‘yliq mavze-4,3-uy, 26-xonadon. tel.: +998 94-672-71-11

Terishga berildi: 7.04.2023 yil. Bosishga ruxsat etildi: 04.04.2023 yil.

Bichimi 60x84<sup>1/16</sup>, «Times New Roman» garniturasida.

Shartli bosma tabog‘i 41. Adadi 50 nusxa. Buyurtma № 1/2023.

Nashirlik litsenziyasi: № 18-4178

---

Samarqand viloyat pedagoglarni yangi metodikalarga o‘rgatish milliy  
markazi bosmaxonasida chop etildi.





**Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич**

**Тиббиёт фанлари номзоди, доцент,  
Самарқанд ШТБ бошлиғи, Самарқанд  
Давлат тиббиёт университети  
педиатрия факультети хирургик  
касалликлари кафедраси мудири**



**Тоиров Абдухамид Сувонович**

**Самарқанд Давлат тиббиёт университети  
педиатрия факультети хирургик  
касалликлари кафедраси  
катта ўқитувчиси**



**Ахмедов Адхам Ибодуллаевич**

**PhD., Самарқанд Давлат тиббиёт  
университети педиатрия факультети  
хирургик касалликлари кафедраси  
ассистенти**



**Тўхтаев Жамшид Қодиркулович**

**Самарқанд Давлат тиббиёт  
университети педиатрия факультети  
хирургик касалликлари кафедраси  
ассистенти**

ISBN 978-9943-9206-7-5



9 789943 920675