

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI FAN, TA’LIM VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

USMONOV UMIDJON DONAQO‘ZIYEVICH

OBTURATSION SARIQLIK

O‘QUV QO‘LLANMA

***«5510100 – Davolash ishi» va «5111000 – Kasb ta’limi»
ta’lim yo‘nalishlari uchun***



**KAFOLAT TAFAKKUR
ANDIJON – 2023**

UO‘K: 616.036-008.5-8; 616.36-008.811.6; 616.361-002; 616.361-089

KBK: 54.5; 54.57

D67

Obturatsion sariqlik [matn]: o‘quv qo‘llanma / Usmonov U.D. – Andijon: «KAFOLAT TAFAKKUR» MCHJ, 2023. – 148 b.

Muallif:

Usmonov U.D. Andijon davlat tibbiyot instituti, Jarrohlik kasalliklari kafedrasida dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Mirzayev B.B. Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Umumiy jarroxlilik kafedrasida mudiri, t.f.d., professor.

Musashayxov X.T. Andijon davlat tibbiyot instituti, Umumiy jarrohlik va transplantologiya kafedrasida mudiri, t.f.d., professor.

Ushbu o‘quv qo‘llanmada gepatopankreatobiliar soha a‘zolarining anatomiyasi va fiziologiyasi, obturatsion sariqlik haqida umumiy tushunchalar, etiologiyasi, patogenezi, sinflanishi, kasallikning klinik shakllari, laborator va instrumental tekshiruv usullariga asoslangan diagnostik tamoyillari, zamonaviy konservativ va xirurgik davolash usullari keng yoritilgan. O‘quv qo‘llanmadan tibbiyot oliy ta‘lim muassasalarining yuqori bosqich hamda jarrohlik yo‘nalishidagi magistratura talabalari amaliy mashg‘ulotlarga mustaqil tayyorlanish uchun asosiy manba sifatida foydalanishlari mumkin.

UO‘K: 616.036-008.5-8; 616.36-008.811.6; 616.361-002; 616.361-089

KBK: 54.5; 54.57

Mazkur o‘quv qo‘llanma O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta‘lim, fan va innovatsiyalar vazirligi, Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil 2-dekabrda 01/08/643-T-sonli buyrug‘iga asosan nashr etishga ruhsat berilgan. Ro‘yhatga olish raqami: 100332.

Ushbu nashrga bo‘lgan huquqlar muallifga va «KAFOLAT TAFAKKUR» MCHJga tegishli. Nashrning ma‘lum bir qismini yoki to‘liq har qanday shaklda ko‘paytirish va tarqatish muallifning yozma ruxsatisiz amalga oshirilishi mumkin emas.

ISBN: 978-9910-9447-9-6

5958



© USMONOV U.D. 2023

© “KAFOLAT TAFAKKUR” 2023

SHARTLI QISQARTMALAR

ALT – alaninaminotransferaza
AST – aspartataminotransferaza
KDS – katta duodenal so‘rg‘ich
GGTP – gamma-glutamiltranspeptidaza
O‘BI – o‘n ikki barmoqli ichak
O‘Y – o‘t yo‘llari
O‘TK – o‘t tosh kasalligi
KT – kompyuter tomografiyasi
LHE – laparoskopik xoletsitektomiya
OS – obturatsion sariqlik
MRT – magnit rezonans tomografiya.
MRXPG – magnit rezonans xolangiopankreatotomografiya
MSKT – multispiral kompyuter tomografiyasi
UO‘Y – umumiy o‘t yo‘li
UTT – ultratovush tekshiruvi
FGDS – fibrogastroduodenoskopiya
XDA – xoledoxoduodenoanostomoz
XE – xoletsitektomiya
TJXG – teri jigar orqali xolangiografiya
TJXS – teri jigar orqali xolangioskopiya
IF – ishqoriy fosfataza
EndoUTT – endoskopik ultratovush tekshiruvi
EPST – endoskopik papillosfincterotomiya
ERXPG – endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya

KIRISH

Respublikada tibbiy oliy ta'limni isloh qilishning ustuvor yo'nalishlarini belgilash, zamonaviy bilim va yuksak ma'naviy-axloqiy fazilatlariga ega, mustaqil fikrlaydigan yuqori malakali tibbiy kadrlar tayyorlash jarayonini sifat jihatidan yangi bosqichga ko'tarish, tibbiy oliy ta'limni modernizatsiya qilish, ilg'or horijiy tajribalarga asoslangan holda tibbiyot sohasi tarmoqlarini, jumladan tibbiyotda xususiy sektorni rivojlantirish bugungi kundagi dolzarb masalalar qatorida o'z aksini topmoqda. Bu borada Respublikada tibbiyot kadrlarini tayyorlash borasida amalga oshirilayotgan ishlar alohida ahamiyat kasb etadi. O'zbekiston oliy ta'lim tizimida yangi tibbiyot oliy ta'lim muassasalari va ularning filiallarini, shu bilan birga yangi ta'lim yo'nalishlari va mutaxassisliklarining ochilishi, qabul kvotalarining oshirilishi mazkur yo'nalishdagi muhim islohotlar hisoblanadi.

Turli ixtisoslikdagi shifokorlarning klinik amaliyotida sariqlik sindromining ko'p uchrashi uning etiologik omillaridagi farqlar bilan bog'liq. Sariqlik turli xil paydo bo'lish mexanizmlari, turli klinik ko'rinishlarga ega bo'lgan va prognozi va natijalari jihatidan farq qiladigan ko'plab kasalliklarda kuzatiladi. O'z vaqtida differensial tashxisotdagi aniqlik bemorlarga to'g'ri tashxis qo'yish va davolash taktikasini tanlashga imkon beradi.

Bugungi kunda obturatsion sariqlik rivojlanishining sababini va o't yo'llarida obstruksiya darajasini aniqlash murakkab bo'lmasada, muammoni hal qilingan deb hisoblab bo'lmaydi. Bu asosan obturatsion sariqlik bilan xastalangan bemorlarda tizimli yallig'lanish va ko'p a'zolar yetishmovchiligi va progressiv endogen intoksikatsiya sindromi rivojlanishi negizida ushbu kasallik patogenezining murakkabligi bilan bog'liq. Shu bilan birga, asoratlari rivojlanishini oldini olish va operatsiyadan keyingi o'limni kamaytirish masalalari hozirgacha dolzarbligicha qolmoqda.

O'quv qo'llanmada tarixiy va fundamental ma'lumotlar, kasallikning etiologiyasi, patogenezini, sinflanishi, klinikasi hamda diagnostikasining batafsil

tavsiflari bilan birga minimal invaziv texnologiyalar, an'anaviy va endoxirurgik operatsiyalar turlaridan foydalangan holda obturatsion sariqlikning murakkab shakllarini bosqichma-bosqich davolashning zamonaviy usullari, minimal invaziv texnologiyalarni qo'llashga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar, bosqichli davolash taktikasining ilmiy va amaliy tasdiqlangan algoritmlari taqdim etildi.

Ushbu o'quv qo'llanmani tayyorlashda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi va Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti standartlaridan, xalqaro ekspertlarning klinik tavsiyalaridan, eng so'nggi ilmiy va ilmiy-amaliy konferensiya va simpoziumlar materiallaridan, shuningdek kafedraning ilmiy va amaliy tajribalaridan foydalanildi.

Muallif

1-BOB. GEPATOPANKREATOBILIAR SOHA A'ZOLARINING XIRURGIK ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Gepatopankreatobiliar soha - bu jigar, o't pufagi va o't yo'llari hamda oshqozon osti bezidan iborat murakkab ko'p darajali tizimdir. Gepatopankreatobiliar sohaning barcha a'zolari funksional jihatdan bir-biri bilan uzviy bog'liqdir. Gepatopankreatobiliar soha a'zolaridagi anatomik, fiziologik, patofiziologik o'zgarishlarni chuqur tushunish ushbu sohani o'rganishda yangi sahifa ochadi. Oddiy va patologik anatomiyani bilish ko'proq ma'lumotga ega va sezgir diagnostika usullarini, shuningdek, jarrohlik va konservativ davolashning yanada ilg'or usullarini yaratishga imkon beradi.

1.1. JIGAR XIRURGIK ANATOMIYASINING RIVOJLANISH TARIXI

Tibbiyot haqidagi dastlabki ishonchli ma'lumotlar Gomer, Gesiod va boshqa qadimgi yunon yozuvchilarining o'lmas asarlarida uchraydi. Xususan, "Iliada" va "Odisseya" asarlarida jigar "hepar" deb atalgan, bu organga nisbatan zamonaviy anatomik nomenklaturada ham qo'llaniladi. Bundan tashqari, Gomer (miloddan avvalgi VIII asr) jigarning o'ng qovurg'alar ostida joylashishini ta'riflagan va jigarning o'tkir jism bilan jarohatlanishini o'limga olib keladigan jarohat deb hisoblagan.

"Tibbiyotning otasi" Gippokrat Kosskiy (miloddan avvalgi 460-377-yillar) o'z asarlarida sariqlikning jigar kasalligi bilan bog'liqligini ta'kidlagan, birinchi bo'lib jigar sirrozini tasvirlagan va sariqlikning "qattiq jigar" bilan birga aniqlanishi yomon prognostik belgi deb hisoblagan. Xalkedonlik Gerofil (eramizdan avvalgi 335-280-yillar) maymunlar va jinoyatchilarning murdalarida tana tuzilishini kesib va ochib o'rgangan, shu bilan butun fanga – anatomiya deb nom berdi (yunoncha. Anatemnein – "parchalash"). U birinchi bo'lib jigar tuzilishini chizmalar ko'rinishida o'zining asosiy asari "Anatomica" asarida qayd etgan. Ushbu asarning asli Aleksandriya kutubxonasi vayron bo'lganligi

sababli yo‘qolgan. Yulidalik Erazistratning Keos orolidagi tadqiqotlari (eramizdan avvalgi 300-240-yillar) Gerofil tomonidan olingan ma’lumotlarni to‘ldirdi va rivojlantirdi. Erazistrat jigar qon tomirlari va o‘t yo‘llarining anatomiyasini to‘liq va aniq tavsifini berib, “parenxima” atamasini fanga kiritgandan so‘ng, u jigarning qon yaratish funksiyani bajarishini taklif qildi. Bundan tashqari, jigar patologiyasida Erazistrat laparotomiyadan so‘ng dori vositalarini bevosita jigar yuzasiga qo‘yishni qo‘llagan.

Aleksandriya anatomlari maktabining asarlari asl nusxalari bugungi kungacha saqlanib qolmagan va bu asarlarni saqlanib qolishida rim tabiatshunosi Avl Korneliy Selsga (miloddan avvalgi 30 - miloddan avvalgi 40 yillar) tegishli bo‘lib, u boy quldor bo‘lgan. U Gerofil va Erazistrat asarlari asosida qullarning kasalliklari va davolash usullari haqida 8 kitobdan iborat “De Medicina” risolasini yozgan. Ushbu risolada Sels Aleksandriya anatomlaridan olingan jigar (jigar 4 bo‘lakdan iborat ekanligini ta’kidladi) va o‘t pufagining rasmlarini taqdim etdi, shuningdek, qizdirilgan temir yordamida jigarda jarrohlik aralashuvlarga katta e’tibor berdi.

Uyg‘onish davrigacha Yevropa tibbiyotida, jumladan, anatomiyada buyuk Rim tabibi va tabiatshunosi Klavdiy Galen (129-201 (yoki 217) yillar) yaratgan tizim hukmronlik qilgan. Qadimgi tibbiyotning bu klassikasi tibbiyot va falsafaga oid 400 dan ortiq asarlar yozgan, ulardan faqat 83 tasi bizning davrimizga qadar yetib kelgan. Uning anatomiya bo‘yicha asosiy “De Usu Partium Porporis Humani” (“Inson tanasining qismlaridan foydalanish to‘g‘risida”) asari 169-175-yillarda yunon tilida yozilgan va 17 kitobdan iborat. Asosan turli hayvonlarning jasadlarini ochish bilan shug‘ullangan Galen birinchi bo‘lib jigarning adashgan nerv orqali innervatsiyasini tafsilotlarini tasvirlab berdi, lekin u noto‘g‘ri ravishda jigarda beshta bo‘lak mavjud deb yozgan. Galenning so‘zlariga ko‘ra, jigar yurak ishini qo‘llab-quvvatlaydi va qon ishlab chiqarish funksiyasiga ega, shuning uchun u jigarni inson tanasidagi asosiy organ deb atagan.

O‘rta asrlarda Galenning inson tanasi a‘zolarining tuzilishi haqidagi

fikrlari V asrgacha Yevropa tibbiy adabiyotida hukmronlik qilgan va shubhasiz qonunga aylangan. Galen va Gippokratlar bilan bir qatorda oʻrta asr Yevropa universitetlari Avitsenna nomi bilan mashhur oʻzbek mutaffakir olimi va tabibi Abu Ali ibn Sinoni ham soʻzsiz tan oldilar (980-1037-yillar). Uning asosiy asarlaridan biri “Tib qonunlari”da jigar va oʻt yoʻllarini tasvirlab bergan.

Uygʻonish davrida Italiyada gepatopankreatobiliar zonaning anatomiyasi va xirurgiyasi sohasida koʻplab keyingi kashfiyotlar amalga oshirildi. Boloniyalik anatom va faylasuf Alessandro Akillini (1463-1512-yillar) oʻz zamondoshlari tomonidan “ikkinchi Aristotel” va “Buyuk Iskandar” laqabini olgan. U oʻt yoʻllarining tuzilishini oʻrgangan va oʻzining “Corporis Humani Anatomia” asarida (1521y.) birinchi boʻlib jigarning oʻroqsimon boylamini tasvirlagan.

Yakopo Berengario da Karpi (1470-1530) Boloniya universitetining anatomi va jarroh professorining 1523-yilda nashr etilgan “Anatomia Carpi” kitobida jigarning tuzilishi haqida “Jigar 5 boʻlakdan, baʼzan 4 yoki 3 ta, baʼzan esa 2 ta boʻlakdan iborat” deb yozib qoldirgan.

1535-yilda ispan shifokori Andres Laguna (1499-1559 yy.) tomonidan “Anatomica Methodus seu de Sectione Humani Corporis Contemplatio” nomli kitob nashr etildi, unda jigarning loblar tuzilishi quyidagicha tasvirlangan: «Juda kamdan kam hollarda, jigar 5 ta, koʻpincha toʻrttadan va koʻproq 3 ta boʻlakdan iborat».

Padua, Bolonya va Pizadagi mashhur anatomiya professori Andreas Vezaliy (asl ismi Andriyes van Vesel, 1514-1564 yy.) keyinchalik ilmiy anatomiya asoschisi sifatida tan olingan, oʻzining asosiy “De Humani Corporis Fabrica” nomli risolasida birinchi boʻlib jigarda 2 boʻlakni tasvirlab bergan: kichik chap va katta oʻng boʻlaklar va jigarni boʻlaklarga boʻluvchi chegara oʻroqsimon boylam boʻylab oʻtadi deb yozgan. Vezaliy jigar parenximasida portal vena va jigar venalari tarmoqlari joylashuvini birinchi batafsil tavsiflab bergan.

1627-yilda belgiyalik Padua universitetining anatomiya va jarrohlik

professori Adrian Spigeliusning (asl ismi Adrian van den Spigel, 1578-1625 yy.) “De Humani Corporis Fabrica Libri decem” asari (o‘limidan keyin) nashr etildi. Ushbu asarda birinchi bo‘lib jigarning dumsimon bo‘lagi tasvirlangan.

1628-yilda taniqli ingliz shifokori Uilyam Xarvining (1578-1657 yy.) «Hayvonlarda yurak va qon harakatining anatomik tadqiqoti» asari nashr etilganidan boshlab yangi tibbiyot fani – fiziologiya paydo bo‘ldi va 1640-yilda Leyden tibbiyot professori Yoxannes Valey (1604-1648 yy.) Xarvining asarlarida jigar arteriyasi, o‘t yo‘llari va darvoza venasidan iborat bo‘lgan portal triadalar tasvirlangan, ular jigar kapsulasining davomi bo‘lib, keyinchalik Kembrij tibbiyot professori Frensis Glisson (1597-1677 yy) sharafiga Glisson kapsulasi deb nomlangan. Uning gepatologiya bo‘yicha birinchi monografiyasi hisoblangan «Anatomia Hepatis» (1654) kitobida o‘z davrining jigar anatomiyasining eng to‘liq tavsifi, shu jumladan jigar kapsulasi va jigar arteriyasi, darvoza venasi va o‘t yo‘llari uchun qobiq tavsifi mavjud. Glisson o‘z risolasida jigarning anatomik tuzilmalarini inyeksiya qilish orqali o‘zi tomonidan olingan intragepatik qon-tomirlar va kanallarning o‘rganish natijalariga asoslanib, jigarning qon tomir anatomiyasini va o‘t yo‘llarining tuzilishini tasvirlaydi. Bundan tashqari, u xoledoxning og‘zida maxsus mushak apparati (sfinkter) mavjudligi haqidagi fikrga ega, katta o‘n ikki barmoqli ichak papillasining birinchi bo‘lib tavsiflagan. Glisson portal venadan qon pastki kovak venaga kichik tomirlar orqali quyilishini va jigarning asosiy vazifasi safro ishlab chiqarishdan iborat degan fikrni ilgari surgan.

Iogann Vesling (1598-1649 yy.) 1647-yilda Iogann Virsung tomonidan asosiy oshqozon osti bezi kanalini kashf etgan paytda Padua universitetida anatomiya va jarrohlik professori bo‘lgan, birinchi bo‘lib portal venaning bifurkatsiyasini tasvirlagan.

Boloniya universitetining mashhur tibbiyot professori Marcello Malpigi (1628-1694 yy.) o‘zining “De Viscerum Structura Exercitation Anatomica” (1666 y) risolasida birinchi bo‘lib jigarni katta bez sifatida tasvirlab, jigardan hosil bo‘lgan safro oqimi o‘t yo‘llari orqali amalga oshiriladi, ya’ni ilgari

o‘ylanganidek safro o‘t pufagida emas jigarda hosil bo‘ladi deb yozgan. Xuddi shu kitobda italiyalik olim darvoza va jigar venalari o‘rtasidagi aloqa kapillyarlar orqali amalga oshirilishini, shuningdek 1661-yilda jigarning olti burchakli bo‘laklari haqida batafsil tavsif berdi. Uch yildan so‘ng shveysariyalik shifokor Iogann Vepfer (1620-1695 yy.) cho‘chqaning jigar to‘qimalarida “atsinus”ni (u jigar bo‘lakchalarini shunday deb atagan) aniqlagan.

Porto-kaval anastomozlar mavjudligi haqida birinchi bo‘lib 1748-yilda nemis anatomi Kazimir Kristof Shmidel (1718-1791 yy.) xabar bergan. U portal va kaval tomirlar tizimlari o‘rtasidagi aloqalarning 4 guruhini ajratib ko‘rsatdi: oshqozon, qizilo‘ngach, yo‘g‘on ichak va kichik chanoqda deb habar bergan.

Mashhur shveysariyalik anatom va fiziolog Albrext fon Galler (1707-1778 yy.) jigarda o‘ng, chap, old va kaudal bo‘laklarini ajratib ko‘rsatdi va birinchi bo‘lib 1758-yilda oshqozon osti bezi boshchasidagi arterial arkadlarni tasvirlab berdi.

Irlandiyalik jarroh Frensis Kirnan (1800-1874 yy.) o‘zining “Jigarning anatomiyasi va fiziologiyasi” (1833 y.) kitobida markazda jigar venasi va periferiya bo‘ylab joylashgan oltita jigar triadasi bo‘lgan Kirnan nomi bilan atalgan jigar bo‘lakchalarining tuzilishi sxemasini taklif qildi.

1851-1854-yillarda. rus jarrohi va anatomi Nikolay Ivanovich Pirogovning (1810-1881 yy.) “Muzlatilgan inson tanasi orqali uch yo‘nalishda qilingan kesmalarining illyustratsiyali topografik anatomiyasi” nomli 4 jilddan iborat asari nashr etildi. N.I.Pirogovning mehnatlari sharofati bilan jarrohlar organlarning, shu jumladan qorin bo‘shlig‘i organlarining o‘zaro joylashish holatini tushunishga muvaffaq bo‘lishdi va bemorlarga minimal shikast bilan operatsiyalar amalga oshirishdi.

XIX asr oxirida Pragalik anatomiya professori Xyugo Reks (1861-1936 yy.) korroziya texnikasidan foydalangan holda, portal venaning o‘ng va chap shoxlari keyinchalik o‘xshash bo‘linishga ega ekanligini va oxir-oqibat ikkita bir-biriga bog‘liq bo‘lmagan bo‘laklarni hosil qilishini ko‘rsatdi. Bu kashfiyot Reksga jigar bo‘laklari orasidagi chegara o‘roqsimon boylam bo‘ylab emas,

balki o't pufagi o'rindig'i va pastki kovak vena o'yig'i (egati) orqali o'tadi degan fikrni aytishga imkon berdi. 1897-yilda Shotlandiya shifokori va anatomi Jeyms Kantli (1851-1926 yy.) portal venaga bo'yoqli inyeksiyalaridan foydalanib, jigarning "haqiqiy bo'laklari" orasidagi chiziq o't pufagi o'rindig'idan pastki kovak venaning supragepatik qismigacha bo'lgan chiziq bo'ylab o'tishini isbotladi. Bu chiziq esa Reks-Kantli chizig'i deb ataldi.

Rus jarrohi Aleksandr Vasilevich Melnikov (1889-1958 yy.) 1922-1924-yillardagi ishlarida birinchi bo'lib jigarda (segmentlarda) ajratilgan qon aylanish zonolari mavjudligini aniq ko'rsatdi, ularning chegaralari tashqi belgilarga ko'ra organning bo'laklarga bo'linishi bilan mos kelmaydi, shuningdek, Reks-Kantli chizig'i bo'ylab avaskulyar zonaning mavjudligini tasdiqladi va bu chiziq bo'ylab gemigepatektomiya amalga oshirilishi ko'zda tutilgan.

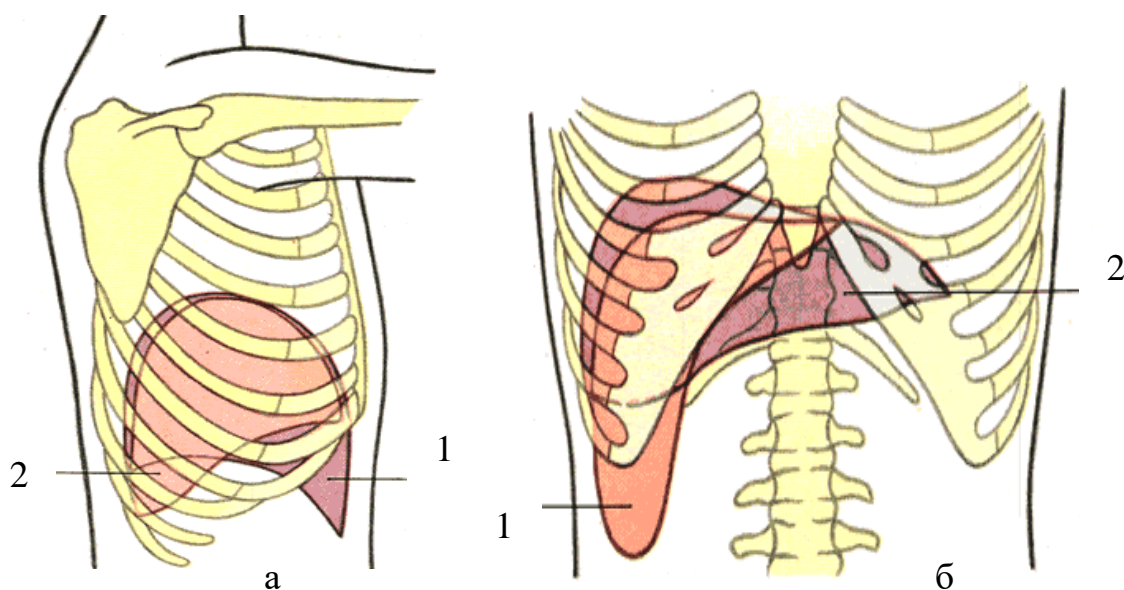
Jigarning segmentar anatomiyasini tushunishdagi inqilobiy o'zgarishlar fransuz jarrohi va anatomi Klod Moris Kuino (1922-2008 yy.) nomi bilan bog'liq. Jigar ichidagi tomirlar va o't yo'llari anatomiyasini o'rganish bo'yicha tajribalarini 30 yoshida boshlagan. 1952-1954-yillarda Quining 3 ta maqolasi nashr etilgan bo'lib, unda u jigarning qon bilan ta'minlanishi, safro va limfa oqimiga muvofiq 8 segmentga bo'linishini grafik tasvirini taqdim etdi.

1.2. JIGAR XIRURGIK ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Jigar (hepar) odam organizmining eng yirik ichki a'zolaridan biri hisoblanadi. U o'zining ko'p qismi bilan o'ng qovurg'a ostida joylashadi, epigastral sohani va qisman chap qovurg'a osti sohalarini egallaydi.

Chegaralari. Skeletotopik jihatdan jigarning yuqori chegarasi o'ngda X qovurg'aaro sohada o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha, o'ng tomonda o'rta o'mrov suyagi chizig'i bo'yicha IV qovurg'alararo sohagacha yetadi. So'ng xanjarsimon o'simtadan yuqorida to'sh suyagini kesib o'tadi va V qovurg'aaro sohada chap to'sh oldi chizig'igacha boradi. Pastki chegara ham X qovurg'aaro sohada boshlanadi, nishob holatda yuqoriga va chapga o'tadi. Qovurg'a yoyini kesib o'tadi va VII chap qovurg'a tog'ayi hamda chap V qovurg'aaro sohada

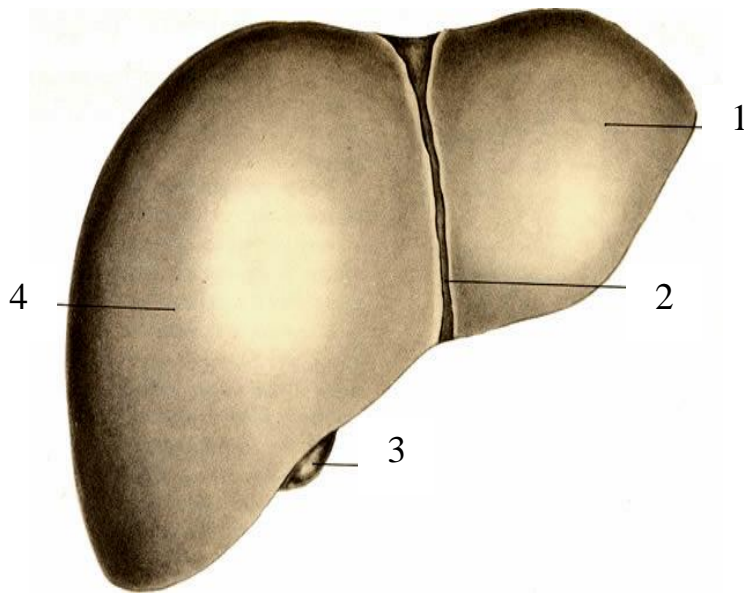
yuqori chegara bilan tutashadi. Jigarning pastki chegarasi ancha o'zgaruvchan bo'ladi (1-rasm).



1-rasm. Jigar topografiyasi. a) 1- ventropetal (*anteflexio*); 2 - dorsopetal (*retroflexio*). b) 1 - o'ng tomonlama (*dextropositio*); 2 - chap tomonlama (*sinistropositio*).

Jigar 2 ta yuzaga, ya'ni diafragmal va visseral yuzaga bo'linadi. U pastga va orqaga qaragan bo'lib, boshqa a'zolar hisobiga hosil bo'lgan botiqligi bilan ularga yopishib turadi. Bu yuzalar pastki o'tkir qirra orqali bir-biriga o'tadi, yuqorigi orqa qismning shu darajada silliqanishi natijasida, uni jigar diafragmal yuzasining orqa qismi deb qaraladi.

Jigarda 2 ta bo'lak farqlanadi o'ng va (kichik) chap bo'laklari bo'lib, diafragmal yuzada jigarning o'roqsimon bog'lami yordamida 2 ga ajralgan. Jigarning visseral yuzasi chap bo'ylama egat orqali bo'lingan bo'lib, uning old qismidan jigarning dumaloq bog'lami o'tadi, orqa qismida esa fibroz tortma, ya'ni yopiq venoz yo'l joylashadi (2- va 3-rasmlar)



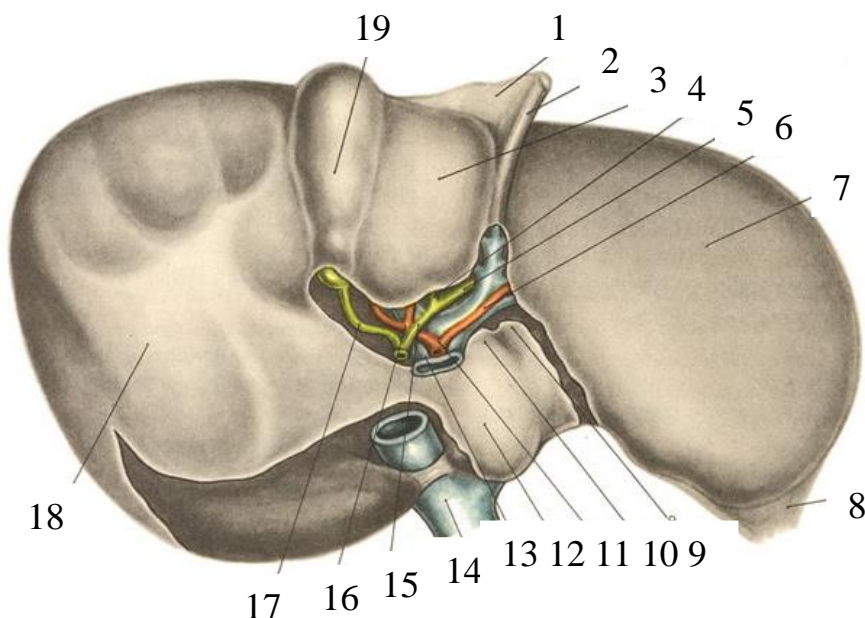
2-rasm. Jigarning diafragmal yuzasi: 1 - lobus hepatis sinister; 2 - lig. falciforme hepatis; 3 - vesica fellea; 4 - lobus hepatis dexter.

Jigar o'ng bo'lagining pastki yuzasida chap bo'ylama egatga parallel ravishda o'ng bo'ylama egat joylashadi. Uning oldingi bo'limida o't pufagi, orqasida-pastki kovak vena joylashadi. Ikkala bo'ylama egatlar orasida chuqur ko'ndalang egat-jigar darvozasi joylashadi, undan oldinda kvadrat bo'lak, darvozadan orqada esa jigarning dumli bo'lagi farqlanadi. Jigarning diafragma yuzasi diafragma tegib turadi, visseral yuzasi turli organlar (o'ng buyrak va buyrak usti bezi, o'n ikki barmoq va yo'g'on ichaklar, me'da, qizilo'ngach) ga yopishib turadi, buning natijasida visseral yuzada shu a'zoldan o'ymalar hosil bo'ladi. Jigarga uning darvozasi orqali xususiy jigar arteriyasi va darvoza venasi kiradi, umumiy jigar yo'li va olib ketuvchi limfa tomirlari chiqadi.

Jigar qorin parda bilan mezoperitoneal qoplangan: uning diafragma qaragan orqa yuzasi qorin parda bilan o'ralmagan. Jigarning seroz qobig'i ostida fibroz qavat joylashgan bo'lib, uni Glisson kapsulasi deb ham ataladi. Jigar darvozasi sohasida fibroz parda tomirlar bilan birga jigar parenximasiga kiradi va yupqa biriktiruvchi to'qimali qobiqchalar holida uning bo'lakchalarini o'rab turadi.

Jigar og'irligi katta yoshli insonda 1200-1800 g., uzunligi o'rtacha 25-30

sm., kengligi - 15-20 sm. va bo‘yi 9-14 sm. ga to‘g‘ri keladi. Jigar shakli odam yoshiga, tana tuzilishiga va patologik holatlarga bog‘liq bo‘ladi. Hozirgi vaqtda jigar jarrohligining muvaffaqiyatli rivojlanishi bilan jigarining segmentar tuzilishi haqidagi tushunchalar keng tarqaldi.

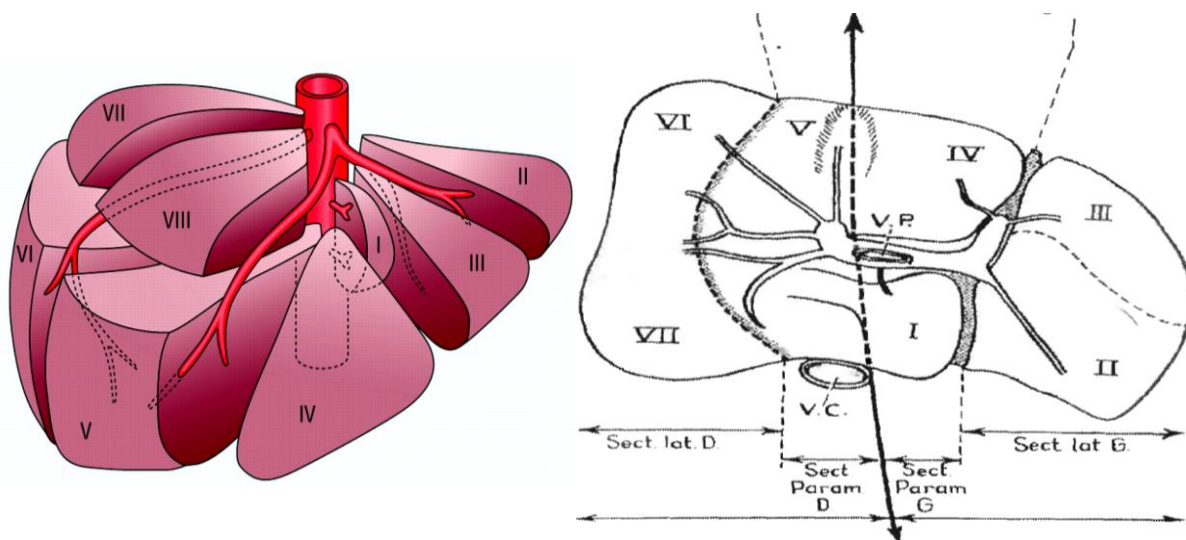


3-rasm. Jigarining visseral yuzasi. 1-lig. *falciforme hepatis*; 2 - lig. *teres hepatis*; 3 - *lobus quadratus*; 4 - *ductus hepaticus dexter*; 5 - *ductus hepaticus sinister*; 6 - *ramus sinister a. hepaticae propriae*; 7 -*lobus hepatis sinister*; 8 - lig. *triangulare sinistrum*; 9 - *processus papillaris*; 10 - *processus caudatus*; 11 - *a. hepatica propria*; 12 - *lobus caudatus*; 13 - *v. portae*; 14 - *v. cava inferior*; 15 - *ductus hepaticus communis*; 16 - *ramus dexter a. hepaticae propriae*; 17 - *ductus cysticus*; 18 - *lobus hepatis dexter*; 19 - *vesica fellea*.

Jigar segmentlari. Segment - jigarining yaqqol, alohida o‘z qon aylanishi, innervatsiya, o‘t va limfa yo‘llariga ega bo‘lgan sohasidir. Bu jigarining shunday sohaslarini qo‘shni segmentlarga zarar yetkazmasdan jarrohlik yo‘li bilan olib tashlashga imkon beradi. Segment faqat fazoviy tushunchagina emas. U darvoza sistemasining tarmoqlanish xususiyatlarini ham o‘zida aks ettiradi: segmentga darvoza venasining yirik shohi jigar arteriyasining shohi bilan birga kiradi, o‘t yo‘li hamda limfa tomirlari esa segmentdan chiqadi. Darvoza venasining

tarmoqlanishi doimiy (bir hil) bo'lmaganligi sababli, ilmiy izlanuvchilar jigar segmentlarining sonini turlicha keltiradi.

Hozirgi vaqtda qon bilan ta'minlanish, o't va limfa oqishi sohalariga mos keluvchi jigarining segmentar bo'linishining bir qancha sxemalari taklif etilgan. Lekin eng tarqalgani Kuino sxemasi bo'lib unga ko'ra, jigarda 8 segment farq qilinadi. Bu sxemaga muvofiq jigarining o'ng bo'lagida V (paramediokaudal) va VIII (paramediokranial) segmentlardan tashkil topgan o'ng paramedian sektor hamda VI (laterokaudal) va VII (laterokranial) segmentlardan tashkil topgan o'ng lateral sektor farqlanadi. Jigarining chap bo'lagida III (laterokaudal) va IV (paramediokaudal) segmentlardan tashkil topgan chap paramedian sektor hamda II (laterokranial) segmentdan iborat bo'lgan chap lateral sektor tafovut qilinadi. I (paramediokranial) segment chap dorsal segmentni hosil qiladi (4-rasm).



4-rasm. Jigar segmentlari

Jigarining boylam apparati bu a'zoni yetarlicha mahkamlovchi baquvvat boylamlardan iborat. Jigarining toj boylami uning orqa-yuqori yuzasini diafragmaning pastki yuzasiga frontal tekislik bo'yicha mustahkam fiksatsiya qiladi. Jigarining o'ng va chap tomonlarida boylam o'ng va chap uchburchak boylamlarga davom etadi. O'roqsimon boylam sagittal tekislik bo'yicha diafragma va jigarining qavariq diafragma yuzasi orasida, uning o'ng va chap bo'laklari chegarasida joylashadi.

Jigarning yumaloq boylami kindik bilan jigar darvozasi o'rtasida, uning chap bo'ylama egatida joylashadi. Boylam o'zida qisman obliteratsiyalangan kindik venasini tutadi. Jigarning oldingi qirg'og'ida o'roqsimon va yumaloq boylamlar o'zaro qo'shiladi. Jigarning visseral yuzasidan pastga tomon jigar-me'da, jigar-o'n ikki barmoq ichak va jigar-buyrak boylamlari davom etadi. Jigarning fiksatsiyasida, aytib o'tilgan boylamlardan tashqari, o'ziga jigar venalarini qabul qiluvchi pastki kovak vena, shuningdek, qorinning ichki bosimi, diafragma va qorinning oldingi yonbosh devori mushaklarining tonusi ma'lum ahamiyatga ega.

Jigarning qon bilan ta'minlanishi. Jigar qon-tomir sistemasining xususiyati shundaki, unga qon 2 ta tomir: xususiy jigar arteriyasi va darvoza venasi orqali keladi.

Xususiy jigar arteriyasi qorin stvolining shoxi bo'lgan umumiy jigar arteriyasining tarmog'idir. Xususiy jigar arteriyasi jigar-o'n ikki barmoq ichak bog'lami varaqlari orasida umumiy o't yo'lidan chapda joylashib, jigar darvozasiga yo'naladi. U o'ng va chap shohlarga bo'linadi. O'ng shox o't pufagiga o't-pufak arteriyasini beradi va jigarning o'ng bo'lagini qon bilan ta'minlaydi. Chap shox jigarning chap, kvadrat va dumli bo'laklarini qon bilan ta'minlaydi, biroq boshqa variantlar ham bo'lishi mumkin.

Jigarga qon olib keluvchi ikkinchi tomir darvoza venasi bo'lib, u qorin bo'shlig'ining hamma toq a'zolaridan venoz qonni olib ketadi. Darvoza venasining yirik vena stvoli me'da osti bezi boshchasidan orqada, ko'pincha, 3 ta asosiy venadan, me'da va me'da osti bezidan qon olib ketuvchi taloq venasi, chambar ichakning o'ng yarmidan va ingichka ichakning hammasidan venoz qonni olib ketuvchi yuqori ichak tutqich venasi hamda chambar ichakning chap yarmidan qon olib ketuvchi pastki ichak tutqich venasidan tarkib topadi. Darvoza venasining boshlanish venalari qo'shiluvchi qo'shimcha boshqa variantlari ham bo'lishi mumkin.

Jigardan venoz qon jigar venalari sistemasi orqali oqib ketadi. Bu venalar esa pastki kovak venaga, uning jigar orqa yuzasiga yopishgan joyida quyiladi va

ko'pincha 3-4 ta jigar venalari uchraydi.

Jigar innervatsiyasida qorin chigalidan, sayyor va o'ng diafragmal nervlardan boruvchi nerv tolalari qatnashadi. Jigar darvozasi oldida ko'rsatib o'tilgan manbalardan oldingi va orqa jigar chigallari shakllanadi. Undan boshlanuvchi nerv tolalari biriktiruvchi to'qima qatlamchalari orqali butun a'zoga tarqaladi.

Jigarda limfa oqimi. Jigarda yuza va chuqur olib ketuvchi limfa tomirlari farq qilinadi. Jigar yuqori yuzasining yuza olib ketuvchi limfa tomirlari va jigar venalarini kuzatib boruvchi chuqur tomirlar asosan ko'krak bo'shlig'idagi limfa tugunlariga, jigarning boshqa olib ketuvchi tomirlari esa qorin bo'shlig'idagi tugunlarga quyiladi. Jigarning ko'krak bo'shlig'iga kiruvchi limfa tomirlari diafragmani teshib o'tadi yoki diafragmadagi yoriqlar (diafragmaning to'sh va qovurg'a qismlari orasida) va tomirlar teshiklari (aorta teshigi, pastki kovak vena teshigi) orqali o'tadi. Ko'krak bo'shlig'ida jigarning olib ketuvchi limfa tomirlari qovurg'alararo, diafragma (perikard oldi) va orqa ko'ks oralig'i (qizilungach oldi) tugunlariga quyiladi.

Qorin bo'shlig'idagi tugunlarga quyiluvchi jigarning olib ketuvchi limfa tomirlari uchun I bosqichdagi regional tugunlar quyidagilardir:

- 1) umumiy va xususiy jigar arteriyalari bo'ylab joylashgan jigar tugunlari;
- 2) chap me'da arteriyasi yo'li bo'ylab joylashgan tugunlar;
- 3) aorta va pastki kovak vena atrofida joylashgan tugunlar. Jigar, oshqozon va oshqozon osti bezi limfa tomirlari uchun II bosqichdagi asosiy regional tugunlar qorin arteriyasiga yaqin yotuvchi qorin tugunlaridir.

Jigar va qorin limfa tugunlarining qorin bo'shlig'idagi boshqa tugunlar bilan bog'lanishi ikki tomonlama limfaning oqib ketishiga imkon beradi.

Jigar fiziologiyasi. Jigar ko'p funksiyali organdir. U quyidagi funksiyalarni bajaradi:

1. Oqsil almashinuvida ishtirok etadi. Bu funksiya aminokislotalarning parchalanishi va qayta joylashishida ifodalanadi. Jigarda aminokislotalarning dezaminlanishi fermentlar yordamida sodir bo'ladi. Jigar plazma oqsillarini

(albuminlar, globulinlar, fibrinogen) sintezida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Jigarda zahira oqsili mavjud bo'lib, u oziq-ovqatdan protein miqdori cheklangan bo'lsa ishlatiladi.

2. Jigar uglevod almashinuvida ishtirok etadi. Jigarga kiradigan glyukoza va boshqa monosaxaridlar shakar zaxirasi sifatida saqlanadigan glikogenga aylanadi. Sut kislotasi va oqsil va yog'larning parchalanish mahsulotlari glikogenga aylanadi. Glyukoza iste'mol qilinganda, jigardagi glikogen qon oqimiga kiradigan glyukozaga aylanadi.

3. Jigar yog' almashinuvida o'tning ichakdagi yog'larga ta'siri orqali, shuningdek, lipoidlar (xolesterin) sintezi va keton tanachalari hosil bo'lishi bilan bevosita yog'larning parchalanishi orqali ishtirok etadi. Yog' kislotalari jigarda oksidlanadi. Jigarning eng muhim vazifalaridan biri shakardan yog' hosil bo'lishidir. Uglevodlar va oqsillarning ko'pligi bilan lipogenez, uglevodlar yetishmasligi bilan oqsildan glyukoneogenez ustunlik qiladi. Jigar yog'lar omboridir.

4. Jigar vitaminlar almashinuvida ishtirok etadi. Barcha yog'da eriydigan vitaminlar ichak devorida faqat jigar tomonidan ajratilgan o't kislotalari ishtirokida so'riladi. Ba'zi vitaminlar jigarda saqlanadi. Ularning ko'pchiligi jigarda sodir bo'ladigan kimyoviy reaksiyalarda ishtirok etadi. Vitaminlarning bir qismi jigarda faollashadi, fosforlanish jarayoni sodir bo'ladi.

5. Jigar steroid gormonlar va boshqa biologik faol moddalar almashinuvida ishtirok etadi. Xolesterin jigarda hosil bo'ladi, u steroid gormonlarining kashshofidir. Jigarda ko'plab gormonlarning bo'linishi va inaktivatsiyasi mavjud: tiroksin, aldosteron, qon bosimi, insulin va boshqalar.

6. Jigar gormonlar almashinuvidagi ishtiroki tufayli gomeostazni saqlashda muhim rol o'ynaydi.

7. Jigar mikroelementlar almashinuvida ishtirok etadi. Bu ichakdagi temirning so'rilishiga ta'sir qiladi va uni to'playdi. Jigar mis va rux omboridir. U marganes, kobalt va boshqalar almashinuvida ishtirok etadi.

8. Jigarning himoya (to'siq) funksiyasi quyidagilarda namoyon bo'ladi.

Birinchidan, jigardagi mikroblar fagotsitozga uchraydi. Ikkinchidan, jigar hujayralari endogen va ekzogen toksik moddalarni zararsizlantiradi. Oshqozon-ichak traktidan portal tomir tizimi orqali barcha qon jigarga kiradi, bu yerda ammiak kabi moddalar neytrallanadi (karbamidga aylanadi). Jigarda zaharli moddalar zararsiz juftlashgan birikmalarga (indol, skatol, fenol) aylanadi.

9. Jigarda moddalar sintezlanadi, qon ivishida antikoagulyant tizim komponentlari ishtirok etadi.

10. Jigarning chiqarish funksiyasi safro hosil bo'lishi bilan bog'liq, chunki jigar tomonidan chiqariladigan moddalar safro tarkibiga kiradi. Bu moddalarga bilirubin, tiroksin, xolesterin va boshqalar kiradi.

11. Jigar qon ombori hisoblanadi.

12. Jigar issiqlik hosil qiluvchi eng muhim organlardan biridir.

13. Jigarning ovqat hazm qilish jarayonlarida ishtiroki asosan jigar hujayralari tomonidan sintezlanadigan safro bilan ta'minlanadi.

1.3. O'T YO'LLARI XIRURGIK ANATOMIYASINING RIVOJLANISH TARIXI

Jigardan tashqari o't yo'llarini batafsil o'rganish va tavsiflashda qadimgi yunon mutafakkiri Aristotelning (miloddan avvalgi 384-322 yy.) hizmatlari katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, qiyosiy anatomiya asoschisi bo'lgan Aristotel ba'zi hayvonlarda o't pufagining yo'qligini aniqlagan.

Galen tadqiqotlariga ko'ra, odam o't pufagida o'n ikki barmoqli ichakka quyiladigan ikkita kanal bor: o't qopi va o't yo'li. Olim safroning o'zini esa qonni tozalash mahsuloti deb hisoblagan. Galen tibbiyot tadqiqotchisi sifatida birinchi bo'lib sariqlikning 4 turini, shu jumladan obturatsion sariqlikni aniqladi va quyidagicha sariqlik sabablarini tavsifladi:

- 1) umumiy o't yo'lining yallig'lanishi, zichlashishi va bosilishi;
- 2) Isitma xolatining kritik bosqichida;
- 3) o't yo'llarining obstruksiyasi;

4) zaharli hayvon yoki hashorotlar tishlashi.

Rim madaniyati Vizantiya imperiyasi davrida, ya'ni VI asr o'rtalarida Yustinian I hukmronligi davrida o'zining eng yuqori cho'qqisiga erishgan. Vizantiyaning mashhur tabiblaridan biri Aleksandr Trall (taxminan 525-605-yillar) birinchi marta o't yo'llaridagi toshlarni tavsiflagan. Keyinchalik tibbiy adabiyotlarda o't pufagidagi toshlar haqida ishonchli ma'lumotlar paydo bo'ldi. Padunlik anatomiya va jarrohlik professori Djentile da Folino (1280 va 1290-1348-yillar oralig'i) 1341-yilda o'z davridagi mashhur ayol jasadini mo'miyolash paytida o't pufagi bo'ynida katta yashil toshni topgan.

V asrning ikkinchi yarmida Florensiyaning mashhur shifokori Antonio Beniveni (1443-1502 yy.) uzoq vaqt davomida jigar sanchig'i xurujlaridan aziyat chekkan ikki o'lgan bemorlarning autopsiya qilganda o't pufagida toshlar topilganligi haqida habar berdi va birinchi bo'lib kasallikni klinik manzarasi va o't toshlari o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganishga harakat qildi. Benivenining kuzatishlari natijalari uning 1506-yilda nashr etilgan "De Abditis Morborum Causis" (Kasalliklarning yashirin sabablari) kitobida jamlangan.

Andreas Vezaliyning kitobida 2 kishining autopsiya paytida o't pufagida toshlar topilganligi va uning shogirdi Gabriel Falloppiy (1523-1562 yy.) o'zining "Anatomik kuzatishlar" (1562 y.) asarida o't pufagi va umumiy o't yo'lidagi toshlar haqidagi xabarlar mavjud.

Fransuz shifokori, matematigi va astronomi Jan Fernel (1497-1558 yy) o'zining "De Morbis Universilibus et Particularibus" (1588-yilda nashr etilgan) risolasida o't pufagida toshlarning paydo bo'lishiga safroning o't pufagida dimlanishi sabab bo'ladi va jigar sanchig'i, sariqlik, siydik rangining to'qlashishi va oq loy ko'rinishidagi najas kelishi kabi klinik manzara bilan namoyon bo'lishi, shuningdek, bemorlarning axlatida ham o't toshlari bo'lishi mumkinligini ta'kidladi. Mantualik (Italiya) shifokor Marchello Donati (1538-1602 yy.) o'zining "De Medica Historia Mirabili" (1588 y.) kitobida bemorlarning qusuq massasida va najasida o't toshlarining aniqlanishi haqida ma'lumotlar mavjud.

Nemis anatomi va jarrohi Lorens Geyster (1683-1758 yy.) 1717-yilda anatomiya to'g'risida darslik nashr etgan va ushbu manbada u o't pufagi yo'lining spiralsimon burmalarini (Geyster burmalari) tasvirlagan.

1720-yilda Vittenbergda anatomiya professori Abraham Fater (1684-1751 yy) "De novo bilis diverticulum" nomli ma'ruzasini o'qidi, unda umumiy o't yo'lining distal uchida joylashgan divertikul haqida ma'lumot berdi. Shunday qilib, Fater xoledoxotselening kam uchraydigan shaklini (umumiy o't yo'li divertikulini) tasvirlab berdi, lekin u o'z asarlarida gepato-duodenal ampula va o'n ikki barmoqli ichak katta so'rg'ichi haqida yozmagan, lekin hozirgacha bu tuzilmalar tibbiy adabiyotlarda uning nomi bilan ataladi.

Italiyalik anatom Jovanni Bianki (1693-1775 yy.) F. Glissonning umumiy o't yo'lining distal uchida mushak apparati mavjudligi haqidagi g'oyasining isboti sifatida o'zining kuzatuvlarini keltirib o'tadi, unga ko'ra Bianki umumiy o't yo'lining oxir qismida "qattiq go'shtli konus - sfinkterni" aniqladi ("Historia Hepatica", 1725 y.).

XVIII-asrning yirik italyan anatomi Jovanni Battista Morgani (1682-1771 yy.) o'zining "Kasalliklarning joylashuvi va sabablari" kitobida (1761 y.), birinchi bo'lib o't toshlarining erkak va ayollarda tarqalishini va davolash samaradorligini tahlil qildi. Bundan tashqari, olim o't pufagining bukilib qolishini ham tasvirlab berdi.

1818-yilda irlandiyalik jarroh va anatom Filipp Krampton (1777-1858 yy.) birinchi bo'lib obstruktiv sariqlik bilan kechuvchi oshqozon osti bezi boshchasining yallig'lanishi oqibatida o't yo'llarining bosilishini izohlab berdi. 1825-yilda Edinburglik shifokor Richard J. Martland oshqozon osti bezi boshchasi saratoni hamda 1836-yilda londonlik jarroh J. Mondiyer surunkali pankreatit oqibatida obturatsion sariqlik rivojlanishini tavsiflab berdilar.

Italiyalik anatom va jarroh Rudjero Oddi (1854-1913 yy.) Perudja universitetining tibbiyot fakulteti 4-bosqich talabasi sifatida 1887-yilda jigar-oshqozon osti bezi ampulasining sfinkteri tuzilishiga oid morfologik kuzatishlarini nashr etdi va shu bilan o'z nomini abadiylashtirdi.

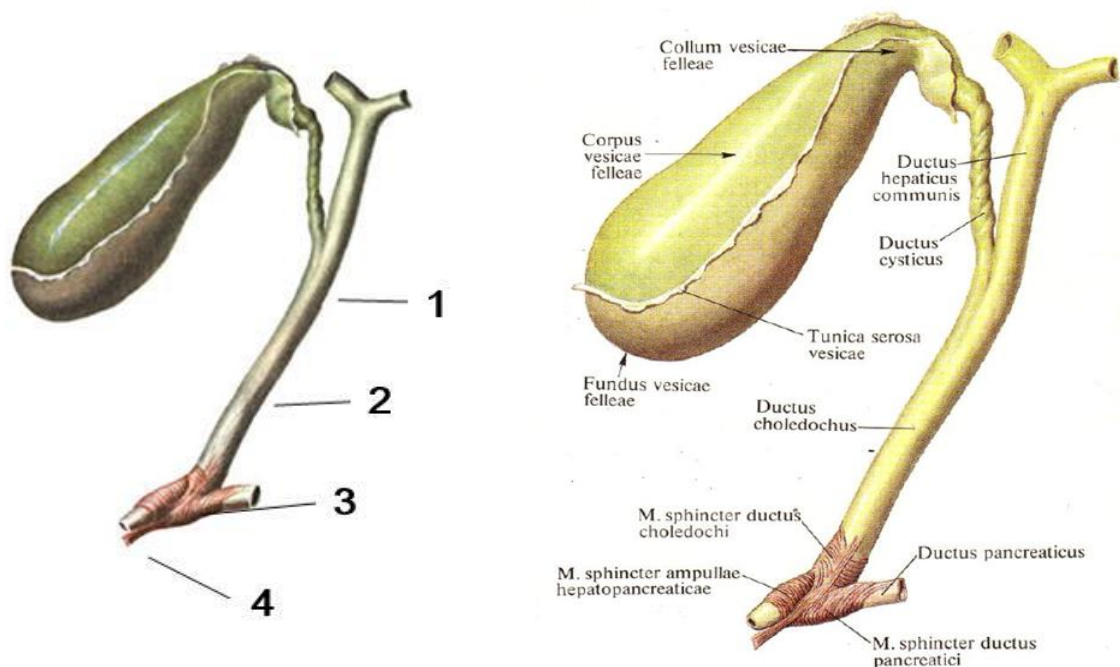
Talabalik davrida va 1890-yilda doktorlik dissertatsiyasini himoya qilish paytida Jan-Fransua Kalo (1861-1944 yy.) xoletsistektomiya uchun jarrohlik mo'ljalini - o't pufagi-jigar uchburchagini (keyinchalik uning nomi bilan atalgan) tasvirlab berdi va amaliyotga tavsiya qildi.

1.4. JIGAR ICHI VA JIGARDAN TASHQARI O'T YO'LLARI XIRURGIK ANATOMIYASI

Umumiy jigar yo'li (UJY) - Ductus hepaticus communis o'ng va chap jigar o't yo'llarining qo'shilishi natijasida jigar darvozasidan boshlanadi. Qo'shilish joyi 90-95 foiz hollarda jigardan tashqarida joylashadi. Ayrim hollarda o'ng va chap jigar o't yo'li jigar ichida yoki o't pufagi yo'li o'ng jigar yo'lga qo'shilgandan keyin birikadi. Jigar darvozasi sohasidagi jigar ichi o't yo'llari ko'p sonli yon shoxlanishga (150-70 mk diametrda) ega, ulardan bir qismining uchi yopiq, boshqalari esa o'zaro anastomozlashib, o'ziga xos to'r hosil qiladi.

Bu hosilalarning funksional ahamiyati to'liq o'rganilmagan. Ma'lum bo'lishicha, yopiq shoxlanishlarda safro yig'ilib, o'zgarishlarga (tosh hosil bo'lish ehtimoli) uchraydi. UJY o'rtacha uzunligi 3 sm tashkil qiladi. O't pufagi yo'lining UJYga quyilish joyidan umumiy o't yo'li (UO'Y) boshlanadi va 4 - 1 sm (o'rtacha 7 sm) atrofida bo'ladi. Uning diametri o'rtacha 5 - 6 mm bo'lib, normada 8 mm dan oshmaydi. UO'Yning kattaligi tekshirish usuliga bog'liq ekanligini unutmazlik ahamiyatlidir.

Endoskopik va intraoperatsion xolangiografiyada UO'Yning diametri 10-11 mmdan oshmaydi, uning bu diametrdan keng bo'lishi safro gipertenziasidan darak beradi. Teri orqali ultratovush tekshiruvida (UTT) normada uning diametri kichik, 3-6 mmni tashkil qiladi. Magnit-rezonansli xolangiografiya (MRXG) natijasiga ko'ra UO'Yning diametri 7 - 8 mm. UO'Y to'rt qismdan iborat (5-rasm).



5-rasm. O't pufagi va umumiy o't yo'lining qismlari. 1) supraduodenal qism; 2) retroduodenal qism; 3) me'da osti bezi qism; 4) duodenal qism.

Supraduodenal qismi o'n ikki barmoq ichakdan (O'BI) yuqorida joylashgan. Retroduodenal qismi O'BI yuqori bo'limining orqasidan o'tadi. UO'Yning me'da osti bezi (MOB) qismi me'da osti bezi bosh qismi va O'BI pastga tushuvchi qismi devori orasida bo'lib, tashqarida (o't yo'li me'da bosh qismi orqa yuzasidagi yegatda joylashadi) yoki me'da osti bezi to'qimasining ichida joylashadi. UO'Yning bu qismi ko'pincha MOB bosh qismi o'smalarida, kistalarida va yallig'lanishli o'zgarishlarda bosimga uchraydi.

JO'Y umumiy jigar arteriyasi, darvoza venasi, limfa tomirlari, limfa tugunlari va nervlari bilan birga jigar - o'n ikki barmoq ichak boylami (JO'B) tarkibiga kiradi. Boylamning asosiy anatomik elementlari qo'yidagi ketma - ketlikda joylashadi: lateral tamondan boylam qirrasida UO'Y; undan medial tamonda umumiy jigar arteriyasi o'tadi; ularning orasida dorsal (chuqurroq) sohada darvoza venasi joylashgan. JO'Bning taxminan yarmida umumiy jigar arteriyasi o'ng va chap jigar arteriyalariga bo'linadi. Bunda o'ng jigar arteriyasi UJYning ostidan o'tib, ularning kesishish joyida o't pufagi arteriyasi tarmog'ini beradi.

UO‘Y o‘zining oxirgi qismida MOB yo‘li bilan qo‘shiladi va jigar-me‘da osti ampulasini hosil qilib, O‘BI katta so‘rg‘ichi cho‘qqisida O‘BI bo‘shlig‘iga ochiladi. 10 - 5% kuzatishlarda MOB qo‘shimcha yo‘li O‘BI kichik so‘rg‘ichi cho‘qqisida alohida ochiladi. UO‘Yning O‘BIga qo‘yilish joyi har xil, lekin 65 - 70% kuzatishlarda u O‘BI pastga tushuvchi qismining orqa medial konturi bo‘ylab o‘rta uchligida qo‘yiladi. Ichak devorini surib, UO‘Y o‘n ikki barmoq ichakda bo‘ylama bukilmani hosil qiladi. Shuni ta’kidlash kerakki, UO‘Y o‘n ikki barmoq ichakka qo‘yilishdan oldin torayadi. Aynan shu joy ko‘pincha konkrementlar, safro quyqalari va boshqalar hisobiga obturatsiyaga uchraydi.

JO‘Y har xil anatomik tuzilishini, ularning xususiyatini xirurgdan nafaqat bilish, balki o‘t yo‘llari jaroxatlanishini oldini olish uchun pretsizion texnikani ham talab qiladi. UJY va UO‘Y shilliq, mushak va adventitsia qavatlaridan iborat. Shilliq qavat bir qavatli silindrik (prizmatik, ustunli) epiteliy bilan qoplangan. Mushak qavat spiral ravishda joylashgan juda yupqa va alohida miotsitlar tutamidan iborat. Mushak tolalarining orasi biriktiruvchi to‘qima bilan to‘lgan. Tashqi (adventitsiya) qavatida qon tomirlar bo‘lib, siyrak biriktiruvchi to‘qimadan iborat. O‘t yo‘llari devorida bezlar bo‘lib, ular shilliq ishlab chiqaradi.

1.5. O‘T PUFAGI ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

O‘t pufagi (O‘P) – *Vesica fellae*, jigar o‘ng bo‘lagi pastki yuzasidagi maxsus o‘rindiqlarda (O‘P chuququrchasi) joylashgan bo‘lib, yupqa devorli noksimon shaklda 30-70 ml xajmdagi sig‘imdan iborat. Katta yoshdagi odam O‘Pning o‘rtacha uzunligi 7 sm, kengligi 3 sm, devorining qalinligi 1,5-mm. O‘Pning tubi, tanasi (keng qismlari), daxlizi va O‘P yo‘liga o‘tuvchi bo‘yinchasi bor.

O‘t pufagi daxlizi uning tanasi va bo‘yinchasi orasidagi konussimon toraygan soha hisoblanadi. O‘P bo‘yinchasi voronka bilan bir tomondan O‘P

yo‘li bilan ikkinchi tamondan ikkita bukilma hosil qilib, bu soha “qush tumshug‘i” nomi bilan yuritilib xarakterli shakl beradi.

O‘P yo‘lining teshigiga yaqin joyda O‘P devorining divertikulsimon bo‘rtish joyi bo‘lib, u Gartmann cho‘ntagi deyiladi. Gartman cho‘ntagi gepatoduodenal boylamga O‘P bo‘shlig‘ining qolgan qismlariga qaraganda yaqinroq joylashadi va tegib turadi. Bunday topografik va anatomik munosabatlarda bu sohadagi patologik jarayonlar (yirik «tiqilgan» tosh, yallig‘lanish) obturatsion sariqlik yoki xoletsistoxoledoxeal oqma (Mirizzi sindromi) rivojlanishini chaqiradigan UO‘Yning bosilishiga olib keladi. O‘Pning tubi (uning oldingi yuzasi) ko‘pincha qorin old devori, o‘ng tomonda qorin to‘g‘ri mushagining tashqi qirradi bilan qovurg‘a yoyi o‘rtasidagi kesishma sohasiga to‘g‘ri keladi. O‘P tubining orqa yuzasi ko‘ndalang chambar ichakka, tanasining orqa medial yuzasi esa O‘BI pastga tushuvchi qismiga to‘g‘ri keladi.

O‘P devori qo‘yidagi qavatlardan iborat: shilliq qavat, mushak qavati, seroz osti asos (siyrak biriktiruvchi to‘qima, qon tomirlar saqlaydi), seroz qavat (visseral qorin parda). Seroz qavat O‘P qorin bo‘shlig‘iga qaragan tomonining ko‘p qismini qoplaydi. O‘Pning jigar ichida joylashish shaklida pufakni xamma tomondan faqatgina siyrak biriktiruvchi to‘qima qoplaydi.

Agar pufakning xamma yuzasi erkin qorin bo‘shlig‘ida joylashsa, O‘P o‘zining tutqichiga (qorin parda dublikaturasi) ega bo‘ladi. Bu O‘Pning harakatchanligini (“flotirlovchi” yoki “adashgan” O‘P) ta‘minlab, o‘z o‘qi atrofida aylanib qon aylanishi buzilishiga va nekroz rivojlanishiga olib kelishi mumkin. O‘P mushak qavatining tolalari bo‘ylama va sirkulyar yo‘nalishda kesishib joylashgan. Silliq mushakli tolalar O‘P tubida kam rivojlanib, bo‘yincha sohasida yaqqol rivojlangan. Tolalar asosan sirkulyar yo‘nalgan bo‘ladi.

Mushak tolalari orasida mikroskopik yoriqlar bo‘lib, shilliq qavat qoplovchi epiteliysining divertikulsimon invaginatlari hisoblanadi. Bular mushak qavatiga chuqur kirib seroz qavatgacha yetadi va Rokitanskiy-Ashoff sinuslari deyiladi. Taxmin qilishlaricha, ular yallig‘lanish manbai bo‘lib hizmat

qiladi. Patologik jarayon asosida O'P kengayganida Rokitanskiy-Ashoff sinuslari O'P devori perforatsiyaga uchramasdan safroli peritonit sababchisi bo'lishi mumkin.

Shilliq qavat baland silindrik epiteliy (prizmatik va ustunli) bilan qoplanib, O'P absorpsion yuzasini oshiradigan ko'p sonli bukilmalar hosil qiladi. O'P shilliq qavatida alveolyar-naysimon bezlar joylashgan bo'lib, shilliq ishlab chiqaradi. O'Pning jigar yuzasida Lushka (X. Lushka) yo'llari bor. Ko'pgina kuzatishlarda ular bevosita jigar ichi o't yo'llariga ochiladi, ayrim holatlarda O'P bo'shlig'iga ochiladi. Ularning bo'lishi rivojlanishning patologiyasi hisoblanadi. Bu yo'llar xoletsistektomiya bajarilganidan so'ng operatsiyadan keyingi erta davrda safro oqishining sababchisi bo'lishi mumkin.

O't pufagi yo'li (ductus cysticus) normada 2-3 mm ni tashkil qiladi va gepatoduodenal boylam yog' kletchatkasining orasidan o'tadi. Agar O'P yo'lining diametri ko'rsatilgan kattalikdan kichik bo'lsa, bu O'Pdan safroning adekvat oqimiga tosqinlik qilib, tosh paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. O'P yo'lining uzunligi har xil bo'lib, o'rtacha 1-3 sm ni tashkil qiladi. Ammo, O'P yo'lining kalta (1 sm dan kichik) yoki umuman bo'lmasligi holatlari ham uchraydi, bunda O'P va UJY o'rtasida keng teshik bo'ladi (bunda kichik konkrementlarning ko'chish 'htimoli katta).

O'P yo'li UJYga lateral tomondan katta bo'lmagan burchak ostida quyiladi. Lekin, O'P yo'lining UJY bo'ylab davomiyligi va unga quyilish burchagi juda o'zgaruvchan. 20 foiz hollarda O'P yo'lining quyilish anomaliyasi uchraydi. O'P yo'li UJYning oldi va orqa tomonidan yoki uni spiralsimon aylanib o'tishi mumkin. O'P yo'li UJYga nihoyatda past yoki uning medial tomondan quyilishi va o't yo'li bilan parrallel uzun yo'nalishda umumiy seroz qavat bilan qoplanishi mumkin. Shuningdek bu ikkala o't yo'li parallel yo'nalib, umumiy seroz-mushak qavatiga ega bo'lishi ham mumkin. Adabiyotlarda keltirishicha, O'P yo'li O'JYga, shuningdek O'BIga alohida qo'yilishi ham mumkin.

Sfinkter apparati. O'n ikki barmoq ichak katta so'rg'ichi.

Sfinkter apparatining tuzilishi to'g'risidagi mutaxassislar fikri har xil va har doim ham ma'lumotlar mos kelmaydi. Vatanimizdagi va chet el qo'llanmalarida keltirilgan umumiy qabul qilingan klassik ma'lumotlar bir-biridan farq qiladi va ayrim holatlarda hattoki alternativ qarashlar mavjud. Safro va MOB sekreti faqatgina O'BI yo'nalishi tomon sfinkter apparati safro ajralishini boshqarib turganligi uchun yo'naladi (o'ziga xos prinsip "bir tomonlama harakat shossi"). Bu bilan duodenal suyuqlik o't yo'llariga reflyuksi oldi olinib, o't yo'li ichi muxitining sterilligi ta'minlanadi. O'P bo'yni shilliq qavati Xeyster deb ataladigan spiral burmalarni hosil qiladi. U o't pufagi yo'liga davom etib, O'Pga safroning kirish va chiqishini boshqaradi.

Yuqorida aytilganidek, UO'Y o'zining terminal qismida O'BI pastga tushuvchi qismi orqa medial devori orqali qiyshiq yo'nalishda o'tib, MOB yo'li bilan qo'shilgan holda jigar-me'da osti bezi ampulasini shakllantiradi. O't va me'da osti bezi yo'llarining O'BI devoridan o'tish sohasida silliq mushaklardan iborat sirkulyar va bo'ylama qavatlar doimiy yetarlicha qalinlashgan. Mutaxassislarning fikricha mushak tizimi hosil bo'lishi va uning rivojlanganlik darajasi nihoyatda farq qiladi, lekin ko'pincha uning qo'yidagi qismlari mavjud:

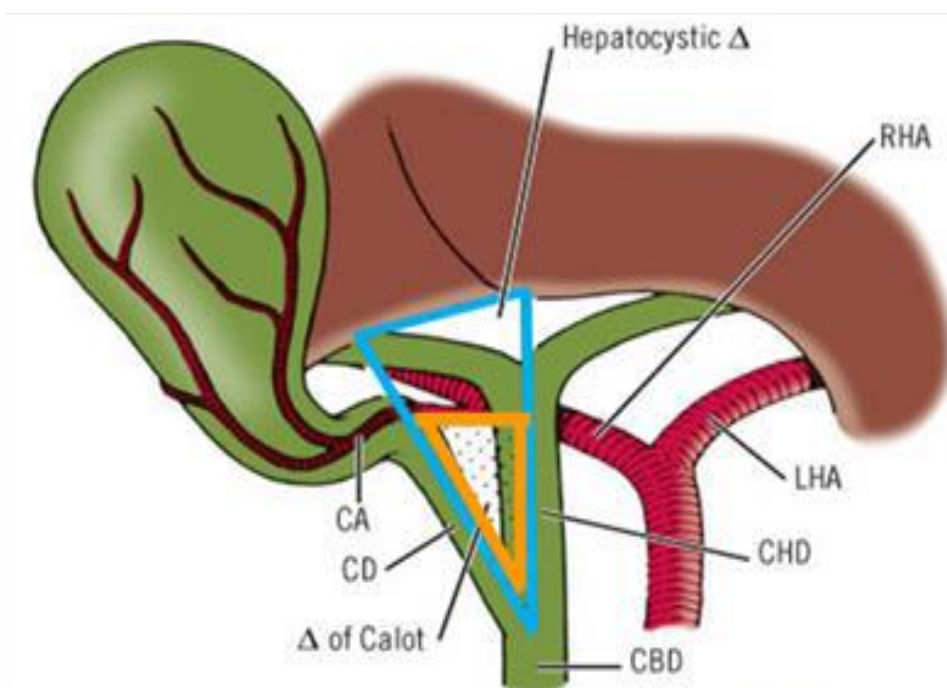
- 1) UO'Y sfinkteri, o't yo'lining MOB yo'li bilan qo'shilishdan oldin intramural qismini o'rab olgan sirkulyar mushak tolalaridan hosil bo'lgan;
- 2) MOB yo'li sfinkteri intraduodenal qismni ampulaga o'tish sohasigacha o'rab oladi, bu 30% holatlarda aniqlanadi;
- 3) bo'ylama mushak tolalari UO'Y va MOB yo'li o'rtasidagi bo'shliqni to'ldiradi;
- 4) ampula sfinkteri (Oddi sfinkteri), jigar MOB ampulasi atrofidagi sirkulyar siyrak qavat tolalarning bo'ylama mushak tolalarini kesib o'tishidan hosil bo'ladi.

Ma'lum bo'lishicha, UO'Y sfinkteri o't yo'lini toraytirib, safro chiqishini boshqaradi. Bo'ylama mushak tolalari qisqarib, UO'Y uzunligini qisqartiradi va O'BIga safro oqishini boshqaradi. Ampula sfinkterining qisqarishi esa o't

yo'llariga ichak mahsulotlarini o'tib ketishidan asraydi. Shuning bilan birga UO'Y va MOB yo'li ampulaga alohida qo'yilganda sfinkter qisqarishi natijasida safro MOB yo'lga reflyuks bo'lib, o'tkir pankreatit rivojlanish xavfi bo'ladi.

Qon bilan ta'minlanishi va limfa oqimi. O'ng jigar arteriyasining tarmoqlari o't yo'llarini o'rab olgan chigal to'rlar hisobiga jigardan tashqari o't yo'llari arterial qon bilan ta'minlanadi. O'ng jigar va gastroduodenal arteriya tarmoqlarining keng anastomoz turi UJY va UO'Yni qon bilan ta'minlaydi. Yuqorida sanab o'tilgan arteriya tomirlarining jarohatlanishi oqibatida o't yo'llari strikturasi rivojlanadi.

O't pufagi 90% holatlarda o'ng jigar arteriyasining tarmog'i bo'lgan o't pufagi arteriyasi orqali qon bilan ta'minlanadi. Odatda o't pufagi arteriyasi jigar yo'lini orqa tomondan kesib o'tadi, bunda O'P yo'li, UJY va o't pufagi arteriyasining o'zaro joylashishi Kalo uchburchagini hosil qiladi (6-rasm).



6-rasm. Kalo (Calot) va jigar - o't pufagi (Moosman) uchburchagi.

RHA - o'ng jigar arteriyasi; LHA - chap jigar arteriyasi; CA - o't pufagi arteriyasi; CD - o't pufagi yo'li; CHD - umumiy jigar yo'li; CBD - umumiy o't yo'li.

O't pufagi arteriya topografiyasining har xil turlari mavjud, masalan, o't pufagi arteriyasining o'ng jigar arteriyasidan yuqoridan ajralib, O'P tanasi va

hattoki tubi sohasidan quyilishi (bunday holda operatsiya vaqtida O'P bo'yin sohasida o'ng jigar arteriyasini bog'lanish xavfi yuqori bo'ladi); o't pufagi arteriyasining O'P yo'lidan pastroqda ajralishi; chap jigar arteriyasi, jigar xususiy arteriyasidan ajralishi va boshq. Shuningdek o't pufagi arteriyasi ikki va undan ortiq tarmoq bo'lib ajralishi ham mumkin.

O't pufagi arteriyasining O'P devoriga kirish joyida limfa tuguni joylashgan bo'lib, operatsiya vaqtida mo'ljal olishda ahamiyatga ega, va u o't pufagi arteriyasining "qo'riqchisi"dir. Odatda o't pufagi arteriyasi O'P bo'yni sohasida ikkita tarmoqqa bo'linadi - yuzaki seroz qavatni qon bilan ta'minlaydi va chuqur O'P devorining chuqur qavatlarini qon bilan ta'minlaydi. Jigardan o't pufagi o'rindig'i orqali O'Pga kichik qon tomirlar o'tadi va xoletsistektomiya vaqtida yoki operatsiyadan keyingi erta davrda qon ketish manbai bo'lishi mumkin.

O't pufagi arteriyasi tugallangan qon tomir bo'lganligi uchun O'Pda ishemik o'zgarishlar, yallig'lanish (qariyalar va keksa yoshdagilarda aterosklerotik o'zgarishlar fonida), o'sma, jigar arteriyasi orqali qon oqimining buzilishi va boshq. natijasida nekrozga olib kelishi mumkin. Venoz qon o't pufagi venasi orqali darvoza venasiga, kam holatlarda jigar sinuslariga qo'yiladi. Limfa oqimi subseroz limfa chigallari orqali namoyon bo'ladi. Bu chigallar jigar limfa tomirlari, O'P bo'yni, jigar darvozasi sohaasidagi va UO'Y bo'ylab joylashgan limfa tugunlari bilan anastomoz hosil qiladi. Bu anastomozlar MOB bosh qismidan limfaning oqib ketishini ta'minlaydi. O'P yallig'lanish jarayonida kattalashgan limfa tugunlari UO'Y bosishi mumkin (perixoledoxeal limfadenit) va obturatsion sariqlikni chaqiradi. Limfa tugunlarining metastatik jarohatlanishida ham obturatsion sariqlik kelib chiqishi mumkin.

Innervatsiyasi. O't pufagi va magistral o't yo'llarining innervatsiyasi jigar nerv chigallari, qo'yosh chigali, adashgan nerv oldingi stvoli, pastki diafragma chigallarining tarmoqlari orqali ta'minlanadi. Adashgan nerv oldingi stvoli va jigar nerv chigallarining tarmoqlari sfinkter apparati funksiyasini boshqaradi, shuning uchun me'da, O'BI va diafragmadagi har xil patologik

jarayonlar sfinkter apparati funksiyasiga salbiy ta'sir etib, diskineziya, O'P va o't yo'llarida yallig'lanishli o'zgarishlarga va tosh paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

O't pufagi motorikasining nerv tizimi tomonidan boshqarilishini parasimpatik va simpatik tizim ta'minlaydi, ya'ni parasimpatik tizim O'P qisqarishiga, simpatik tizim relaksatsiyasiga ta'sir etadi. O'P simpatik innervatsiyasi quyosh chigali o'qi orqali ta'minlanadi. Jigar nerv chigali ko'krak simpatik gangliylar, o'ng va chap adashgan nerv va o'ng diafragma nervining tolalarini o'zida tutib, quyosh chigali sinapslarida uziladi. Nerv tolalari jigar arteriyasi va o't yo'llari bilan birga portal trakt va jigar parenximasidagi eng kichik tarmoqlargacha yetadi. Nerv ustunlari jigar arteriyasi va qopqa venasining tarmoqlari bilan xamrox yo'naladi. Visseral og'riqlar simpatik tolalar bo'ylab yo'nalib, o'ziga xos xarakterli eepigastral sohaga, o'ng qovurg'a yoyi osti va o'ng kuruk osti sohasiga irradiatsiya beradi. Ikkala adashgan nerv tarmoqlari parasimpatik innervatsiyani ta'minlab, o'tpufagi motorikasiga ta'sir etadi.

Safro hosil bo'lishi va ajralishi. Safro jigarda hosil bo'ladi va hazm jarayonida ishtirok etadi. Uning hazmdagi ahamiyati quyidagilardan iborat: yog'larni emulsiyaga aylantiradi, natijada lipaza ta'sir etadigan sath kattalashadi; lipidlar gidrolizidan hosil bo'lgan moddalarni eritadi, ularning so'rilishini va enterotsitlarda triglitseridlar resintezini osonlashtiradi; me'da osti va ichak bezlari fermentlarini, ayniqsa lipaza faolligini orttiradi, shuningdek, o't oqsil, karbonsuvlar gidrolizi va so'rilishlarini kuchaytiradi.

Safro quyidagi boshqaruv vazifalarini ham o'taydi: o't hosil bo'lishini va ajralishini, ingichka ichakning motor va sekretor faoliyatini, enterotsitlar proliferatsiyasi va ko'chib tushishini kuchaytiradi. O't kislotalilikni kamaytirish va pepsin faolligini yo'qotish orqali 12 barmoqli ichakka tushgan me'da shirasi ta'sirini to'xtatadi. O't bakteriostatic ta'sirga ega. Yog'da eruvchi vitaminlar, xolesterin, aminokislotalar va kalsiy tuzlarini ichakda so'rilishida safroning ahamiyati katta.

Bir sutkada 1000-1800 ml safro hosil bo‘ladi. O‘t hosil bo‘lishi (xolerez) - uzluksiz ketadi, o‘t ajralishi (xolekinez) - davriy, ovqat iste‘mol qilgandagina sodir bo‘ladi. Nahor paytida safro ichakka tushmaydi, o‘t pufagida yig‘iladi va u yerda depo sifatida saqlanadi, hamda quyuqlashadi, shuning uchun ham ikki xil safro tafovut qilinadi-jigar va pufak safrosi.

Safro bir vaqtning o‘zida ham shira, ham ekskret moddadir. Uning tarkibida har xil endogen va ekzogen moddalar ajraladi, biroz fermentativ faollikka ega. Jigar safrosining rN 7,3-8,0 ga teng, o‘t pufagida saqlangan safroning rN 6,0-7,0 ga teng. Bunga sabab pufakda safroning tarkibidagi gidrokarbonatlar so‘rilishi va o‘t kislotalari tuzlari hosil bo‘lishidir. Jigar safrosi suyuq, oltinga o‘xshash sariq rangga ega, solishtirma og‘irligi 1,008-1,015 ga teng, o‘t qopida saqlangan safro esa (suv va mineral tuzlar so‘rilishi hisobiga) quyuk, rangi to‘q sariq, solishtirma og‘irligi 1,026-1,048 ga teng, o‘t yo‘llarida ishlab chiqarilgan musin hisobiga safroning yopishqoqligi ortadi.

Safro glikoxol (80%) va tauroxol (20%) kislotalarini saqlaydi. Odamlarda asosiy o‘t pigmenti bilirubin bo‘lib qizg‘ish-sariq rangga ega. Bilirubin oksidlanishi natijasida ichaklarda hosil bo‘luvchi ikkinchi pigment biliverdin zangori rangga ega. Safro tarkibiga fosfolipidlar, o‘t kislotalari, xolesterin, oqsil va bilirubin kiruvchi lipoproteinli birikma majmuasi bor. Bu birikma ichakda lipidlarning tashilishi, ularning ichak jigar orasida aylanib yurishi va umumiy modda almashinuvida katta ahamiyat kasb etadi.

Parasimpatik nerv tolalari qitiqlanganda safro hosil bo‘lishi va ajralishi kuchayadi, simpatik tola qitiqlanganda esa, aksincha susayadi. Parasimpatik tola qo‘zg‘alganda o‘t pufagi tanasi mushaklari qisqaradi, sfinkterlari esa bo‘shashadi, natijada o‘t o‘n ikki barmoqli ichakka ajraladi. Simpatik nerv qo‘zalganda sfinkter qisqaradi va o‘t pufagi tanasi bo‘shashadi.

Safro quyidagi funksiyalarni bajaradi:

1. Ovqat hazm qilish jarayonlarida ishtirok etadi:

- yog‘larni emulsiya qiladi, shu bilan ularning lipaza ta‘sirida gidrolizlanishi uchun sirtini oshiradi;

- yog‘ning gidroliz mahsulotlarini eritadi, bu ularning so‘rilishiga yordam beradi;

- fermentlar (oshqozon osti bezi va ichak), ayniqsa lipaza faolligini oshiradi;

- oshqozonning kislotali tarkibini zararsizlantiradi;

- pepsinlarni faolsizlantiradi;

- yog‘da eriydigan vitaminlar, xolesterin, aminokislotalar va kalsiy tuzlarining so‘rilishiga yordam beradi;

- ingichka ichakning motor va sekretor funksiyasini kuchaytiradi.

2. Safro hosil bo‘lishini va safro sekretsiyasini rag‘batlantiradi.

3. Safro komponentlarining gepato-enteral sirkulyatsiyada ishtirok etadi - o‘t komponentlari ichakka kiradi, qonga so‘riladi va yana safro tarkibiga kiradi.

4. Safro bakteriostatik ta‘sirga ega - u mikroblarning rivojlanishiga va ichaklarda chirish jarayonlarining rivojlanishiga to‘sqinlik qiladi.

Bilirubin almashinuvi. Kun davomida jigarda o‘rtacha 800 mg safro ishlab chiqariladi, uning tarkibida 250 mg o‘t pigmenti - bog‘langan bilirubin mavjud. Dastlab bilirubin retikuloendotelial tizim (RET) hujayralarida (taloq, suyak ko‘migi, jigarning Kupfer hujayralari) hosil bo‘ladi. Ushbu jarayonning asosida - RET hujayralarida eritrotsitlarning parchalanishi, buning natijasida globin va temir saqlovchi gemindan iborat gemoglobin ajralib chiqadi. Gemin temirni yo‘qotadi va biliverdinga aylanadi. Biliverdin vodorod bilan birikib bilvosita (bog‘lanmagan) bilirubinga aylanadi va qonga tushadi. Bilvosita bilirubin qonda plazma oqsillari bilan eriydigan komplekslar shaklida bo‘ladi. Katta hajmga ega bo‘lganligi sababli bu komplekslar buyraklar glomerulari membranalaridan o‘ta olmaydi, shuning uchun bilirubinni organizmdan chiqarilishning yagona yo‘li bu uni va uning mahsulotlarini safro bilan birga ichakka chiqarishdir. Jigarning funksional birligi jigar hujayrasi - hepatotsit bo‘lib, u bilirubin-albumin kompleksini o‘zida ushlaydi va uni glyukuron kislotasi bilan birlashtiradi. Natijada bilirubin glyukuronid yoki bevosita (bog‘langan) bilirubin hosil bo‘ladi, ular safro bilan birga ichakka tushadi.

Yo'g'on ichakda fermentlar ta'siri ostida bilirubin glyukuronidlari rangsiz mahsulotga, urobilinogenga aylanadi. Hosil bo'lgan urobilinogenning taxminan yarmi ichak shilliq qavati orqali qonga so'riladi, bu esa darvoza venasi tizimi orqali uni jigar hujayralariga - gepatotsitlarga qaytaradi. Faqat oz miqdordagi urobilinogen jigarda qolmaydi, balki u orqali qonga o'tib, siydik bilan chiqariladi. Yo'g'on ichak shilliq qavati tomonidan so'rilmagan urobilinogenning bir qismi sterkobilinga aylanadi va najas bilan tashqariga chiqariladi. Eritrotsitlar parchalanishi va qon oqimiga kirishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin albumin bilan birikkan bo'lib, suvda deyarli erimaydi. Uning qondagi aniqlanishi bilvosita Erlix reaksiyasi natijasida amalga oshiriladi, shuning uchun bu bilirubin bilvosita bilirubin deb ataladi. Jigar hujayrasida glyukuron kislotasi bilan bog'langan bilirubin safroga bilirubin glyukuronid shaklida chiqariladi. Uning qondagi tarkibini spirt qo'shmasdan (bevosita reaksiya) Erlix reaktivi yordamida aniqlash mumkin. Shuning uchun ushbu bilirubinni bevosita bilirubin deyiladi.

Bilirubin almashinuvining me'yoriy ko'rsatkichlari quyidagicha:

- Umumiy bilirubin qonda – 3,4-20,5 mmol/l.
- Bog'lanmagan bilirubin – 75 foiz.
- Bog'langan bilirubin – 25 foiz.
- Bilirubin siydikda – bo'lmaydi.
- Urobilin siydikda – 4 mg/sut. gacha
- Sterkobilin najasda – 40-250 mg/sut.
- Safro hosil bo'lishi – 600 ml/sut.
- Bilirubin hosil bo'lishi – 300mg/sut.

1.6. OSHQOZON OSTI BEZI XIRURGIK ANATOMIYASINING RIVOJLANISH TARIXI

Pancreas atamasi (yunonchadan pan - butun, creas - go'sht) birinchi marta Aristotelning asarlarida yozilgan, u bu a'zoni "qorin shikasti paytida katta qon tomirlarni zararlanishidan himoya qilish uchun mo'ljallangan" deb hisoblagan.

Gippokrat Kosskiyning “Bezlar to‘g‘risida” risolasida oshqozon osti bezi haqida aytilmagan, ammo ba’zi “charvida joylashgan va ichaklardan namlikni yutuvchi ichki bezlari” mavjud deb yozilgan.

Aleksandriyalik Yevdem (miloddan avvalgi IV-III-asrlar) me’da osti bezi “ovqat hazm qilish uchun mo‘ljallangan so‘lakka o‘xshash shira ishlab chiqaradi” degan fikrni ilgari surgan.

C. Darenberg va Ye. Ruyelle (1879 y.) ma’lumotlariga ko‘ra, oshqozon osti bezi o‘zining yunoncha nomini Aristoteldan emas, balki uni “charvining bir qismi” deb hisoblagan rim shifokori va anatomi Efeslik Rufdan (milodiy I-II asrlar) olgan. Bundan tashqari, Galen oshqozon osti bezi joylashishini aniq tavsifini berdi va bu himoya va qo‘llab-quvvatlovchi funksiyaga ega ekanligini, sutsimon shirani so‘rib oluvchi a‘zo, shuningdek oshqozon osti bilan bezining orqa yuzasida taloq venasi joylashganligini yozib qoldirgan.

Yakopo Berengario da Karpi ham oshqozon osti bezi hazm qilish uchun zarur bo‘lgan shirani ichaklarga chiqaradi deb taxmin qilgan. Oshqozon osti bezi (itlarda) tasvirlangan birinchi rasmi

Rimdagi anatomiya professori Bartolomeo Yevstaxiyning (1510-1574 yy) “Anatomik jadvallar” nomli kitob sahifalarida topilgan, ammo bu kitob Yevstaxiy vafotidan deyarli bir yarim asr o‘tgach 1714-yilda nashr etilgan. Andreas Vezaliy oshqozon osti bezini “charvining pastki boylamiga singib ketgan bezli tana” deb tavsiflagan va bu organ oshqozon uchun himoya “yostiq” vazifasini bajaradi deb hisoblagan.

Padua universitetida disektor bo‘lib ishlagan nemis anatomi Iogann Georg Virsung (1589-1643 yy.) 1642-yilda 30 yoshli jinoyatchining jasadini autopsiya qilish chog‘ida oshqozon osti bezi asosiy kanalini, uning o‘n ikki barmoqli ichakka kirish joyini topdi va o‘z kashfiyotini hujjatlashtirdi. Leyden universitetining jarrohlik va anatomiya professori Yoxannes van Xorn (1621-1670 yy.) asosiy oshqozon osti bezi kanalini “Virsung o‘zani” deb atashni taklif qildi. Daniyalik shifokor va botanik Iogannes Rod (1587-1659 yy.) birinchi

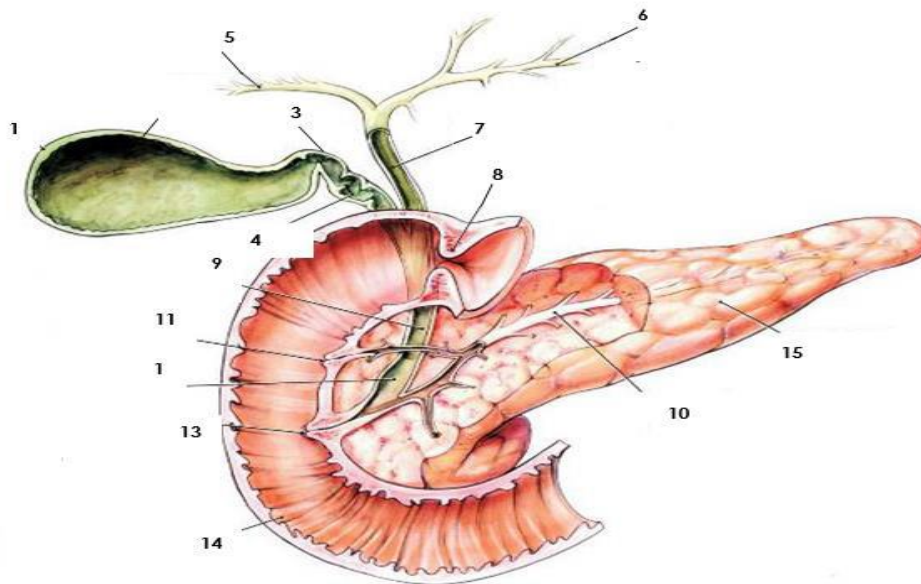
bo‘lib qo‘shimcha oshqozon osti bezi kanalini topdi va bu haqida 1661-yilda nashr etilgan “Mantissa Anatomica” asarida ma’lumot berdi.

Venetsiya universitetining anatomiya professori Jovanni Santorini (1681-1737 yy.) 1724-yilda o‘zining “Anatomik kuzatishlar” asarini nashr etdi. Unda olim normal anatomik tuzilishning bir varianti deb hisoblagan ikkinchi oshqozon osti bezi kanali tasvirlab berdi. Bundan tashqari, Santorini xoledoxning oshqozon osti bezi qismining asosiy va yordamchi oshqozon osti bezi kanallari bilan aloqasining birinchi bor aniq tavsifini berdi. 1853-yilda chexiyalik anatom Vatslav Treytsning (1819-1872 yy.) “Odamning o‘n ikki barmoqli ichakdagi yangi mushak to‘g‘risida” ishi nashr etildi va keyinchalik u Treyts boylami nomi bilan ataldi.

1.7. OSHQOZON OSTI BEZI XIRURGIK ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Oshqozon osti bezi muhim organlardan biridir, chunki u ishlab chiqaradigan fermentlar va bikarbonatlar asosan ovqat hazm qilish samaradorligini belgilaydi va organning hayotiy funksiyasi tananing gomeostazini belgilaydigan bir qator gormonlar ishlab chiqarishdir. Oshqozon osti bezi kelajakdagi o‘n ikki barmoqli ichakning yendodermal yepiteliysining o‘sishi natijasida prenatal davrning 1-soni - 2-oyining boshida yotqiziladi. 5-6 yoshga kelib, u kattalardagi oshqozon osti beziga xos shaklni oladi va retroperitoneal joylashadi. Bezning boshi o‘n ikki barmoqli ichakning egilishi bilan yaqin aloqada bo‘lib, uning dumi taloqning tepasiga yaqinlashadi (7-rasm).

O‘rtacha, oshqozon osti bezining uzunligi 10-15 sm, bosh sohasidagi kengligi 2-4 sm, tana sohasida 1,5-3 sm, quyruq sohasida 1,5-2,5 sm. Bez boshining kattalashishi, uning parenximasi qalinlashishi umumiy o‘t yo‘lining siqilishiga olib kelishi va sariqlikni keltirib chiqarishi mumkin. Oshqozon osti bezining dumidagi shunga o‘xshash jarayonlar taloq venasining ochiqligini buzilishiga olib keladi, bu ko‘pincha portal gipertenziyani keltirib chiqaradi.

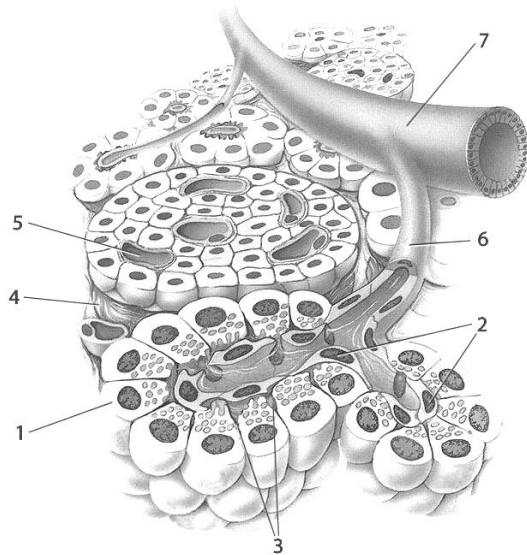


7-rasm. Oshqozon osti bezi yo‘li va o‘n ikki barmoq ichak tuzilishi.

1-o‘t pufagi tubi; 2-o‘t pufagi tanasi; 3-o‘t pufagi bo‘yinchasi; 4-o‘t pufagi yo‘lining spiral bukilmalari; 5-o‘ng jigar yo‘li; 6-chap jigar yo‘li; 7- umumiy jigar yo‘li; 8-me‘da pilorik qismi; 9-umumiy o‘t yo‘li; 10-me‘da osti bezi yo‘li; 11-me‘da osti bezining qo‘shimcha yo‘li; 12-Fater so‘rg‘ichining ampulasi; 13-o‘n ikki barmoq ichak katta so‘rg‘ichi; 14-o‘n ikki barmoq ichak; 15-oshqozon osti bezi.

Asinus - organning tuzilish birligi va uning asosi bo‘lib, kanallarning boshlang‘ich qismini (interkalyar yo‘l yoki tubula) tashkil etuvchi parenximal (atsinar) va sentroatsinar hujayralardan iborat (8-rasm).

Asinar hujayralar oqsil, birinchi navbatda fermentlar oqsilini ishlab chiqaradi va sentroatsinar hujayralarning roli sekretin stimulyatsiyasiga javoban bikarbonatga boy pankreatik sekretyalarni ishlab chiqarishdir. Interkalyar kanaldan organ tomonidan ishlab chiqarilgan oshqozon osti bezi shirasi intralbulyar kanalga, so‘ngra interlobulyarga va asosiy oshqozon osti bezi kanaliga kiradi. Ikkinchisi umumiy o‘t yo‘li bilan birlashib, odatda pilorusdan 7 sm masofada joylashgan katta o‘n ikki barmoqli ichak (Fater) papillasining ampulasiga ochiladi. Taxminan 20% odamlarda oshqozon osti bezi shirasi kichik o‘n ikki barmoqli ichak papillasi orqali o‘n ikki barmoqli ichakka kiradi.



8-rasm. Pankreatik atsinus (sxema).

1 - atsinar hujayra; 2 - sentroatsinar hujayra; 3 - hujayralararo kanalchalar; 4 - Langergans oroli; 5 - kapillyar; 6 - interstitsial kanal; 7 - interlobulyar kanal.

Oshqozon osti bezining ekzokrin funksiyasi. Kun davomida oshqozon osti bezi taxminan 1000-1500 ml shira ishlab chiqaradi. Tarkibida bikarbonatlar ko‘p bo‘lganligi sababli shira ishqoriy reaksiyaga ega. Oshqozon osti bezi shirasida bikarbonatlar bilan bir qatorda lipaza, tripsin, amilaza, shuningdek, ximotripsin, elastaza, fosfolipaza va boshqa bir qator fermentlar mavjud. Oshqozon osti bezining o‘zi nisbatan kam miqdordagi fermentlarni ishlab chiqaradi, ulardan lipaza alohida ahamiyatga ega, uni biron bir narsa bilan almashtirish juda qiyin.

Oshqozon osti bezi sekretsiyasining asosiy stimulyatorlari o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavati tomonidan ishlab chiqarilgan sekretin va pankreozimin (xoletsistokinin) hisoblanadi. Sekretin asosan oshqozondan o‘n ikki barmoqli ichakka kiradigan xlorid kislotasiga javoban ishlab chiqariladi. Barcha oshqozon osti bezi fermentlari oshqozon osti bezi kanallarida bo‘lganda faol emas. Ular o‘n ikki barmoqli ichakka tushishi bilanoq faollashadi. Fermentlarning faollashuvida safro, ichak fermentlari va muhitning (Ph) qiymatining oshqozon osti bezi kanallarida 9,0 dan o‘n ikki barmoqli ichak bo‘shlig‘ida 6,0 gacha o‘zgarishi ishtirok etadi. Biroq, bu jarayonda yetakchi rol

oshqozon osti bezi sekretsiasining bikarbonatlariga tegishli. Aynan ularning yetishmasligi o'n ikki barmoqli ichakning Ph darajasini pasaytiradi.

Oshqozon osti bezining endokrin funksiyasi. Oshqozon osti bezining ekzokrin qismiga qo'shimcha ravishda endokrin funksiyasi uchun mas'ul bo'lgan orolcha apparati (Langergans orollari) mavjud. Orol apparatining neyroendokrin hujayralari insulin, glyukagon, somatostatin, pankreatik polipeptid kabi bir qator gormonlarni sintez qiladi. β -hujayralar tomonidan ishlab chiqarilgan insulin gipoglikemik ta'sirga ega va liposintezni kuchaytirishga qodir. Surunkali pankreatitda bemorlarning taxminan 30 foizida giperglikemiya aniqlanadi, ularning uchdan birida qandli diabetning doimiy belgilari mavjud. Aytish kerakki, alkogolli pankreatitda insulin ishlab chiqarishning normal yoki hatto ortishi fonida glyukagon ishlab chiqarishning tez-tez kamayishi tufayli gipoglikemiya ham kuzatiladi. Ko'p miqdorda spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, ayniqsa ertalab, ko'pincha xushni yo'qotishgacha bo'lgan og'ir gipoglikemiya rivojlanishiga olib keladi, qon zardobidagi glyukoza darajasi 1,6-3,4 mmolgacha pasayishi mumkin. Giperglikemik ta'sirga ega bo'lgan va lipolizni kuchaytiruvchi insulinning antipodi oshqozon osti bezi orol apparatining alfa hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan glyukagon gormonidir. Pankreozimin, sekretin va pentagastrin tomonidan qo'zg'atilgan oshqozon osti bezi va oshqozon sekretsiasini bostirishga qodir bo'lgan gormon somatostatin bo'lib, u Langergans orolchalarining delta-hujayralari tomonidan ishlab chiqariladi. Ekzogen somatostatin klinik amaliyotda oshqozon osti beziga aralashuvdan so'ng operatsiyadan keyingi davrda o'tkir pankreatit va yallig'lanishni davolash uchun keng qo'llaniladi. Oshqozon osti bezining nerv (parasimpatik) regulyatsiyasi vositachilaridan biri RR hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan oshqozon osti bezi polipeptididir va juda yuqori diagnostik ahamiyatga ega. Pankreatik patologiyada oshqozon osti bezi polipeptidlarining bazal va stimulyatsiyalangan darajasini aniqlash ekzokrin pankreatik yetishmovchilikning og'irligini baholashga imkon beradi.

II-BOB. SARIQLIK SINDROMI

Sariqlik - deb qon zardobida, hamda organizmning boshqa suyuqlik va to‘qimalarida bilirubinni ortiqcha to‘planishi hisobiga teri qoplamalarini, shilliq qavatlarni va sklerani sariq tusga kirishi bilan xarakterlanuvchi sindromga aytiladi.

Sariqlik rivojlanishiga olib keluvchi birlamchi patologik jarayon joylashivuga va yuz berish mexanizmiga ko‘ra sariqlikning quyidagi shakllari tafovutlanadi:

1. jigar usti (gemolitik);
2. jigar ichi (parenximatoz);
3. jigar osti (mexanik yoki obturatsion).

2.1. GEMOLITIK SARIQLIK

Gemolitik sariqlik eritrotsitlarning ko‘plab parchalanishi oqibatida kelib chiqadi. Pirovard natijada bilirubin hosil bo‘lishi tezlashib, uni jigar qayta ishlashga va chiqarishga ulgurmay qoladi.

Gemolitik sariqlik sabablari:

1. Qon-tomir ichi gemolizi:

- Marsh gemoglobinuriyasi.
- Trombotik-trombotsitopenik purpura.
- Gemolitiko-uremik sindrom.
- DVS sindrom.
- Ilon zaxri.
- Quyoshdan nurlanish.
- O‘zaro mos bo‘lmagan transfuziya.
- Eritrotsitopatiya.
- Gemoglobinopatiya.

2. Qon-tomirdan tashqari gemoliz:

- Immunogemolitik anemiya

- β -talassemiya.
- α - talassemiya.
- Jigar sirrozi.
- O‘roqsimon anemiya.
- Malyariya.

Gemolitik sariqlikning rivojlanishi eritrotsitlar yoki ularning yetilmagan shakllarining parchalanishini kuchayishi bilan bog‘liq bo‘lib, erkin bilirubinning keskin ortishigi olib keladi. Inqirozdan tashqari qon zardobida bilirubin miqdori 34-50 mkmol/l dan oshmaydi va inqiroz davrida esa keskin ortadi. Ko‘p miqdorda erkin bilirubin jigarga boradi va o‘t yo‘llari orqali ichaklarga bog‘langan bilirubin me‘yoridan ko‘proq kelib tushadi. Ichakda urobilinogen ko‘p miqdorda to‘planadi, u (ko‘p miqdorda!) najas bilan chiqariladi va siydik bilan chiqariladi (ichakdan qonga singishi natijasida), shuning uchun siydikda urobilin va najasda sterkobilinogen miqdori keskin ortadi. Siydikda bilirubin topilmaydi. Periferik qonning gematologik taxlili odatda sariqlik sindromi bo‘lgan bemorlarda tashxis qo‘yishning kalitidir. Amalda, gemoglobin darajasining pasayishi va gemolitik anemiyani ko‘rsatadigan rang indeksining oshishini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Retikulotsitlar sonining ko‘payishi va gematokrit pasayishi haddan tashqari gemolizdan dalolat beradi.

Gemolitik kamqonlik - Minkovskiy-Shoffar kasalligi (irsiy sferotsitoz)

- eritrotsitlar hujayra membranasi genetik jihatdan aniqlangan nuqsoni natijasida rivojlanadi. Natriy ionlari uchun membrananing o‘tkazuvchanligi oshib boradi, eritrotsitlar sharsimon shaklga ega bo‘ladi va kuchaygan spontan gemolizga uchraydi. Gemolitik inqirozlar infeksiyalar, ba’zi kimyoviy moddalar va ruhiy jarohatlar tufayli yuzaga kelishi mumkin. Inqirozning rivojlanishi bilan charchoqning kuchayishi, letargiya, bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, rangparlik, sariqlik, qorin og‘rig‘i, isitma, ko‘ngil aynishi, qusish, ich ketishi, talvasalar rivojlanishi mumkin.

Irsiy sferotsitoz o‘t pufagi va o‘t yo‘llarida pigment toshlarining shakllanishi bilan asoratlanishi mumkin. Sferotsitozning yakuniy tashxisi

eritrotsitlarning morfologik xususiyatlariga va ularning osmotik qarshiligining o'zgarishiga asoslanadi. Umumiy qon taxlilida eritrotsitlarning sharsimon shakli, qalinligining oshishi, diametrining pasayishi qayd etiladi. Eritrotsitlarning osmotik qarshiligining pasayishi. Eritrotsitlarda gemoglobin miqdori normal chegarada yoki ko'payishi mumkin. Kriz paytida qondagi leykotsitar formulaning chapga siljishi, ECHTning ortishi yuz beradi.

Qonning biokimyoviy taxlilida gemolitik sariqlik bilan sitoliz sindromi va mezenximal yallig'lanish sindromi mavjud emas, gepatotsellyulyar yetishmovchilik blgilari aniqlamaydi. Xolestaz belgilari faqat kasallikning uzoq davom etishi bilan paydo bo'lishi mumkin.

Jigarning funksional testlari biroz o'zgargan (zardobdagi aminotransferazalarning (ALT, AST) faolligi normal yoki biroz oshgan, gidroksidi fosfataza va timol testi o'zgarmagan bo'ladi. LDG3 va LDG4 hisobiga LDG darajasining ortishi kuzatiladi. Protrombin indeksi va xolesterin miqdori o'zgarmaydi.

Gemolitik sariqlikning klinik ko'rinishining o'ziga xos xususiyati past intensivlikdagi terining rangi - limon-sariq rang (sariqlik anemiya tufayli rangpar teriga qo'shiladi), shilliq qavatlar va skleraning sarg'ayishi yuz beradi, lekin terining qichishishi aniqlanmaydi. Jigar biroz kattalashadi, odatda splenomegaliya aniqlanadi.

Laboratoriya ma'lumotlarini tahlil qilishda, qon biokimyoviy taxlilida bog'lanmagan fraksiyaning ustunligi bilan giperbilirubinemiya aniqlanadi.

Umumiy qon taxlilida retikulotsitoz bilan normo- yoki giperxrom anemiya qayd etiladi. Eritrotsitlardagi o'zgarishlar - mikroferotsitoz, makrotsitoz, eritrotsitlarning osmotik qarshiligining pasayishi aniqlanadi. Siydikning tahlilida urobilin tanachalarining chiqarilishi ko'paygan, najas tahlilida esa urobilinogen miqdori ko'paygan bo'ladi.

2.2. PARENXIMATOZ SARIQLIK

Parenximatoz sariqlik gepatotsitlar va o't kapillyarlarining shikastlanishi hamda qon zardobida bevosita bilirubinning ortishi bilan ifodalanadi.

Parenximatoz sariqlikning rivojlanishi intragepatik metabolizmning buzilishi (gepatotsitlar membranalarining o'tkazuvchanligini o'zgarishi tufayli bilirubinning ushlanishi, bog'lanishi va chiqarilishining buzilishi) va qondagi bilirubin miqdorining oshishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Jigar sariqligi gepatotsitlar va o't kapillyarlarining shikastlanishidan kelib chiqadi va jigar funksiyasining buzilishi bilan bog'liq bo'lib, ko'pincha bog'langan bilirubin darajasining oshishi bilan namoyon bo'ladi. Jigar sariqligining patogenezida sinusoidlarga, so'ngra qon oqimiga bog'langan bilirubinning chiqishi bilan gepatotsitlar membranalarining o'tkazuvchanligi va yaxlitligi buzilishi yotadi.

Safro sekretiysi odatda o't yo'llarida 15-25 sm suv bosimida sodir bo'ladi. Bosimning 35 sm gacha suv bosimini oshirish safro sekretiysini pasaytiradi va sariqlik yuz beradi. Jigar ichi o't yo'llarida safro harakatining buzilishi va jigarning xolestatik zararlanishining asosida xolestatik gepatit (virusli, dorivor va autoimmun gepatit), o'tkir toksik jigar distrofiyasi, yurak yetishmovchiligi (dimlangan jigar), jigarning metabolik retikulyozi (gemoxromatoz, Goshe kasalligi) yotadi va sariqlik sodir bo'ladi. Eng katta qiyinchiliklar virusli gepatitning xolestatik shakllarini erta laborator diagnostikasi bilan bog'liqdir.

Parenximatoz sariqlik sabablari quyidagilar:

- virusli gepatit A va V;
- portal va biliar sirroz;
- o'tkir toksikoinfeksiya;
- dorili gepatit;
- alkogolli intoksikatsiya.

Gepatotsitdagi patologik jarayonining mexanizmiga bog'liq xolda jigar sariqligining 3 turi farqlanadi: jigar-xujayrali; xolestatik; enzimopatik.

Gepato-sellyulyar sariqlik. Sariqlikning ushbu turini rivojlanishi gepatotsitlar membranalarining o'tkazuvchanligining o'zgarishi tufayli bilirubinning intragepatik metabolizmining buzilishi bilan bog'liq. Gepato-sellyulyar sariqlik o'tkir virusli gepatit, surunkali gepatitning kuchayishi, jigar

sirozi, gepatotsellyulyar rak, jigarning alkogolli va dorili zararlanishi, infeksiyon mononuklyoz, bir qator zaharli moddalar (xlorli uglevodorodlar, benzol va uning hosilalari, qo'rg'oshinlar, simob va b.) ta'sirida rivojlanadi. O'tkir gepatitning rivojlanishi tufayli sariqlikni keltirib chiqaradigan preparatlarga paratsetamol, atsetilsalisil kislotasi, izoniazid, ketokonazol, siklofosamid, galotan, barbituratlar, fenotiazin, NYAQPlar, tritsiklik antidepressantlar va boshqalar, surunkali gepatitning rivojlanishiga esa diklofenak, metildopa, fenitoin, sulfanilamidlar va boshqalar kiradi.

Gepatotsellyulyar sariqlikning klinik ko'rinishi terining va skleraning yaqqol sarg'ayishi, terining qichishi yo'qligi, jigardan tashqari belgilarning mavjudligi (qon tomir yulduzchalari, jigar kafti, ginekomastiya), ko'pincha splenomegaliya bilan birga jigar hajmining o'zgarishi bilan tavsiflanadi.

Surunkali jigar kasalliklarida sariqlik bilan birga portal gipertenziya belgilari aniqlanadi (qizilo'ngach, oshqozon, gemorroidal tomirlarning varikozi, qorin old devoridagi venalar kengayishi, assit).

Virusli gepatit preikterik davrda prodromal belgilarning mavjudligi bilan tavsiflanadi: isitma, titroq, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik, ko'pincha bo'g'imlardagi og'riqlar, yuqori nafas yo'llarida kataral belgilar, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda og'riq, ishtahani yo'qotish. Palpatsiyada jigarning kattalashganligi va og'riq aniqlanadi, keyinchalik sariqlik paydo bo'ladi, qonda aspartat va alanin aminotransferazalar darajasi oshadi.

O'tkir virusli gepatitning ikterik shaklining ko'pincha boshlang'ich davrda past darajadagi isitma paydo bo'ladi. Kasallikning ikkinchi yarmida paydo bo'lgan isitma ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishini ko'rsatadi. Qorinning o'ng yuqori kvadrantida o'tkir og'riq va isitma odatda gepatitning og'ir kechayotganligini ko'rsatadi.

O'tkir toksik gepatitning klinik ko'rinishi virusli gepatitga o'xshash kechadi, ammo unda prodromal davr bo'lmaydi. Bemorlarda ko'ngil aynishi, qusish paydo bo'ladi, ishtaxa kamayadi. Sariqlikning intensivligi kasallikning og'irligiga bog'liq. Kasallik gemorragik sindrom rivojlanishi, buyraklar

zararlanishi, o'tkir jigar yetishmovchiligi va koma bilan asoratlanishi mumkin.

Jigarning o'tkir alkogolli zararlanishi kasallikning dastlabki kunlaridanoq sariqlik rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga, bemorlar ko'ngil aynishi, qusish, ba'zida ich ketishi, ko'pincha harorat ko'tariladi, o'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'ladi, ba'zida o'tkir qorinning klinik manzarasi kabi belgilar rivojlanadi. Ba'zi bemorlarda assit paydo bo'ladi. Qon taxlilida leykotsitar formula deyarli har doim chapga siljishi va leykotsito, ECHTning ortishi kuzatiladi. Bu ba'zi hollarda o'tkir xoletsistit (xolangit) ning noto'g'ri tashxisotiga olib keladi.

Surunkali jigar kasalliklarida sariqlik turli xil klinik ko'rinishlar bilan birga kechadi: o'ng qovurg'a ostida og'riq, jigar va taloqning kattalashishi, burundan qon ketishi, terining qichishi, davriy isitma, portal gipertenziya belgilari (qizilo'ngach, oshqozon, gemorroidal va qorin old devoridagi tomirlarning varikoz kengayishi, assit va b.), anemiya, leyko- va trombositopeniya kabi belgilar uchraydi.

Laborator tekshiruvlarda qon zardobining sarg'ish rangga kirganligi, bog'langan bilirubin fraksiyasining ustunligi bilan qondagi umumiy bilirubin darajasining o'rtacha yoki keskin oshishi qayd etiladi. Quyidagi laborator sindromlar aniqlanadi:

- sitolitik sindrom (ALT, AST oshishi).
- gepatotsellyulyar yetishmovchilik sindromi (gipoalbuminemiya bilan kechadigan disproteinemiya, protrombin, xolesterin va xolinesteraza faolligining pasayishi).
- mezenximal yallig'lanish sindromi (gipergammaglobulinemiya, immunoglobulinlar darajasining oshishi).

Umumiy siydik tahlilida urobilinning ajralishi kuchayadi, bilirubinuriya, najas tahlilida esa – urobilinni najas bilan birga ajralishi kuzatiladi.

Xolestatik sariqlik. Jigar ichidagi xolestaz xolestatik sariqlik safro tarkibiy komponentlarining metabolizmi yoki uning mitsellalar shakllanishi, shuningdek, o't kapillyarlarining o'tkazuvchanligi, bilirubinning ajralib chiqishi

buzilishi natijasida rivojlanadi. Ushbu sariqlik Rotor va Dabin-Jonson sindromlarida jigar dorili zararlanishida, surunkali gepatit, toksik jigar shikastlanishi, jigarning birlamchi biliar sirrozi, idiopatik qaytalanuvchi xolestaz, homilador ayollarning xolestatik gepatozi, xolangit va boshqalarda kuzatiladi.

Xolestaz rivojlanishi tufayli sariqlikni keltirib chiqaradigan dorilarga - estrogenlar, androgenlar, aymalin, karbamazepin, xlorpromazin, tolbutamid, tritsiklik antidepressantlar kiradi.

Xolestatik sariqlik klinik ko‘rinishining o‘ziga xos xususiyati terining sariq tusga kirishi va qichishish bilan birga rivojlanishidir.

Laborator ma’lumotlarini tahlil qilishda quyidagilarga e’tibor berish kerak:

- giperbilirubinemiya mavjudligi (intragepatik xolestaz bilirubinning bevosita va bilvosita fraksiyalari darajasining oshishi bilan birga keladi);
- ishqoriy fosfataza darajasini yuqori raqamlarga ko‘tarilishi.

Uzoq muddatli xolestaz bilan, keyinchalik gepatotsitlarga o‘tning toksik ta’siri tufayli transaminazalar (ALT, AST) darajasining biroz oshishi mumkin. Siydikning umumiy tahlilida siydikda urobilin tanachalarining chiqishi kamayadi yoki bo‘lmaydi, bilirubinuriya kuzatiladi. Najasni tahlilida urobilin tanasining chiqarilishi kamayadi, najas axolik bo‘lishi mumkin.

Enzimopatik sariqlik. Enzimopatik sariqlik qondan bilirubinni ushlab, uni tashishni, glyukuron kislotasi bilan bog‘lanishini va bilirubinning gepatotsitlardan chiqarilishini ta’minlaydigan fermentlar faolligining pasayishi tufayli jigar hujayralarida bilirubin almashinuvining buzilishi natijasida yuzaga keladi.

Etiologiyaga ko‘ra, enzimopatik sariqlik odatda irsiy (birlamchi), lekin u ham orttirilgan (ikkilamchi) bo‘lishi mumkin.

Birlamchi enzimopatiya gepatotsitlarda pigment almashinuvining metabolizmini ta’minlovchi fermentlar va oqsillardagi irsiy nuqsonlar bilan rivojlanadi.

Orttirilgan (ikkilamchi) enzimopatiya safro pigmentlarining metabolizmi va gepatotsitlar membranasi tarkibiy qismlarining sintezida ishtirok etadigan fermentlar xususiyatlarining buzilishida va quyidagi xolatlarda rivojlanishi mumkin:

- uzoq muddat och qolish;
- organizmni kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi (etanol, uglerod tetraxlorid, paratsetamol, xloramfenikol va b.);
- jigarning infeksiyon zararlanishida (viruslar va b.);
- gepatotsitlar sitotoksik limfotsitlar va makrofaglar tomonidan zararlenganda.

Bilvosita bilirubinni ushlanishining buzilishi - albumindan qiyin parchalanish va gepatotsitga kirish - ba'zi dorilar bilan davolash paytida, masalan, antigelmint dorilar, gepatotsitlar tomonidan o'zlashtirilishi uchun bilirubin bilan raqobatlashadigan moddalarni kiritishda rivojlanishi mumkin.

Bilirubinning glyukuron kislotasi bilan bog'lanishining buzilishi glyukuronil transferaza yetishmovchiligi bilan bog'liq. Ushbu sariqlik guruhiga tegishli bir nechta nozologik shakllar mavjud. Rivojlanish mexanizmiga qarab quyidagi shakllar tafovut qilinadi:

1. Jilber sindromi - enzimopatik sariqlik guruhida eng ko'p tarqalgan tug'ma kasallik bo'lib, u oilaviy autosom dominant tarzda uzatiladi va UDF-glyukuroniltransferazani qisman yetishmovchiligi bilan bog'liq ravishda surunkali konyugatsiyalanmagan giperbilirubinemiya rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Kasallik yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'zini namoyon qiladi, ammo yashirin klinikasi bilan u e'tiborga olinmasligi mumkin.

Ko'pincha bu patologiya klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi va laborator tekshiruvda aniqlanadi. Sariqlik o'rtacha darajada ifodalanadi va intermittirlovchi xarakterga ega bo'ladi. Qoidaga ko'ra, bilirubin darajasi atigi 30 mkmol/l gacha ko'tariladi va kamdan kam hollarda 50 mkmol/l dan oshadi, shu bilan birga umumiy bilirubinning atigi 20 foizi konyugatsiyalanadi. Giperbilirubinemiya jigar faoliyatining biokimyoviy ko'rsatkichlari va uning

gistologik ko‘rinishining buzilishi bilan birga kelmaydi. Kasallik uzoq muddatli och qolish yoki past kaloriyali diyetadan keyin, interkurent infeksiyalardan, jarrohlik aralashuvlardan, spirtli ichimliklarni iste‘mol qilishdan keyin kuchayishi mumkin, ba’zida jigarda og‘riq, xolsizlik, ko‘ngil aynishi bilan birga kechadi.

Jilber sindromini tashxislash uchun quyidagi testlar mavjud:

- ochlik testi - bemorlarda qon zardobida bilirubin darajasi oshadi;
- fenobarbitalli test - fenobarbitalni qabul qilish, konyugatsiya qiluvchi fermentlarning faolligini oshirish, bilirubin darajasini normallashtirishga olib keladi;
- nikotin kislotasi bilan test - nikotin kislotani tomir ichiga yuborish, eritrotsitlarning osmotik qarshiligini pasaytiradi, bilirubin darajasining oshishiga olib keladi.

2. Krigler-Nayyar sindromi. Patogenezi glyukuronil transferaza fermentining irsiy jihatdan aniqlangan yo‘qligi (I-tip) yoki faolligining pasayishi (II-tip)ga asoslangan.

I-tip (kamdan kam uchraydi) - glyukuroniltransferaza to‘liq yo‘qligi va bilirubinni bog‘lashning mutlaq qobiliyatsizligi bilan bog‘liq bo‘lgan vaklinik jihatdan og‘ir shakldir. Bu bola hayotining birinchi kunlaridanoq sariqlikning paydo bo‘lishi, qondagi bilvosita bilirubin miqdorining keskin oshishi va markaziy asab tizimining zararlanishi bilan kechadi. Bolalarda bog‘lanmagan bilirubin darajasi 200-450 mkmol/l) gacha yetadi.

Jigarning funksional holati buzilmaydi, lekin unda konyugatsiya qiluvchi ferment yo‘q bo‘ladi. Jigar konyugatsiyalangan bilirubinni sintez qilmasligi tufayli bunday bolalarda safro rangsiz bo‘ladi. Siydikda safro pigmentlari bo‘lmaydi va najasdagi sterkobilin miqdori kamayadi. Fenobarbital bilan davolash samara bermaydi. Bemor bolalar odatda hayotining birinchi yilida bosh miya zararlanishi (bilirubinli ensefalopatiya) tufayli nobud bo‘lishadi.

II-tip sindromi mavjud bemorlarda glyukuronil transferazaning qisman yetishmovchiligi qayd etiladi, bu konyugatsiyalanmagan bilirubinning 60-200

mkmol/l gacha ko'tarilishida namoyon bo'ladi. Fenobarbital bilan davolash vaqtinchalik samara beradi. Kasallik bilirubin darajasi 200 mkmol/l dan oshmagan hollarda nisbatan ijobiy kechadi. Glyukuroniltransferaza orttirilgan tanqisligi bo'lishi mumkin, bu yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ushbu fermentni bir qator dorilar (levomitsetin, novobiotsin yoki K vitamini) tomonidan ingibirlanishi tufayli yuzaga keladi. Krigler-Nayyar sindromi va yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi (ona va homila eritrotsitlarining rezus-mos kelmasligi) bilan bilirubin ensefalopatiyasi oqibatida yadro sariqligi rivojlanishi mumkin.

Yadro sariqligi - neonatal sariqlikning og'ir shakli bo'lib, unda bosh miya yarim sharlari yadrolarida va bosh miya stvollarida safro pigmentlari va degenerativ o'zgarishlar rivojlanadi. Bunda bog'lanmagan bilirubin gemato-esefalik barerdan o'tib, miya yadrolarini bo'yaydi - shuning uchun "yadro" sariqlig deb ataladi. Yadro sariqligi quyidagilar bilan tavsiflanadi: yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hayotining 3-6 kunida orqa miya reflekslari yo'qoladi, tana mushaklarining gipertonusi, yig'loqilik, uyquchanlik, oyoq-qo'llarning tartibsiz harakati, talvasalar, nafas yetishmovchiligi va oxir oqibat o'lim yuz beradi. Agar bola omon qolsa, unda karlik, falajlik va aqliy zaiflik rivojlanishi mumkin. Konyugatsiyalangan fraksiyaning ustunligi bilan fermentativ giperbilirubinemiya kam uchraydi. Bularga Dubin-Jonson va Rotor sindromlari kiradi.

4. Dubin-Jonson sindromi - bilirubindiglyukuronidni jigar hujayralari membranasi orqali safro kapillyarlariga chiqarishda ishtirok etuvchi fermentlarning nuqsoni tufayli yuzaga keladi. Natijada, bog'langan bilirubin nafaqat o't kapillyarlariga, balki qisman qonga ham kiradi. Bu klinik jihatdan qonda bog'langan bilirubin miqdorining o'rtacha ko'payishi va sariqlik bilan namoyon bo'ladi. Ba'zi bemorlarda qonda ishqoriy fosfataza va gamma-glutamilttransferaza faolligi oshadi. Jigar biopsiyasida gepatotsitlarda to'q jigarrang-to'q qo'ng'ir sariq rangli pigment (lipoxrom) aniqlanadi. Sariqlik odatda qichishish bilan birga kelmaydi. Bemorlar o'ng qovurg'a ostida og'riqlar

bezovta qiladi, bu ko‘pincha jigar sanchig‘i hurujiga o‘xshaydi. Dispeptik belgilar, past darajadagi isitma, astenovegetativ sindrom rivojlanishi xarakterlidir.

5. Rotor sindromi (konyugatsiyalangan giperbilirubinemiya) -klinik jihatdan Dubin-Jonson sindromiga o‘xshash, ammo jigar hujayralarida patologik pigmentning to‘planishi kuzatilmaydi. Rotor sindromi yaxshi sifatli kechadi va autosom-retsessiv tarzda nasldan naslga o‘tadi.

3-BOB. OBTURATSION SARIQLIK

(sinonimlari: jigar osti, mexanik, obstruktiv sariqlik)

Obturatsion sariqlik – jigardan oshqozon ichak yo‘llariga safro oqimining buzilishi oqibatida poliorgan yetishmovchilik rivojlanishi bilan kechuvchi gomeostaz buzilishi sindromiga aytiladi.

3.1.Epidemiologiyasi

Obturatsion sariqlik (OS) o‘t tosh kasalligining (O‘TK) eng og‘ir asoratlardan biri bo‘lib, uni diagnostikasi va davolash hozirgi kunda ham dolzarb muammoligicha qolmoqda. Oxirgi yillarda O‘TK bilan kasallanish sonini ortib borishi uning asoratlari ham ko‘payishiga olib kelmokda. Asoratlari orasida xoledoxolitiaz va o‘n ikki barmokli ichak katta so‘rg‘ichi stenozlari ko‘p uchramokda. O‘t tosh kasalligi ko‘proq 30-60 yoshdagilarda uchrab, mexnat qobiliyatini pasayishiga olib keladi. O‘t tosh kasalligi asoratlari ichida xoledoxolitiaz birinchi o‘rinda turadi (8,1-26,8%), xoledoxolitiaz o‘z navbatida jigardan tashqari va jigar ichi o‘t yo‘llarida safroni dimlanishiga va bosimni ortishiga, buning natijasida esa obturatsion sariqlik rivojlanishiga olib keladi. Turli mualliflarning ma‘lumotlariga ko‘ra O‘TK obturatsion sariqlik bilan 13-43%, xoledoxolitiaz xolangit bilan asoratlanishi esa 66,4-88,1% ni tashkil qiladi.

Obturatsion sariqlikni noto‘g‘ri tashxis qo‘yilishi oqibatida bu bemorlar ko‘pincha virusli gepatit tashxisi bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi. Bunday bemorlarni vaqtida to‘g‘ri davo qilinmasligi bemor axvolini og‘irlashishiga olib keladi. Zamonaviy tekshiruv va davolash usullarini takomillashishiga qaramasdan ushbu bemorlarda o‘lim darajasi yuqoriligicha qolmoqda.

O‘t yo‘llari (O‘Y) patologiyasi bor xirurgik bemorlarni umumiy sonining 18% va undan ko‘p qismini OS bilan kasallangan bemorlar tashkil etadi. OS ning aniqlanish darajasi har 1000 kishidan 5 tasiga to‘g‘ri keladi. Shimoliy

Yevropada Osiyo va Afrikaga nisbatan O‘TK bilan kasallanish xavfi yuqori. Ayollar erkaklarga nisbatan ko‘proq O‘TKga moyilroqdir. 60 yoshga kelib, amerikalik ayollarning deyarli 25% da o‘t qopida toshlar aniqlanadi va 75 va undan katta yoshdagilarda yesa ular 50% ni tashkil etadi. 30 yoshgacha bo‘lgan bemorlar guruhida OS ning asosiy sababi o‘t tosh kasalligidir. 30-40 yoshdagi odamlar orasida o‘smalar va xolelitiazning uchrash chastotasi teng bo‘ladi. 40 yoshdan oshgandan so‘ng o‘smalar ustunlik qiladi. Barcha yosh populyatsiyalarida OS ning eng ko‘p tarqalgan sabablari o‘t yo‘llaridagi, katta duodenal so‘rg‘ichdagi (KDS), oshqozon osti bezi (OOB) va o‘t pufagi toshlari (45% gacha) va o‘t yo‘llaridagi o‘smalardir. Ayni paytda OSGa chalingan bemorlar soni ortmoqda, toshsiz o‘t yo‘llari kasalliklarini (15-20%) aksariyat xollarda: KDS stenozisi – 16-29%, pankreatit - 5,4-27,4%, ekstragepatik o‘t yo‘llarining chandiqli torayishlari – 5,3-15%, jigar o‘t yo‘llari parazitari kasalliklari – 1,6-4%, shuningdek, xavfli o‘smalari (OOB boshchasi saratoni, KDS saratoni, o‘t yo‘llari saratoni), o‘t yo‘llari atreziyasi OS kelib chiqishiga sabab bo‘ladi. O‘t yo‘llarining tug‘ma anomaliyalari esa juda ham kam uchraydi.

3.2. OBTURATSION SARIQLIK ETIOLOGIYASI

Jigar, biliar tizim va oshqozon osti bezi kasalliklari asoratlari tufayli o‘n ikki barmoqli ichakka safro oqimining buzilishi natijasida obturatsion sariqlik yuzaga keladi. Hozirgi vaqtda obturatsion sariqlikning sabablari juda yaxshi o‘rganilgan. Etiologik tamoyillarga ko‘ra ularni bir nechta asosiy guruhlariga birlashtirish mumkin:

1) Rivojlanishi anomaliyalari (1-7 foiz):

- o‘t yo‘llari atreziyalari;
- o‘t yo‘llari gipoplaziyasi;
- umumiy o‘t yo‘li kistalari;
- KDSga yaqin joylashgan o‘n ikki barmoq ichak divertikullari.

2) O't yo'llarining yaxshi sifatli kasalliklari (35-42 foiz):

- o't tosh kasalligi;
- xoledoxolitiaz;
- o't yo'llarining yallig'lanishli strikturalari;
- o'tkir papillit;
- katta duodenal so'rg'ich stenozi.

3) Yallig'lanish kasalliklari (30-35 foiz):

- o'tkir xoletsistit periprotsess bilan.;
- xolangit;
- pankreatit (asosan o'tkir va surunkali indurativ);
- oshqozon osti bezi boshchasi kistasi.

4) Yaxshi va yomon sifatli o'smalar (10-27 foiz):

- o't yo'llari papillomatozi;
- jigar va umumiy o't yo'llari raki;
- katta duodenal so'rg'ich raki;
- oshqozon osti bezi boshchasi raki;
- jigar darvozasiga metastazlar;
- jigar-o'n ikki barmoq ichak boylami limfomasi.

5) Jigar va o't yo'llarining parazitlar kasalliklari (1-4 foiz):

- opistorxoz;
- askaridoz;
- exinokokkoz;
- alveokokkoz.

6) O't yo'llarini yatrogen jarohatlanishi (0,2-3 foiz).

O't pufagi va o't yo'llarining rivojlanish anomaliyalari

Hozirgacha biliar tizim a'zolarini rivojlanish anomaliylarining umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud emas.

O't pufagining anomaliylariga bir nechta patologik xolatlar guruhlarini kiritish mumkin:

1) miqdorga oid anomaliyalar (ageneziya, qo‘shimcha yoki ikkilangan o‘t pufagi);

2) o‘lchamga oid anomaliyalar (gipogeneziya, gigant o‘t pufagi);

3) joylashuvga oid anomaliyalari (intragepatik, interpozitsiya, inversiya, distopiya, rotatsiya);

4) shaklga oid anomaliyalar (bukilishlar, buqa shoxi ko‘rinishidagi o‘t qopi, ilgaksimon, S-simon, rotorsimon, frigiya qalpoqchasi ko‘rinishidagi o‘t pufagi).

O‘t yo‘llarining anomaliyalariga quyidagilar kiradi:

1) o‘t yo‘llarining atreziyasi (tashqi o‘t yo‘llari distal qismi va o‘t pufagining, tashqi o‘t yo‘llari, intragepatik o‘t yo‘llari);

2) bo‘laklararo intragepatik o‘t yo‘llarining gipoplaziyasi;

3) umumiy o‘t yo‘llarining kistalari va intragepatik o‘t yo‘llarining ko‘p sonli kistoz kengayishi (Karoli kasalligi);

4) o‘t pufak yo‘lining anomaliyalari (cho‘zilgan pufak yo‘li, o‘t pufagi yo‘lining ochilish sohasi o‘zgarishi, o‘t pufagi yo‘lining gipoplaziyasi va fibrozi, o‘t pufagini mavjud bo‘lmasligi);

5) qo‘shimcha o‘t yo‘llari.

O‘t yo‘llarining atreziyalari. O‘t yo‘llarining anomaliyalari – bu o‘t yo‘llarining (O‘Y) drenajlash funksiyasi buzilishi bilan birga kechadigan defektlar (kamchiliklar) va rivojlanish nuqsonlaridir. O‘Y atreziyasi kamdan-kam uchraydigan tug‘ma patologik holat bo‘lib, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda 10-30 ming tug‘ilish jarayonida 1 ta holatida uchraydi, bemorlarning uchdan birida u boshqa rivojlanish anomaliyalari bilan birlashadi. Hozirgi kunda o‘t yo‘llari atreziyasining shakllanishidagi etiologik omil sMV-infeksiyasi hisoblanadi.

O‘t yo‘llari kistalari. O‘t yo‘llari kistasi – bu o‘t yo‘llaridagi barcha yaxshi sifatli kasalliklarning 1 foizini tashkil etadi. Aksariyat hollarda bolalar va ayollarda ko‘proq uchraydi. Barcha o‘t yo‘llari kistalarining 80 foizdan ortig‘i bolalik davrida tashhis qo‘yiladi. Sariqlik bo‘lgan bemorlarning 13-77 foizida

kista aniqlanadi va ikkinchi o'rinda turuvchi sindrom hisoblanadi, bu esa o't yo'llari kistasi bo'lgan barcha yosh guruhlari orasidagi bemorlar shikoyatlarining 29 dan 93,8 foizini tashkil qiladi. Kistasi bo'lgan operatsiya qilinmagan kattalarning 80 foizida gepatiko-xoledoxolitiaz, jigar ichi absesslari, jigar sirrozi va shularga o'xshash boshqa asoratlar yuzaga keladi.

Parapapillyar divertikul – bu o'n ikki barmoqli ichakning katta duodenal so'rg'ich sohasi devoridan chiqadigan qopsimon shakldagi kengayma bo'lib, bemorlarning 7-23,5 foizida aniqlanadi, keksalarda esa bu ko'rsatkich 30-70 foizni tashkil qilishi mumkin. O'n ikki barmoq ichak divertikullari oshqozon-ichak yo'llarida aniqlanish chastotasiga ko'ra yo'g'on ichakdan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Bemorlarning 60 foizida parapapillyar divertikul asorati sifatida o't suyuqligi chiqishi buzilishi va obstruktiv sariqlik yuzaga keladi.

O't yo'llarining yaxshi sifatli kasalliklari

O't-tosh kasalligi – o't pufagi yoki ba'zan o't yo'llarida o't toshlarining hosil bo'lishi bilan xarakterlanadigan, gepatobiliar tizimining almashinuv kasalligidir. Hazm a'zolarining eng keng tarqalgan kasalliklaridan hisoblanadi. Ayollar erkaklarga qaraganda 3 marta ko'proq kasallanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Xolelitiazning rivojlanishida lipid almashinuvining irsiy xususiyatlari ahamiyat kasb etadi, xususan, xolesteringa boy bo'lgan litogen safroning ishlab chiqarilishi; turli almashinuv kasalliklari (semirish, diabet, ateroskleroz, podagra); o't pufagi bo'shashining buzilishi bilan kechuvchi neyrogen yoki gormonal (homiladorlik) tabiatli o'zgarishlar; ingichka ichak terminal qismida o't kislotalari surilishining buzilishi (terminal ileit, refluks-ileit, keng rezeksiya); o't chiqaruv tizimiga pankreatik shiraning tushish yoki u yerdagi yallig'lanish jarayoni; klechatkaga kambag'ol bo'lgan yuqori kalloriyali ovqat qabul qilish (ichakda dezoksixoli kislotasining absorbsiyasini kamaytiradi); uzoq vaqt och qolish, nomuntazam yoki kam ovqat yeyish sababli safroning dimlanib qolishi; kam harakatda bo'lish, qabziyatlar; pankreatit, vagotomiyalar (o't pufagi atoniyasi va kengayib ketishi); gemolitik anemiyalar (Minkovskiy – Shoffar kasalligi, drepanotsitoz); jigar sirrozi; o'simlikli parxez

va to'yinmagan yog' kislotalarini ko'p miqdorda tutuvchi va shu sababli xolesterinni yog' depolaridan mobilizatsiya qiluvchi parhez; esterogenlar, miskleron, kontraseptivlarni qabul qilish. Xolelitiiazning rivojlanishida o't kislotalari, fosfolipidlar umumiy miqdorining kamayishi yoki gepatotsitlar tomonidan sintezlanadigan o't suyuqligi tarkibida xolesterin qonsentratsiyasining ortishi asosiy rolni o'ynaydi, chunki bunda xolesterin kolloid eritmadan cho'kmaga tushadi.

Klinikasi. O't-tosh kasalligi – jigar sanchig'i xurujlari va ular orasidagi to'liq yoki qisman so'nish davrlari bilan namoyon bo'ladi. Latent kechuvchi shakli ham uchraydi. Xurujlarning takrorlanish tezligi va intensivligi turlicha bo'ladi. Ba'zi hollarda bo'lib o'tgan bitta yoki bir nechta xurujdan keyin klinik belgilar yo'qoladi va bemorlar o'zini sog'lom deb hisoblaydilar; boshqa holatlarda esa – xurujlar soni tezlashadi, og'ir kechadi va vaqtida qilingan operatsiyagina bu holatni bartaraf qiladi. Jigar sanchig'i ovqatlanishning buzilishi, jismoniy yoki nerv zo'riqishlari tomonidan provokatsiyalanadi.

O'ng qovurg'a yoyi ostidagi yoki epigastral sohadagi og'riq harakterli bo'lib, bu og'riq o'ng kurak yoki o'ng qo'lga irradiatsiyalanadi, soatlab, hattoki bir necha kunlab davom etadi. Bu og'riqni faqat narkotik, xolinolitik yoki spazmolitiklar yordamida qoldirish mumkin. Ba'zan jigar sanchig'i qayt qilish, qisqa muddatli sariqlik, siydikning sarg'ayishi, axlatning rangsizlanishi bilan kechadi. Xuruj paytida palpatsiya qilinganda, qorin biroz tarang, ayniqsa, o't pufagi proeksiyasida og'riqli bo'ladi. Ker, Lepene, Ortner, Merfi, Gausman, Xaritonov, Ionash va boshqa simptomlar musbat bo'ladi. Xurujdan tashqari paytda qorin odatda yumshoq bo'ladi, palpatsiyada aniqlanadigan simptomlar sust namoyon bo'ladi yoki aniqlanmaydi. Xolelitiiazning og'irroq formalari obturatsion sariqlik rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Asoratlari: sariqlik rivojlanishi bilan kechuvchi umumiy yoki jigar-o't yo'lining obturatsiyasi; pufak yo'lining berkilishi va o't pufagi istisqosi; o't pufagi perforatsiyasi va safroli peritonit rivojlanishi; o't pufagi-ichak oqma yarasining paydo bo'lishi; xolesistopankreatit, xolangit va jigarning ikkilamchi

billiar sirrozi. Kasallikning kechishi va oqibati asoratlari kuzatiladi.

Diagnostikasi. Jigar sanchig'ining tipik xurujlarida diagnoz qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Aniq bo'lmagan og'riq hissi bo'lganda yoki hazm a'zolarining boshqa zararlanish belgilari namoyon bo'lganda tashhis qo'yish qiyinroq bo'ladi. Quyidagi belgilar mavjudligida xolelitiazga gumon qilsa bo'ladi – jinsi ayolligi, yoshning 40 dan yuqori bo'lishi, ortiqcha vazn, duodenal mahsulot tarkibida ko'p miqdorda xolesterin va bilirubinats kalsiyning aniqlanishi, holat xolesterinli koeffitsientning past bo'lishi. Tashhishlashda asosiy rol ni UTT va rentgenologik tekshiruv usullari egallaydi. O't pufagi exogrammada oval exonegativ bo'shliq sifatida ko'rinadi; o't pufagi devorlari qalinlashgan, qavatlariga ajralishi kuzatiladi; pufak ichi bo'shlig'i nogomogen bo'ladi. Unda chegaralangan exopozitiv sohalar ko'rinadi. Bu toshlar bo'lib, ular ortida cho'qqisitoshga qaragan akustik soya aniqlanadi. Rentgenologik tekshiruv usuli o't pufagi va o't yo'llaridagi toshlar, safroning 12 barmoq ichakka tushishining buzilishini, o't yo'llari diametrining o'zgarishini, o't pufagi ishlayotganligini tashhishlashga yordam beradi.

Xolangiolitiaz bilan asoratlangan o't tosh kasalligi. Xolelitiaz 35-42 foiz hollarda obturatsion sariqlikning sababi bo'lishi mumkin. Agar o't qopi o'z vaqtida olib tashlanmasa, u holda jiddiy va ba'zi hollarda hayot uchun xavfli bo'lgan asoratlar, masalan, xolangit, pankreatit va sariqlik paydo bo'lishi mumkin. Shu munosabat bilan o't yo'llarida toshlar mavjudligini aniqlanganda ularni olib tashlash tavsiya etiladi.

O't yo'llari strikturasi (torayishi). O't yo'llarining yaxshi sifatli torayishlari aksariyat hollarda yalig'lanish jarayonlaridan so'ng misol uchun: o't yo'llarida (xolangit) va atrofdagi qo'shni to'qimalar yalig'lanishida, shuningdek, turli operatsiyalar (xolesistektomiya, oshqozon rezeksiyasi va boshq.) natijasida o't yo'llari zararlanishi oqibatida yuzaga chaqadi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra o't yo'llari jarohatlanishi - 0,1 foiz dan 0,74 foiz gacha uchrashi mumkin. 82,9-97 foiz hollarda o't yo'llarining chandiqli zararlanishi yatrogen shikastlanish sababli kelib chiqadi. Kuzatishlar olib borilganda o't

yo'llari torayishi oqibatida 70-92 foiz obturatsion sariqlik rivojlanishi aniqlangan.

Katta duodenal so'rg'ich stenozi (sinonimlari: papillastenoz, Vater so'rg'ichi stenozi, KDS strikturasi, Oddi sfinkteri sklerozi) - KDS kanali bo'shlig'ining qisman yoki to'liq torayishi bo'lib, ko'pincha biliar gipertenziya va o'n ikki barmoq ichakka safro chiqishining buzilishiga olib keladi. Umumiy o't yo'li (UO'Y) chiqish qismining stenozi o't yo'llari patologiyasi bo'lgan bemorlar umumiy sonining 0,7-35,6 foizni tashkil etadi. O't yo'llari kasalliklari bo'lgan bemorlarda KDS stenozining chastotasi 0,7-35,6 foiz oralig'ida bo'ladi. Bu bilan aksariyat 40 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan ayollar ko'proq aziyat chekadilar. KDS stenozining kelib chiqishiga o't tosh kasalligi (O'TK) (ko'proq-mikrocoledoxolitiaz), surunkali xolesistit, xolangit, pankreatit, parapillyar divertikul, KDS o'smalari, uskunalar bilan zararlanish natijasida Oddi sfinkterning funksional buzilishi sabab bo'ladi. KDS stenozining rivojlanishi O'TK da KDS orqali toshning o'tishi natijasida uning to'qimalarini jarohatlanishi hamda o't yo'llarining yallig'lanishi bilan bog'liq. Xolangitda O'Y yallig'lanish jarayoni kontakt yo'li bilan KDS to'qimalariga o'tishi mumkin, bu esa ularning sklerozlanishiga olib keladi. Pankreatit xam yuqoridagilar kabi KDS stenozining rivojlanishi va o'tkazuvchanligining buzilishiga sabab bo'ladi.

Yallig'lanish kasalliklari

O'tkir xolesistit. Obturatsion sariqlik o'tkir xolesistit bilan 20-30 foiz hollarda yuzaga keladi. Buday bemorlarda operatsiyadan keyingi o'lim xolati 40 foiz ni tashkil etadi.

Xolangit. Xolangitning kelib chiqish sabablari - o't yo'llari toshlari (70-80 foiz bemorlarda), jarrohlik, laparoskopik, transpillyar-endoskopik jarrohlik aralashuvi (10-15 foiz), xolangiokarsinoma, parazitar invazyalar, yatrogen zararlanishlar misol bo'ladi. Xolangit yuzaga kelishi uchun bir necha sharoitlar zarur, bular:

- 1) xolestaz, safro oqimining buzilishi;

- 2) o't yo'llarida bosimning ortishi;
- 3) bakterial infeksiya.

O'tkir va surunkali pankreatit. O't yo'llarida toshlar bo'lgan o'tkir pankreatit bilan og'rigan 50 foiz bemorlarda obturatsion sariqlik (OS) kelib chiqadi. Pankreato-biliar zona anatomiyasi, turli etiologik sabablari va xususiyatlariga asoslangan biliar pankreatitning W.Hess tomonidan taklif etilgan sinflanishi mavjud:

1-shakli: o't yo'llaridan me'da osti beziga limfogen yo'llar orqali infeksiya o'tishi natijasida yuzaga keladigan xolesistopankreatit.

2-shakli: KDS da tosh tiqilishi (turib qolishi) natijasida yuzaga keladigan retension pankreatit.

3-shakli: KDS stenozida rivojlangan retension pankreatit (eng keng tarqalgan shakl).

4-shakli: UO'Y pankreatik qismining tubulyar stenoz va me'da osti bezining Virsung kanali terminal qismining stenoz natijasida yuzaga keladigan pankreatit. Ushbu shakl uzoq muddatli surunkali pankreatit bilan kasalanish natijasidir.

Bunda oshqozon osti bezi boshchasining surunkali yallig'lanishi va o't yo'li patologik o'zgargan pankreatik to'qima (fibroz, skleroz, kalsifikatsiyalar) bilan bosilishi hamda umumiy o't yo'lidagi giperplastik jarayonlar tufayli UO'Yning intrapancreatik qismi bo'shlig'i torayishi yuz beradi.

G'arbiy Yevropa davlatlarida 70 foiz hollarda surunkali pankreatitning rivojlanish sababi uzoq muddat spirtli ichimliklarni iste'mol qilish hisoblanadi, ammo hamma odamda alkogolni individual ko'tarish bo'sag'asi turlicha. Epidemiologik tadqiqot o'tkazilganda, tarkibida ko'p miqdorda yog' va uglevodlar bo'lgan ovqatlarni iste'mol qiladigan hamda uzoq vaqt mobaynida alkogol qabul qiladigan bemorlarda pankreatit rivojlanish xavfi yuqoriligi aniqlangan. Alkogolni ko'tara olish bo'sag'asi past bo'lgan bemorlarda surunkali va idiopatik pankreatitni bir-biridan farqlash ancha qiyin bo'ladi.

Idiopatik surunkali pankreatit tashhisi, pankreatit rivojlanishiga sabab

bo'luvchi barcha omillar istisno qilinganda qo'yiladi. Shu jumladan, giperkalsiemiya, kistoz fibroz (buni yoshi katta bo'lgan bemorlarda, o'pka patologiyasi bo'lmasa ham unutmazlik kerak), uning oshqozon osti bezi yo'llarining shikastlanishi bilan kechadigan travmalari, hamda 12 barmoq ichak va ampula oldi soha kasalliklarini surunkali obstruktiv pankreatit keltirib chiqaradi. Dunyoning turli davlatlarida, turli hil oilalarda surunkali pankreatit rivojlanishiga irsiy moyillik borligi tasvirlangan. Odatda irsiy surunkali pankreatit 10-12 yoshda namoyon bo'lib qizlar va o'g'il bolalarda teng uchraydi va autosom dominant tip bo'yicha nasldan naslga o'tadi. Bunday bemorlarda oshqozon osti bezi rakining rivojlanish xavfi katta bo'ladi.

Klinik manzarasi. Ko'pincha surunkali pankreatiti bor bemorlarni og'riq bezovta qiladi. Bu og'riqlar epigastral sohada joylashadi, o'tmas tabiatli bo'ladi va orqaga irradiatsiyalanadi. Xurujning boshida og'riqlar davriy bo'ladi, keyin doimiy bo'lib qoladi. Og'riqlar ovqat qabul qilganda yoki spirtli ichimliklar ichganda kuchayishi mumkin. Bunday bemorlarni davolashda og'riqni qoldirish asosiy vazifa hisoblanadi, ba'zan faqat narkotik analgetiklarga qoldiradi. Surunkali pankreatitda og'riqning sababi bo'lib nervlarning yallig'lanish jarayoniga tortilishi hamda shira yo'llari ichidagi bosimning ortishi hisoblanadi. Og'riqlar yana asoratlarning rivojlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Masalan, oshqozon osti bezi yolg'on kistalari, umumiy o't yo'lining obturatsiyasi yoki 12 barmoq ichak tutilishi. Tahminan 15 foiz bemorlarda og'riqlar bo'lmaydi va kasallik faqat endokrin yoki ekzokrin yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi.

Surunkali pankreatitda uchraydigan boshqa simptomlar oshqozon osti bezi endokrin yoki ekzokrin funksiyalarining buzilishi bilan bog'liq bo'ladi. Surunkali pankreatitda yog'lar va oqsillarni hazm qiladigan fermentlarning ishlab chiqarilishi pasaygani bilan, oshqozon-ichak traktida so'rilishning buzilishi belgilari fermentlar ishlab chiqarilishi 10 foizgacha kamaymaguncha sezilmaydi. Shuning uchun steatoreya bilan namoyon bo'luvchi yog'lar parchalanishi va so'rilishining buzilishi kechroq namoyon bo'ladi. Yog'lar hazm

bo'lishining buzilishi va yog'da eriydigan vitaminlar so'rilishining buzilishi bog'liq bo'ladi (A, Ye, D, K). Shu tufayli teri ostiga qon quyilishga moyillik, suyakdagi og'riqlar, qorong'uda ko'rishning pasayishi kabi simptomlar surunkali pankreatitda ko'proq uchramaydi.

Bundan tashqari surunkali pankreatitda protrombin vaqtning cho'zilishi, gipokalsiemiya va korreksiya qilinishi qiyin bo'lgan qandli diabet ham uchrab turadi. Surunkali pankreatitda bemorlarning ozib ketish sabablariga quyidagilar kiradi: sitofobiya, yoki ovqatlanishdan qo'rqish (chunki ovqat paytida og'riqlar kuchayadi), bu esa organizmga yetarli miqdorda oziq moddalarning va energiyaning kirmasligiga sabab bo'ladi; oshqozon osti bezi fermentlarining yetishmasligi hisobiga ichakda so'rilishning buzilishi; qandli diabet hisobiga kalloriyalarning yo'qotilishi.

Diagnostikasi. Alkogol iste'mol qiladigan bemorlarning anamnezida surunkali pankreatit keltirib chiqaruvchi sabablar bo'lib, qornida og'riq kuchaysa surunkali pankreatit tashhisini tahmin qilish mumkin. Qorin bo'shlig'i rentgenografiyasida surunkali pankreatit tashhisini tasdiqlovchi oshqozon osti bezi va chiqaruv yo'llarining oxaklanish belgilarini aniqlash mumkin. Bunda albatta qo'shimcha tekshirish usullariga ehtiyoj seziladi. Ularga UTT, kompyuter tomografiya va endoskopik retrograd xolangio-pankreatografiya kiradi. UTTda pankreatik yo'llarning kengayganligi, bez to'qimasi exogenligining kuchayganligi, qonturlari xiralashganligi ko'rinadi.

Qorin bo'shlig'i kompyuter tomografiyasida pankreatik yo'llarning kengayganligi, bez to'qimasi oxaklanganligi va kistozli o'zgarishlarga uchraganligi aniqlanadi. Bundan tashqari ba'zan bez to'qimasi zichligining o'zgarganligi ko'rinadi. Bunda atrofiya sohalari bilan birgalikda, zichlashgan sohalari ham aniqlanadi. Surunkali pankreatit diagnostikasida UTTga qaraganda kompyuter tomografiya yuqori sezuvchanlik va spesifiklikka ega. Endoskopik retrograd xolangio-pankreatografiya surunkali pankreatitda bez yo'llarining holatini baholashga yordam beradi. Bu tekshiruv paytida pankreatik yo'l kengayganligini (ko'proq notekis), qiyshayganligi, stenoz hamda pankreatik

yo'ldagi kista va toshlarni aniqlash mumkin. Ba'zi bemorlarda ayrim testlar pankreas ekzogen sekretor funksiyasi buzilganligini ko'rsatgani bilan bez chiqaruv yo'llarida hech qanday o'zgarish aniqlanmasligi mumkinligini esdan chiqarmaslik kerak. Oshqozon osti bezi usullarini istisno qilishda ERXPG ning o'rni kattadir.

Oshqozon osti bezi boshchasi kistasi. Obturatsion sariqlik sababi xoledoxning intrapancreatik qismini oshqozon osti bezi boshchasidagi katta kistalar bilan bosilishi hisobiga rivojlanishi mumkin. Bunda obturatsion sariqlik rivojlanish mexanizmi juda oddiy bo'lib, kista hajmining ortishi, xoledoxning intrapancreatik qismini mexanik bosilishiga, o't gipertenziyasi va obturatsion sariqlikning rivojlanishiga olib keladi.

Jigar, jigar ichki va tashqi o't yo'llari, katta duodenal so'rg'ich va me'da osti bezi o'smalari.

Jigarning yomon sifatli o'smalari (xolangiogen va gepatotsellyular o'smalar) jigarning segmentar va lobulyar o't yo'llariga o'sma tarqalganda safro oqimi buziladi va obturatsion sariqlik keltirib chiqaradi. Ekstragepatik o't yo'llarining proksimal qismi o'smasi (Klaskin o'smasi) kasallikning dastlabki bosqichida obturatsion sariqlikka olib keladi va kasallikning birinchi simptomi hisoblanadi. Xuddi shunday, umumiy o't yo'lining terminal qismi saratonida ham OS rivojlanadi.

KDS stenozlanishiga bir qator kasalliklar sabab bo'lishi mumkin. Adenomioz va giperplastik poliplar shaklidagi xavfsiz o'zgarishlar o't gipertenziyasiga olib keladi, ammo OS kamdan-kam hollarda yuzaga keladi. KDS adenomalari o'sma oldi kasalliklar hisoblanib 21 foiz hollarda OSga sabab bo'ladi. KDS holati haqida ishonchli ma'lumot olish uchun odatda papillotomiya qilish kerak, chunki bu o'zgarishlar ichak bo'shlig'i tekshiruvida har doim ham aniqlanavermaydi. Barcha hollarda, o'zgargan QDS to'qimalaridan biopsiya olish tavsiya etiladi. Tashhis biopsiya materialini morfologik tekshirish natijasiga asoslanadi.

Katta duodenal so'rg'ich adenokarsinomasi 90 foiz bemorlarda OS

bilan kechadi. O'sma yemirilishi hisobiga sariqlik remittirlangan xarakteriga ega bo'lishi mumkin.

OS ning eng ko'p tarqalgan sabablaridan biri - bu me'da osti bezi boshchasi kanalining adenokarsinomasidir. O'sma o'chog'i UO'Yga yaqin joylashgan bo'lsa, kichik hajmdagi o'sma hosil bo'lsa ham sariqlikning simptomlari yuzaga chiqadi. O'sma me'da osti bezining ilgaksimon qismidan o'sib chiqqanda OS ancha kech yuzaga keladi va sarhayish paydo bo'lganda ko'pchilik bemorlarda mezenterial qon-tomirlariga va abdominal aortadan chiqqan (truncus celiacus) qon-tomirlariga o'sma tarqalganligi sababidan MOB o'smasini rezeksiyasini amalga oshirib bo'lmaydigan holatga kelib qolgan bo'ladi.

Jigar va o't yo'llarining parazitlar kasalliklari

Opistorxoz (qo'zg'atuvchisi *Opisthorchis felinus*) bilan zararlangan jigar va O'Y larida strikturalar hosil bo'lishiga olib keladi. Strikturalar va opistorxozli stenozlovchi papillit mexanik xolestazni keltirib chiqaradi. Obturatsion sariqlik 35.5 foiz bemorlarda murakkab surunkali opistorxoz hisobiga rivojlanadi.

Strikturalarning lokalizatsiyalari: UO'Y terminal qismi va KDS (17 foiz), o't qopi yo'li (51 foiz) va qo'shma lokalizatsiya (28 foiz). Bunda sklerozlovchi xolangit ancha kam uchraydi (4 foiz).

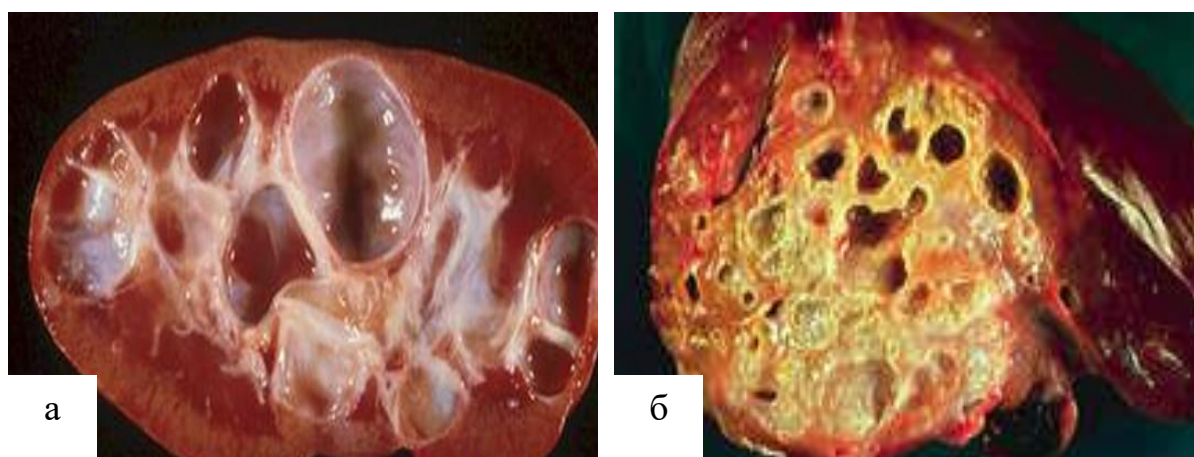
Askaridoz - peroral geogelmintoz, antropoz, yumaloq chuvalchang (*Ascaris lumbricoides*) Ascaridae oilasi, Ascaridata turkumi, Nematoda sinfidan kelib chiqqan. O't yo'llariga gijjalar migratsiyasi xolesistektomiya, sfinkterotomiya, xoledoxostomiya yoki sfinkteroplastikadan so'ng kuzatiladi. Bunda *A. lumbricoides* ning o't yo'llariga migratsiyasi askaridozning barcha jarrohlik asoratlari 28,5 foiz ni, O'Y obstruksiyasi va OS rivojlanishi 7,1 foiz ni tashkil etadi.

Exinokokkoz - odam va hayvonlarda tasmasimon *Echinococcus granulosus* ning organizmga tushib qurtlik (larval) bosqichining vujudga kelishi va rivojlanishi natijasida yuzaga keladigan surunkali parazitlar kasallikdir.

Exinokokkozda OS boshqa parazitlar kasalliklarga nisbatan ancha kam uchraydi va zararlangan bemorlarning 1,5-11,8 foizda kuzatiladi.

Ushbu kasallik butun yer yuzida uchraydi, lekin tarqalish tendensiyasi turli geografik regionlarda turlicha. Adabiyotlarda berilishicha, butun yer yuzida exinokokkozning tarqalishi umumiy infeksiyon kasallik ichida 0,5-1,5 foizni tashkil qiladi. Ko'p tarqalish bo'yicha birinchi o'rinda Janubiy Amerika turadi. Bu yerlarning qishloq tumanlarida katta aholi 30 foiz exinokokkoz bilan aziyat chekadilar. O'zbekiston hududida ham epizootik jarayonlar zo'riqish o'choqlarini tashkil qiladi. Shular qatoriga exinokokkozlar ham kiradi, ular ko'payishga mustahkam tendensiyaga ega. O'tgan yuz yillikni 90-yillarida xar yili operatsiyalar soni 1,0-1,5 mingni tashkil qilingan, o'lim bilan tugaganlari 2,5-7 foizni tashkil qilgan bo'lsa, 2000 va 2001 yillarga kelib operatsiya qilinganlar soni yiliga 4,5 mingga oshgan.

Inson organizmida exinokokkozning qo'zg'atuvchisi Taeniidae gelmentlar oilasiga mansub *Echinococcus granulosus* va *E.multilocularis* hisoblanadi. *Echinococcus granulosus* invaziyasi insonda gidatitoz exinokokkozni (9 (a)-rasm), *E.multilocularis* invaziyasi esa alveolyar exinokokkozni chaqiradi (9 (b) -rasm).



9-rasm. Jigar parazitlar kasalliklari.

a - jigar exinokokkozi; b - jigar alveokokkozi.

Etiologiya va patogenez: exinokokkozda invaziya sirkulyatsiyasi aniqlangan sxema bo'yicha amalga oshadi: invaziya manbaasi (yakuniy ho'jayin

- it, mushuk kabi hayvonlar), onkosfera va parazit chleniklari bilan ifloslangan tashqi muhit - oraliq ho'jayin (lichinka bilan zararlangan o'txo'r va boshqa hayvonlar) - zararlanmagan yakuniy ho'jayin.

Ko'p mualliflarning axboroti bo'yicha, exinokokkozlarning 3 turi farqlanadi: E.veterinorum - bo'shlig'ida exinokokkozli suyuqligi va chiqaruvchi kapsula lavrotsisti borligi va qiz (ya'ni mayda) pufakchalarning yo'qligi bilan xarakterlanadi. E.hominis bo'shlig'ida exinokokk suyuqligi hosila kapsuladan tashqari protoskolekslar borligi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik ularda qiz va nabira pufakchalar hosil bo'ladi. Qulay sharoitda ko'pincha bu exinokokk kistalari o'pka to'qimasida joylashganda kuzatiladi, qiz pufakchalar va mo'rtak skolekslar mavjud bo'lmaydi va bunday kistalar asefalotsitalar - E.acephalocystis deb ataladi.

Yuqish yo'llari: fekal - oral, aerogen, jarohat orqali.

Exinokokkozning rivojlanish ho'jayini 2 marotagacha almashishi bilan yuzaga keladi. Yakuniy ho'jayin bo'lib itlar turkumidagi hayvonlar hisoblanadi (itlar, bo'rilar, chiyabo'rilar, sirtlonlar, shoqollar va boshqalar). Oraliq ho'jayinlar bo'lib 60 xil sut emizuvchilar, shular qatorida hamma qishloq xo'jaligi hayvonlari: qo'y, echki, cho'chqa, katta shoxdor hayvonlar, tuya, ayiq, maymunlar va boshqalar, shuningdek, inson gelmint uchun biologik tupik hisoblanadi.

Oraliq ho'jayinlarni zararlanish yo'llari turlicha amalga oshadi: o'txo'r qishloq xo'jalik hayvonlar, zararlangan, invazirlangan itlar najasi bilan ifloslangan suv, somon, o't-o'lanlar bilan birgalikda gelmintlar tuxum va zarralarini yutib yuborishadi.

Keyinchalik koprofaq bo'luvchi qo'ylar itlarni najasini yeb zararlanishadi. Odamlarga asosan zararlangan it yungida exinokokkning tuxumi yoki bo'g'imi bo'lsa, shu it bilan aloqada bo'lganda, shuningdek, onkosferasi bor it najasi bilan zararlangan meva va sabzavotlarni yuvmasdan iste'mol qilganida yuqadi. Sog'lom uy hayvonlari shuningdek, mexanik tashuvchi bo'lib qolishi ham mumkin. Bunda sog'lom it zararlangan it yungiga yopishgan exinokokk

tuxumlarini yalaganda o‘tadi.

Odam exinokokkoz bilan peroral zararlanib, onkosfera gematogen yo‘l bilan bog‘langan holda hohlagan organ yoki to‘qimani zararlashi mumkin. Ammo ko‘pincha jigar (44-85 foiz) keyin o‘pkalar (15-20 foiz) va kam hollarda katta qon aylanishi bo‘ylab buyraklar, suyaklar, bosh va orqa miya va boshqa organlarni zararlashi mumkin.

Exinokokk mo‘rtaklarini organizmga kirishining uchinchi usuli zararlangan it og‘iz bo‘shlig‘i va tishlarida hayotiyli saqlangan onkosferani odamni tishlashi natijasida paydo bo‘lgan yara yoki mo‘rtakni operatsion yaraga tushishi orqali amalga oshadi.

Odam ichaklari yoki oraliq ho‘jayinda - hayvonda - tuxumlardan mo‘rtaklar hosil bo‘ladi va ular o‘zlarini ilmoqchalari bilan ichak devorini teshib qon-tomirlar va darvoza vena orqali jigarga kiradi.

Bu qon oqimi bo‘ylab yurgandagi birinchi bar‘er hisoblanadi va bu yerda onkosferaning ko‘p qismi tiqilib qoladi. Jigar bar‘erini yenggan onkosferalar kichik qon aylanishi bo‘ylab o‘pka tomon yo‘naladi va bu yerda ham bir qancha qismi cho‘kib qoladi - bu ikkinchi bar‘er hisoblanadi.

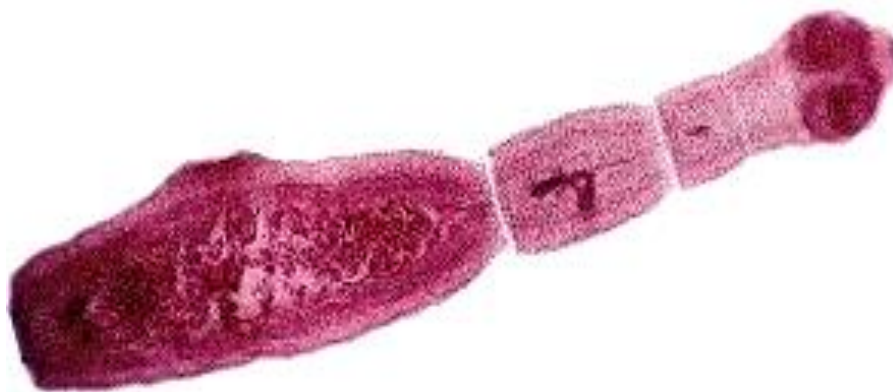
Katta qon aylanishiga tushib qolgan onkosferalar hohlagan boshqa a‘zoga kirishi mumkin.

Alveokokkoz - asosan jigarni zararlovchi lentasimon Echinococcus multilocularis gelminti oqibatida yuzaga chiquvchi og‘ir surunkali kasallikdir. Alveokokkozning o‘ziga xos xususiyati, birlamchi zararlanish o‘chog‘ida uzoq muddatli asimptomatik invaziv tarqalishi hisoblanadi va OS, yemirilgan bo‘shliqlar infitsirlanishi, portal gipertenziya kabi asoratlar rivojlanadi. Rossiyada bu kasallik eng ko‘p Sibirda (Oltoy o‘lkasi, Krasnoyarsk o‘lkasi, Tyumen va Kurgan viloyatlarida), Yakutiya, Chukotka va Kamchatkada kuzatiladi. Alveokokkozda biliar gipertenziya 7,5-44,3 foiz hollarda kuzatiladi. OS alveokokkozdagi parazit tugun o‘shining o‘ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqadi: jigar darvozasiga o‘shishi yoki magistral O‘Y bosilishi bilan gepatoduodenal boylam elementlariga tarqalishi, kamroq hollarda esa yemirilish

bo'shlig'ining O'Yga yorilishi sababli kelib chiqadi.

Alveokokkoz tenidoz guruhiga mansub *E.Multilocularis* lichinkalari orqali chaqiriladigan gelmintor ayrim Yevropa davlatlarida ko'proq qayd qilinadi.

Alveokokk katta bo'lmagan o'lchamli 1,3-2,2 mm. tasmali gelmint bo'lib, boshcha, bo'yin va 3-4 bo'g'imdan iborat. Lichinkali shakli mayda pufakchali konglomerat ko'rinishda bo'lib, biriktiruvchi to'qima bilan bog'langan bo'ladi va infiltrativ o'sish hamda ekzogen ko'payishi bilan xarakterlanadi (10-rasm).



10-rasm. *E.multilocularis* lichinkasi ko'rinishi.

Alveokokkoz ko'pincha Rossiyaning Yakutiya, Madagen va Kamchat viloyatlari shuningdek, Krasnoyarsk qirg'oqlari, Novosibirsk, Omsk va Tomsk viloyatlarida, Xabarovsk qirg'oqlarida uchraydi. Alveokokkozning parazitlar tabiati 1856 yilda Virxov tomonidan aniqlangan.

Etiologiya va patogenez. Alveokokk biogelment, hujayralarini almashtirib rivojlanadi. Yakuniy ho'jayinlari tulki, it, ba'zan bo'ri va mushuk bo'ladi. Oraliq ho'jayinlar yovvoyi kemiruvchilar va odamlar hisoblanadi.

Voyaga yetgan parazitlar yakuniy ho'jayinni ingichka ichagida parazitlik qiladi va urug'langandan so'ng tuxum qo'yadi. Yetilgan bo'g'imlar parazit tanasidan ajralib, najas bilan tashqariga chiqib, ortidan tuxumlarni qoldiradi. Tuxumlar tashqi muhitda rivojlanishga muhtoj bo'lmaydi. Tarkibida shakllangan lichinka - onkosfera bo'ladi. Onkosferani keyinchalik rivojlanishi gelmint tuxumini yutib yuborgan oraliq ho'jayinning tanasida sodir bo'ladi. Uning ichaklarida onkosfera qobiqlaridan ozod bo'lib, 6 ta ilmog'i yordamida

ingichka ichakdagi kapilyarlarni teshib kirib, qon oqimi bo‘ylab jigarga tushadi va shu yerda parazitar tugun shakllanadi. Yakuniy ho‘jayinga tarkibida skolekslari bilan shakllangan Alveokokkoz pufakchalari bo‘lgan oraliq ho‘jayin jigarini yorganda yuqadi.

Odam invaziyaning berilishida faol ishtirok etmaydi va biologik yakuniy joy hisoblanadi. Uning jigarida shakllangan parazitar tugunlarga yakuniy ho‘jayin yetisha olmaydi.

E.multilocularis ning o‘ziga xosligi shundaki, infiltrativ o‘shish va metastazlanish xususiyatiga ega. Ko‘pincha birlamchi zararlanish jigarining o‘ng bo‘lagida, ba‘zi hollarda chap bo‘lagida sodir bo‘ladi. Jigar Alveokokkozi uzoq muddat, ayrim hollarda ko‘p yillar simptomlarsiz kechadi. Bu parazitning sekin o‘shishiga bog‘liq. Spesifik klinik simptomlarga ega emas va asosan zararlanishning hajmi va joylashishiga qarab aniqlanadi.

Asoratlari. Alveokokkozning ko‘p uchraydigan asoratlari obturatsion sariqlik va portal gipertenziya hisoblanadi. Infiltrativ o‘shish xususiyatiga ega bo‘lganligi sababli Alveokokk yaqin turgan organlarga o‘shib ketish ehtimoli bor - diafragma, buyraklar, o‘pka, qorinparda orti bo‘shlig‘i va parazitar o‘smal ichidagi yemirilish bo‘shlig‘i hosil bo‘ladi. Shuningdek, istalgan organga metastaz berishi mumkin (ko‘pincha o‘pkalarga). Gidatid exinokokkozdan farqli o‘laroq jigar alveokokkozida to‘xtovsiz o‘sovchi aparazitar tugun hosil qiladi. Parazit gioliranidaza ajratish xususiyatiga ega bo‘lganligi sababli atrofdagi to‘qimalarni eritish xususiyatiga ham ega. Bu parazitar tugunni jigarining qo‘shni bo‘limlari va yaqin turgan organlarga o‘shib ketishiga olib keladi (11-rasm).

Alveokokkni qon va limfa tomirlarni ichiga o‘shib ketishi ayrim pufakchalarni uzilib ketishiga va ularni regionar limfa tugunlari, o‘pka va bosh miya kapilyarlariga kirib shu yerda metastatik parazitar o‘smalarni hosil qilishiga olib keladi.

Alveokokkozning klinik sinflanishi (B.I.Alperovich bo‘yicha):

- 1) Simptomsiz kechish bosqichi;
- 2) Asoratsiz kechish bosqichi;

- 3) Asoratlangan kechish bosqichi: bittalik, a) obturatsion sariqlik, ikkitalik, b) portal gipertenziya, v) jigar darvozasiga va qo'shni organlarga o'sib ketishi, g) yemirilish, d) yemirilgan bo'shliqning yorilishi, ye) o't-bronxial oqmalar, yo) metastazlar, j) atipik shakllar.



11-rasm. Jigar alvekokkozi makroskopik ko'rinishi.

O't yo'llarini yatrogen jarohatlanishi

O't tosh kasalligini jarohlik yo'li bilan davolashda obturatsion sariqlik sindromi rivojlanishining o'rtacha ulushi o't yo'llarining yatrogen shikastlanishi tufayli ortadi, bu 90% hollarda xolesistektomiya paytida (so'nggi yillarda, asosan, laparoskopik xolesistektomiya paytida) sodir bo'ladi. Yatrogen shikastlanishlar 82-97% hollarda jigardan tashqari o't yo'llarida chandiqli o'zgarishlarning sababi hisoblanadi. O't yo'llarining chandiqli strikturalari bilan obturatsion sariqlik 70-92,5% hollarda rivojlanadi. Jigardan tashqari o't yo'llarining yatrogen shikastlanishining klinik belgilarining paydo bo'lish vaqti bir necha kundan 10 yilgacha yoki undan ham ko'proq vaqtni tashkil qiladi, obturatsion sariqlik esa ko'pincha (taxminan 50% hollarda) jarohatlanishdan keyingi dastlabki bir yil davomida rivojlanadi.

Laparoskopik xolesistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanishi uchun xavf omillari jarroh tomonidan anatomik belgilarni noto'g'ri baholash, mahalliy yallig'lanish, qorin bo'shlig'idagi bitishmali jarayon va semizlikdir.

Xolesistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanishi operatsiya vaqtida ham, operatsiyadan keyingi ertangi davrda ham safro oqishi, o't yo'llarining strikturasi yoki ikkalasiga ham olib kelishi mumkin.

Hozirgi vaqtda E.I.Galperin va boshqalarning tasnifi eng dolzarb va qulay bo'lib, unga ko'ra o't yo'llarining intraoperatsion ("yangi") shikastlanishlari 4 guruhga bo'linadi:

1. Kichik jarohatlar, shu jumladan o't qopi yo'li cho'ltog'ining yetishmovchiligi va o't pufagi o'rindig'idagi o't yo'llari (Lyushka yo'llari) shikastlanishi;

2. Magistral o't yo'llarning shikastlanishi, shu jumladan ularning qirg'oqli jarohatlanishi yoki ularning kesilishi;

3. Magistral o't yo'llarining termik shikastlanishi;

4. Magistral o't yo'llarni klipsalash.

Shuningdek, xorijiy adabiyotlarda o't yo'llarining yatrogen shikastlanishlarining ko'plab tasniflari mavjud bo'lib, ularga ko'ra bemorni davolash taktikasini tanlash belgilanadi.

Stewart-Way bo'yicha o't yo'llarining yatrogen shikastlanishlari sinflanishi:

I. O't yo'li devori defektisiz qisman kesilishi.

II. Yo'llarni stenozisi yoki safro oqishiga olib keluvchi yon devorlarni jarohatlanishi.

III A. Cho'ltoq saqlangan xolda o't yo'lini to'liq kesilishi.

III B. O't yo'lini konflyuens sohasida to'liq kesilishi.

III C. O't yo'lini konflyuens butunligi buzilishi bilan to'liq kesilishi.

III D. Bo'laklar yo'li bilan birga o't yo'lini to'liq kesilishi.

IV. O'ng jigar yo'lini jarohatlanishi.

Strasberg bo'yicha o't yo'llarining yatrogen shikastlanishlari sinflanishi:

A-turi. O't pufagi yo'li yoki Lyushka yo'llaridan safro oqishiga olib keluvchi biliar tizimning mayda o't yo'llari jarohatlanishi;

B-turi. Aberrant o'ng jigar yo'lini ikkala oxirlarini klipsalash bilan birga kesilishi;

C-turi. Aberrant o'ng jigar yo'li kesilishi bilan proksimal klipsalanmagan qismidan safro oqishi;

D-turi. O't yo'llarini qirg'oqli jarohatlanishi va safro oqishi.

E1-turi. Umumiy jigar yo'li >2 sm saqlangan xolda to'liq kesilishi;

E2-turi. Umumiy jigar yo'li <2 sm saqlangan xolda to'liq kesilishi;

E3-turi. Konflyuens butunligi saqlangan xolda to'liq kesilishi;

E4-turi. Bo'laklar yo'li ajralgan xolda to'liq kesilishi;

E5-turi. I, II yoki III tur + abberant o'ng jigar yo'li jarohatlanishi.

3.3. OBTURATSION SARIQLIKNING PATOGENEZI

Obturatsion sariqlikning asosiy patogenetik bo'g'ini - bu jigardan tashqari o't yo'llari orqali safro oqimining buzilishi hisoblanadi. Dastlab intragepatik o't yo'llarida regurgitatsiya (teskari oqim) bo'lib biliar o'zanda bosim ortishiga olib keladi, natijada bu xolat gepatotsitlar darajasigacha davom etadi (paraxoliya).

OSning dastlabki kunlarida gepatotsitlar membranalarining o'tkazuvchanligi qisqa muddatli (3-5 kun) oshishi va ulardan indikator fermentlarining chiqarilishi kuzatiladi. O't yo'li obturatsiyasi rivojlangandan so'ng jigar funksiyasi biroz buziladi va gepatotsitlardan safro ajralishi davom etadi.

O't yo'llarida bosimning uzoq vaqt baland bo'lishi jigar hujayralari funksiyasining buzilishiga olib keladi va paraholiya yuz beradi (bilirubinning gepatotsitdan qonga qaytishi). Gepatotsitlar funksiyasi pasaygan sari bilirubinni ushlab qolish funksiyasi ham zararlanadi va qonda konyugirlanmagan bilirubinning miqdori ortadi. Bu davrda gepatotsitlarning nekrozi kuzatilishi mumkin va shuning uchun qonda aminotransferazalarning faolligi oshadi.

Ichakda o't kislotalari yo'qligi tufayli lipaza faollashmaydi, oqsil hazm bo'lishi va yog'da eruvchi vitaminlarning so'rilishi buziladi. K1 vitaminisiz protrombin hosil bo'lmaydi va qon ivishi kamayadi. Safroning bakteritsid ta'siri

yo‘qoladi, bu esa disbakteriozga olib keladi. O‘t kislotalarining bo‘lmasligi ichak motorikasi buzilishiga olib keladi.

Barcha o‘zgarishlar natijasida jigarining antitoksik funksiyasi buziladi, bu endotoksemiya sindromida ifodalanadi. Buyraklarda mikrovaskulyar tromboz rivojlanishi bilan rezistiv tomirlarining konstriktsiyasi va funksional buzilishlarning ortishi yuzaga keladi. Mochevina va kreatinin miqdor darajasi qonda ortadi va jigarining antitoksik funksiyasi buzilishi ortadi va enterogepatik o‘t aylanishi buziladi. Gepatotsitlar yemiriladi va degeneratsiyalanadi. Nefronning funksiyasi pasayadi va bularning hammasi obturatsion sariqlik bilan og‘rigan bemorlarda jigar-buyrak sindromining rivojlanishiga olib keladi. Zaharli moddalar gematoensefalik barer orqali o‘tib jigar ensefalopatiyasi sindromi bilan namoyon bo‘ladi.

Endotoksin yoki grammsalbiy bakteriyalar lipopolisaxaridlari gramm-salbiy ichak muhiti buzilishidan faollashadi va ichak shilliq qavati orqali portal tomir ichiga kirib jigar va undan so‘ng umumiy qon aylanish tizimiga o‘tadi. Biologik tizimlarni bir qator faollashishiga: qon ivish tizimi, komplement, qon hujayralari-monotsitlar, makrofaglar, neytrofillar, eozinofillar va endoteliotsitlar bilan ko‘plab mediatorlar chiqishiga sabab bo‘ladi.

Kasalliklarni muvaffaqiyati davolash aniqlangan endotoksin agressiyasini bartaraf etishda ichak barerlari va jigar makrofaglari (Kupfer hujayralari) funksiyalariga bog‘liq.

Xolestaz o‘t yo‘llarining obstruksiyasi tufayli naysimon epiteliyga ham, hepatotsitlarga ham zarar keltiruvchi ta’sir ko‘rsatadi. Jigar ichidagi o‘t komponentlarining to‘planishi nafaqat intragepatik xolestazning rivojlanishiga olib keladigan sabablar bilan, balki transporterlardagi nuqsonlar bilan yoki ekstragepatik xolestaz funksiyasi tormozlanishi teskari aloqa tamoyiliga to‘sqinlik qilish bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

O‘t komponentlari (gidrofob kislotalar, bilirubin, xolesterin) hepatotsitga, xususan, uning mitoxondriyalariga toksik ta’sir ko‘rsatadi, nafas olish siklini va yog‘ kislotalarining oksidlanishini bevosita yoki bilvosita to‘sadi. Natijada

nafaqat hepatotsit vazifasini buzilishi, balki lipidlarni peroksidatsiyasi jarayonlari ortadi va hujayralarni zararlanishiga olib keladi.

Xolestazning o't yo'llari uchun oqibatlarini, bir tomondan, kanallarning bo'shliq bosimning oshishi va boshqa tomondan gidrofob o't kislotalarining zararlovchi detergent ta'siri bilan bog'liq.

Ularning konsentratsiyasi ortishi biokimyoviy jarayonlar zanjirini faollashtiradi va jarayonning oxirgi natijasi bo'lib apoptoz orqali hepatotsitlar va xolangiotsitlar nobud bo'ladi.

3.4. OBTURATSION SARIQLIKNING SINFLANISHI

Obturatsion sariqlikning mavjud sinflanishlari va unga yondashuvlar juda xilma-xildir.

I. Etiologiyasiga ko'ra:

A. Yaxshi sifatli (xoledoxolitiyaz, KDS stenoz, pankreatit, OOB kistoz transformatsiyasi, o't yo'llarining chandiqli va posttravmatik strikturalari, 12 b/i divertikullari, xolangit, jigarining parazitari kasalliklari, perixoledoxeal limfadenit, duodenostaz, o't yo'llari tug'ma anomaliyalari).

V. Yomon sifatli (jigarining birlamchi saratoni, Faterov so'rg'ichi saratoni, MOB saratoni, jigardan tashqari o't yo'llari saratoni, jigarga metastazlar).

II. Klinik kechishiga ko'ra:

- O'tkir;
- Surunkali.

III. Sariqlik kechishi tabiatiga ko'ra:

- o'sib boruvchi;
- pasayib boruvchi;
- intermitirlangan.

IV. O't yo'llari obturatsiyasi sohasiga ko'ra:

- proksimal (yuqori) blok;
- distal (pastki) blok.

V. Safro oqimi buzilishi darajasiga ko'ra:

- to'liq;
- noto'liq;
- o'tib turuvchi (ventil tabiatli sariqlik).

VI. Og'irlik darajasiga ko'ra:

- Yengil daraja (umumiy bilirubin darajasi 100 mkmol/l gacha);
- O'rta og'ir daraja (umumiy bilirubin darajasi 200 mkmol/l gacha);
- Og'ir daraja (umumiy bilirubin darajasi 200 mkmol/l dan ortiq).

Obturatsion sariqlikni davolashda jarrohlik taktikasini tanlash uchun E.I.Galperin va hammualliflari tomonidan taklif etilgan obturatsion sariqlikni og'irlik darajasini baholovchi sinflanishni qo'llash tavsiya etiladi. Bunda faqatgina biokimyoviy ko'rsatkichlar emas balki kasallik asoratlari, obturatsion sariqlikni og'irlashtiruvchi ko'rsatkichlar ham hisobga olingan (1-jadval).

1-jadval

Obturatsion sariqlikda jigar yetishmovchiligi og'irlik darajasini baholash

Laborator ko'rsatkichlar	Laborator ko'rsatkichlarining me'yordan og'ish darajasini baholash shkalasi		
	1	2	3
Qon zardobidagi umumiy bilirubin miqdori (mkmol/l)	60	60-200	>200
Qon zardobidagi umumiy oqsil miqdori (mkmol/l)	>65	65-55	55

Ushbu sinflanishga muvofiq, umumiy bilirubin darajasini 3 bosqichli baholash amalga oshiriladi: <60 mkmol/l – 1 ball; 60 – 200 mkmol/l – 2 ball; >200 mkmol/l – 3ball.

Holatni og'irlashtiruvchi asoratlar quyidagilar kiradi: xolangit, buyrak yetishmovchiligi, jigar yetishmovchiligi, ensefalopatiya, oshqozon-ichak

tizimidan qon ketishi, sepsis. Obturatsion sariqlik sindromining bu asoratlari umumiy bilirubin darajasiga nisbatan 2 koeffitsient bilan baholanadi va bilirubinemiya darajasiga bog‘liq bo‘ladi, ya’ni bilirubin 1 ball – asorat 2 ball, bilirubin 2 ball – asorat 4 ball va bilirubin 3 ball – asorat 6 ball. Ikki yoki undan ortiq asoratlar birlashtirilganda, u ikki marta yoki mutanosib ravishda ballar soni oshadi. Sepsis ikki va undan ortiq asoratlar sifatida baholanadi.

Obturatsion sariqlikning o‘smali genezi 1 asorat sifatida baholanadi. Bunday baholash omillari majmui bilan obturatsion sariqlik og‘irligining 3 ta sinfi farq qilinadi (2-jadval):

2-jadval

Obturatsion sariqlikning og‘irlilik darajasi

Sariqlikning og‘irlilik darajasi	Ballar miqdori	Operatsiyadan keyingi asoratlar (foiz)	Operatsiyadan keyingi o‘lim xolati (foiz)
Yengil (A sinf)	≤5 ball	16,3	0,8
O‘rtacha (V sinf)	6-15 ball	59	13,6
Og‘ir (S sinf)	≥16 ball	88,4	46,1

Izoh. *Obturatsion sariqlik: «A» sinf (yengil darajali obturatsion sariqlik – ≤5 balli bemorlar); «V» sinf (o‘rtacha og‘ir darajali obturatsion sariqlik) – 6-15 balli bemorlar; «S» sinf (og‘ir darajali obturatsion sariqlik) – ≥16 balli bemorlar.*

Obturatsion sariqlik og‘irligini baholash bilan bir qatorda, ushbu sinflanish jarrohlik operatsiyasini prognozlash imkonini beradi: “A”-sinf bemorlarda – prognoz ijobiy. “V”-sinf – shubhali prognoz, bemorning umumiy holatiga bog‘liq. “S”-sinf – prognoz salbiy. Biroq, jigar yetishmovchiligi kasallikning istalgan vaqtida OS ni murakkablashtiradi va kasallik prognozini va natijasini belgilaydi.

4-BOB. OBTURATSION SARIQLIK KLINIKASI VA DIAGNOSTIKASI

4.1. OBTURATSION SARIQLIK KLINIKASI

Obturatsion sariqlikda quyidagi asosiy klinik sindromlar namoyon bo'ladi:

Sarg'ayish – teri, shilliq qavatlar va ko'z sklerasining sarg'ayishi bilan namoyon bo'luvchi klinik simptom hisoblanadi. Barcha transsudat, ekssudat va to'qimalar sariq rangga kiradi. Faqatgina so'lak, ko'z yoshi va oshqozon shirasi rangi o'zgarmaydi. Qonda bilirubin miqdorining ortishi (bilirubinemiya) hisobiga teri, shilliq qavatlar va boshqa to'qimalarda bilirubin pigmentining to'planishi bilan bog'liq. Anemiya va oqish teriga ega bemorlarda sariqlik ertaroq aniqlanadi, qoramtir terili bemorlarda esa sariqlik uzoq vaqt davomida sezilmaydi. Tekshiruv yaxshi yoritilgan xonada amalga oshirilishi kerak, lekin quyosh nurida tekshirish samaraliroqdir.

Xolestaz - bu safro tarkibiy qismining hammasi yoki ayrim tarkibiy qismlarining ichaklarga qisman yoki to'liq tushishining buzilishi, jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llarida to'planishi va qonga tushishi bilan xarakterlanuvchi sindromdir.

Xolemiya - o't kislotalarining qonga tushishidir. Klinika jihatdan - o't kislotalarining adashgan nerv markaziga va retseptorlarga, yurakning sinus tuguniga va qon-tomirlariga ta'siri ostida *bradikardiya va qon bosimining pasayishi* bilan tavsiflanadi (ATF sintezining buzilishi va mushaklarning qisqarishi sekinlashishi). O't kislotalarining markaziy nerv tizimiga toksik ta'siri *asteno-vegetativ* buzilishlar shaklida namoyon bo'ladi: asabiylashish, o'zgaruvchan depressiya, kunduzgi uyquchanlik va tungi uyqusizlik, bosh og'rig'i, charchoqning ortishi.

Teri qichishishi - O't kislotalari bilan terining sezuvchi nerv oxirlari ta'sirlanishi natijasida terida qichishish paydo bo'ladi.

Siydikda o't kislotalarining paydo bo'lishi siydikning sirt tarangligi kamayishiga, uning rangini to'qlashishiga va ko'piklanishiga (pivo ko'rinishida

siydik) olib keladi. Qondagi o't kislotalarining ko'payishi – eritrotsitlar gemoliziga olib kelishi mumkin, gemolitik sariqlik qizil qon hujayralarining osmotik qarshiligining buzilishi (pasayishi) bilan bog'liq holda, leykotsitoliz, qon ivishining pasayishi, membranalarning o'tkazuvchanligi oshishi va yallig'lanish jarayonining rivojlanishi (jigar nekrozi, o'tkir pankreatit) kabilarni chaqirishi mumkin.

Axoliya - o't yo'llarining obturatsiyasi sababli ichak bo'shlig'iga safroning passajini to'liq buzilishi bilan kechuvchi sindromidir. Bu holatda ichaklarda parchalash funksiyasi buzilishi kuzatiladi. Ichakda o't kislotalari yo'qligi tufayli lipaza faollashmaydi, yog'lar emulsiyalanmaydi, yog' kislotalari bilan o't kislotalari eruvchan komplekslari hosil bo'lmaydi, shuning uchun 60-70 foiz yog'lar hazm bo'lmaydi, so'rilmaydi va najas (*steatoreya*) bilan birga tanadan chiqarib yuboriladi. Fermentlarning ovqat luqmalariga kirishi va oqsillarni hazm qilinishi buziladi, bu esa *kreatoreyaga* olib keladi.

Yog'da eriydigan vitaminlarning (retinol, tokoferol, fillokinon) qonga so'rilishi buziladi va avitaminoz rivojlanishiga olib keladi. Filloxinon (vitamin K1) bo'lmasa, protrombin hosil bo'lmaydi, *qon ivishi pasayadi*, bu esa qon ketish xavfini oshiradi. Safroning bakteritsid ta'siri yo'qoladi, bu esa *disbakteriozga* olib keladi. O't kislotalarining yo'qligi ichak motorikasi buzilishiga olib keladi: ichakning tonusi va peristaltikasini zaiflashtiradi, qabziyat paydo bo'ladi.

Biroq, qabziyat tez-tez ichakda bijg'ish jarayonlarining kuchayishi va safroning bakteritsid hususiyatlari kamayishi tufayli diareya bilan almashinib turadi. Najas rangsiz bo'ladi, shuningdek aholiyada sterkobilin hosil bo'lmaydi.

Disxoliya - bu safroning litogenlik hususiyatga ega bo'lish sindromidir.

Endotoksemiya sindromi. Jigar struktur buzilishlari va xolemiyada organizmda toksik moddalar hosil bo'lishiga va ammiak, fenol, aseton, aetaldegid, indol, skatol va boshqalarni to'planishiga olib keladi. Jigarning antitoksik funksiyasi buziladi va toksik moddalar endotoksemiya sindromida ifodalangan barcha organlar va sistemalarga zararli ta'sir ko'rsatadi. Rezistiv

tomirlar konstriktsiyasi va funksional buzilishlarning ortishi bilan buyraklarda mikrovaskulyar tromboz rivojlanadi. Qonda mochevina va kreatinin miqdori ortadi, jigarning antitoksik funksiyasi va enterogepatik safro sirkulyatsiyasi buziladi. Gepatotsitlarda gipoksiya, apoptoz, ishemiya, nekroz yuz beradi va jigar yetishmovchiligi rivojlanadi.

Obturatsion sariqlikda jigar yetishmovchiligi odatda yashirin bo‘lib, jigar yetishmovchiligi jigar sirrozidan farqli o‘laroq, ko‘proq hollarda ensefalopatiya hodisalari bilan birga keladi. Uzoq muddatli OSda nefron funksiyasi pasayadi va bular jigar-buyrak sindromining rivojlanishiga olib keladi. Toksik moddalar gematoensefalik barerdan o‘tishi bilan jigar ensefalopatiyasi namoyon bo‘ladi.

Toksik moddalarning nerv tolalariga to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta‘siri natijasida nerv-mushak o‘tkazuvchanligi buziladi, bu esa bradikardiyaga olib keladi. Qon-tomir tizimida trombogemorragik o‘zgarishlar – disseminirlangan tomir ichi ivish sindrom (DTS-sindrom) rivojlanadi.

O‘t kislotalari sirtqi faol moddalar sifatida, o‘pka surfaktantini (alveolalarning submikroskopik qoplamasi) o‘zgartiradi va alveollarning o‘tkazuvchanligini buzadi. Bularning barchasi kislorod transportining buzilishiga, gipoksiyaning ortishiga va o‘tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi.

OS bir qancha umumiy va o‘ziga xos klinik xususiyatlarga ega. Tashhisning birinchi bosqichida bu sariqlik parenximatoz emas, balki obturatsion ekanligini aniqlash zarur. Birinchi holda, bemor kasalxonaning jarrohlik bo‘limiga yotqizilishi kerak, parenximatoz sariqlikda esa infeksiyalar (virusli gepatit) yoki terapevtlarga (toksik gepatit, jigar sirrozi) yo‘naltiriladi.

Obturatsion sariqlik uchun terining sariq-yashil rangga kirishi va bemorlarning bir qismida qichishish bilan birga bo‘lishi xarakterlidir. Lekin OS ning asosiy belgilari - kasallik boshida jigar sanchig‘i tipiga mansub o‘tkir og‘riq xuruji paydo bo‘ladi. Og‘riq o‘ng qovurg‘a ostida paydo bo‘lib, bel, o‘ng yelka, bo‘yin va yurak sohasi bo‘ylab tarqaladi.

Yodda saqlash kerak bo'lgan yagona narsa shuki – o'smalar (saraton) sababli kelib chiqqan sariqlik bo'lgan bemorlarda 20 foiz hollarda hech qanday og'riq bo'lmasligi mumkin. Ba'zi bemorlarda kattalashgan og'riqsiz o't pufagi (Kurvuaze simptomi) aniqlanishi mumkin, lekin bunda jigar o'lchami kattalashmaydi. Siydik to'q qizil (qora choy) rangda va najas esa rangsizlangan (oq loyga o'xshash) bo'ladi. Ko'pincha bemorlar anamnezida o't tosh kasalligi va jigar yoki xolesistit xurujlari bo'lib o'tganligi qayd etiladi.

Obturatsion sariqlikning asosiy klinik shakllari

1. **Sarg'ayishli-og'riqli shakli** (eng ko'p uchraydi - 50 foiz), odatda to'satdan umumiy o't yo'lining toshlar bilan obturatsiyaga uchrashi oqibatida sodir bo'ladi. Jigar sanchig'i, o'ng qovurg'a osti sohada og'riq, og'riqni o'ng yelka, bo'yin, bel, yurakka tarqalishi bilan birga keladi. Sariqlik og'riq xuruji fonida tezda (12-24 soat) paydo bo'ladi va ortib boradi. Bunday og'riqli xurujning mavjudligi shifokorga sariqlikning mexanik xususiyatini to'g'ri aniqlash va bemorni jarrohlik shifoxonasiga yuborish imkonini beradi.

2. **Sarg'ayishli-og'riqsiz shakli** (8 foiz) - odatda saraton tabiatli sariqlikda uchraydi (me'da osti bezi, holedox va KDS saratoni). Uning o'ziga xosligi shundaki, bu shaklda og'riq huruji bo'lmaydi. Sariqlik asta-sekin paydo bo'ladi. Bemor uni tasodifan va kutilmaganda o'zlarida sarg'ayish paydo bo'layotganini sezadilar. Bunda sarg'ayish ortga qaytmaydi, qonda bilirubin ortib boradi va 400-500 mkmol/l ga yetadi.

3. **Sarg'ayishli-pankreatik shakli** (20 foiz) – obturatsion sariqlikning ushbu shakli KDS ga tosh tiqilishi, safro gipertenziyasi va oshqozon osti bezi kanallaridagi yuqori bosim bilan birga rivojlanadi, bir vaqtning o'zida obturatsion sariqlik hamda o'tkir pankreatit klinikasi namoyon bo'lishi bilan kechadi. Qorinning yuqorida qismida kuchli, o'rab oluvchi (kamarsimon) og'riq, to'xtovsiz qusish yuzaga keladi. Endogen intoksikatsiya, taxikardiya, leykotsitoz, ayrim hollarda fermentativ peritonit klinikasining rivojlanishi, qonda amilaza, siydikda diastaza ko'rsatkichlarini ortishi bilan kechadi.

4. **Sarg'ayishli-xolesistitik shakli** (20 foiz), o't pufagining yallig'lanishi

fonida yuzaga keladigan sariqlik bo'lib, odatda sariqlikning bu shakli o't tosh kasalligida rivojlanadi. Ushbu shakl sariqlik klinikasidan tashqari, xolesistitning tipik klinik ko'rinishlari bilan xarakterlidir: o'ng qovurg'a osti sohada og'riq, qorin old devori mushaklarining taranglashishi va qorin pardasining ta'sirlanish belgilari, tana haroratining subfibril raqamlargacha ko'tarilishi, leykotsitoz va intoksikatsiya belgilari, palpatsiyada og'riqli o't pufagi aniqlanishi mumkin.

5. **Sarg'ayishli-septik shakli** (5 foiz), sariqlikning eng og'ir shakli bo'lib, safro passaji buzilishi fonida o't yo'llarining yiringli infeksiyasida ya'ni yiringli xolangitda rivojlanadi,. Xolangit uchun o'ng qovurg'a osti sohada og'riq va sariqlikdan tashqari, yuqori harorat (40° va undan yuqori), junjikish, titroq, leykotsitar formulani chapga siljishi va giperleykotsitoz xarakterlidir. Sariqlikning bu shakli xolangiogen jigar abscesslari, sepsis rivojlanishi va bemorlar o'lim ko'rsatkichini yuqoriligi bilan alohida ahamiyatga ega hisoblanadi.

4.2. OBTURATSION SARIQLIK DIAGNOSTIKASI

Sariqlik mustaqil nozologik shakl emas, balki bir qator kasalliklarga xos sindromdir. Shu sababli sariqlikda diagnostik usullar uchun ratsional algoritm tanlash o'ziga xos qiyinchilik tug'diradi. Buning uchun birinchi navbatda klinik va anamnestik ma'lumotlarni e'tiborga olish zarurdir.

Bemorlar qorinda og'riq (asosan o'ng qovurg'a osti, epigastral sohalarda), ko'z sklerasi va terining sarg'ayishi, terining qichishishi, yallig'lanish jarayonlari mavjud bo'lganda tana haroratining ko'tarilishi, umumiy holsizlik, siydikni to'q qizil ranga kirishi va axlatni rangsizlanishi, og'izda metall ta'miga shikoyat qiladilar.

Obturatsion sariqlik diagnostikasida bemorlarda kasallik anamnezi katta ahamiyatga ega. Odatda bemorlar o'ng qovurg'a ostida og'riq xurujlari, anamnezida O'TK mavjudligi, o't yo'llarida o'tkazilgan operatsiyalar, terida qichishish, tana vazni yo'qotishi, isitma va junjikish mavjudligi, ovqatlanish ratsionida buzilishlar (spirtli ichimliklar, yog'li, qovurilgan oziq-ovqat, dori-vositalarini qabul qilish) bo'lganligini aytadilar. Ayniqsa, saraton kasalligi

tufayli sariqlik bilan ogʻrigan bir qator bemorlar anoreksiya, dispepsiyadan (koʻngil aynishi, qusish) aziyat chekadilar. Xuddi shu patologiyada tana vaznining yoʻqolishi xarakterli va bu baʼzan kasallikning birinchi alomati boʻlib, ogʻriq va sariqlik paydo boʻlishidan oldin sodir boʻladi. Ishtaha yoʻqolishi bemorlarning yarmidan koʻpida uchraydi. Koʻpincha yogʻli yoki goʻshtli taomlardan koʻngil aynishi kuzatiladi.

Baʼzan ovqatdan keyin qorin yuqori oʻng yarmida ogʻirlik hissi, jigʻildon qaynashi, koʻpincha ichak faoliyati buzilishi, uyqusizlik, ich ketishi, gohida diareya bezovta qiladi. Axlat kulrang-tuproq rangida yoqimsiz oʻtkir hidga ega, koʻp miqdorda yogʻ mavjudligi aniqlanadi. Oʻt yoʻllarida operatsiyalar oʻtkazgan yoki ularning stentlanganida, OʻTK chalingan bemorlarda, oʻtkir xolangit kabilarda oʻng qovurgʻa ostida ogʻriq boʻlishi, junjikish va sariqlik bilan isitma (**Sharko triadasi**) yoki ularga qoʻshimcha shok belgilari va xushni yoʻqotish (**Reynolds pentadasi**) kabi klinik belgilar namoyon boʻlishi mumkin.

OS klinik koʻrinishidagi tipik simptomlar: ogʻriq, sariqlik, qichishish, tana vaznining yoʻqolishi, ishtahaning pasayishi, isitma hisoblanadi. OS ning asosiy belgisi jigar sanchigʻi kabi oʻtkir ogʻriq xuruji kasallikning boshlanishida yuzaga keladi. Ogʻriq oʻng qovurgʻa ostida paydo boʻladi, bel, boʻyin, oʻng yelka va yurak sohasiga tarqaladi. Sariqlik saratondan (20 foiz) kelib chiqqan bemorlarda umuman ogʻriq boʻlmasligi ham mumkin. Turli intensivlikdagi ogʻriq sindromi 70-85 foiz bemorlarda, odatda oʻng qovurgʻa ostida yoki epigastrik sohada kuzatiladi. Oshqozon osti bezi boshchasi saratoni uchun oʻng qovurgʻa ostida yoki epigastral sohada ogʻriq, tana va dum qismi saratonida esa chap qovurgʻa ostida va epigastral sohadagi ogʻriq bilan xarakterlanadi, lekin ogʻriqlar kuchayganda oʻng qovurgʻa ostida ham paydo boʻlishi mumkin.

Sariqlik xoledoxolitiaz bilan asoratlangan OʻTK tufayli ham kelib chiqadi. Uning xarakterli simptomokompleksi qorinda (oʻng qovurgʻa osti va epigastral sohada) kuchli ogʻriq, teri va koʻz sklerasi sargʻayishidan iborat boʻlib, ogʻriq xurujidan 12-24 soat oʻtgach, najas rangsizlanishi va siydik rangining toʻqlashishi roʻy beradi. UOʻY boʻshligʻining toʻliq obturatsiya boʻlishi bilan

sariqlik keskin ortadi. Agar bunday keskin sargʻayish sodir boʻlmaganda yoki safro chiqishi buzilishining “klapan” mexanizmi mavjud boʻlganda, u remittirlovchi (ortga qaytuvchi) xarakteriga ega boʻladi. Oʻsma genezli sariqlikda kasallikning birinchi alomati ogʻriq kamdan-kam boʻladi yoki tana ogʻirligi kamayishi asta-sekin rivojlanadi. Keyinchalik ogʻriq intensivligi tobora ortib boradi.

Teri retseptorlarining oʻt kislotalari bilan taʼsirlanishi natijasida terida qichishish paydo boʻladi. Meʼda osti bezi saratoni fonida rivojlangan sariqlikda teri qichishishi koʻpchilik bemorlarda sodir boʻladi. Odatda sariqlik paydo boʻlgandan keyin, koʻpincha qonda bilirubin miqdori yuqori boʻladi, lekin baʼzan bemorlarda sariqlik davridan oldin ham terida qichishish paydo boʻladi. Bu bemorlarning tinchini sezilarli darajada yomonlashtiradi, uyqusizlik va asabiylashishni keltirib chiqaradi, koʻpincha terida yaqqol koʻplab tirnoq izlari aniqlanadi.

Fizikal tekshiruvlar. Bemorlarni koʻzdan kechirilganda sklera va terini ikterik (sariq) rangi, badanda tirnoq izlari borligi aniqlanadi. Teri (shilliq qavatlar, sklera) sargʻish-yashil rangga ega boʻlib, oʻt yoʻllari oʻsmalarini obturatsiyasida – xarakterli tuproq tusiga kiradi. Obturatsion sariqlik uzoq muddatga choʻzilsa teri bronzasimon tusga kiradi. Avval operatsiya qilingan bemorlarda qorin old devorida operatsiyadan keyingi chandiqlar mavjudligi aniqlanadi. Uzoq muddatli OS bilan kasallanish gomeostaz buzilishiga, shu jumladan qon ivishining buzilishiga olib keladi. Bu ogʻir asoratning klinik koʻrinishi boʻlib kichik shikastlanishda gemorragik toshmalar va teri gematomalari hisoblanadi. Gepatopankreatobiliar sohada oʻtkir yalligʻlanish jarayonlarida (masalan, OS bilan asoratlangan oʻtkir xolesistitda) yuqori tana harorati kuzatiladi. Qorinni koʻzdan kechirilganda qorin devori nafas aktida ishtirok etadi, paypaslab koʻrilganda qorin yuqori yarmi ogʻriydi, oʻt pufagi yalligʻlanishining destruktiv shakllarida esa oʻng qovurgʻa ostida mushaklar tarangligi aniqlanadi, kattalashgan va taranglashgan oʻt pufagini paypaslash mumkin. Ortner-Grekov, Merfi, Ker, Myussi-Georgievskiy simptomlari

(Frenikus-simptom) ijobiy aniqlanadi Yallig‘lanish jarayoni parietal qorin pardasiga o‘tganda qorin muskullarining taranglashishi bilan birga Iltin-Blyumberg simptomi musbat aniqlanadi.

Bir qator bemorlarda qorinni paypaslash natijasida kattalashgan og‘riqsiz o‘t pufagi (Kuruaze-Terre simptomi) ni aniqlash mumkin bo‘ladi, ayrim bemorlarda esa gepatosplenomegaliya aniqlanadi.

Laborator diagnostika. Obturatsion sariqlik bilan xasta bemorlarga umumklini laborator tekshiruvlar o‘tkazish tavsiya etiladi.

Umumiy qon tahlilida yallig‘lanish tabiatli sariqli jarayonida leykotsitoz, yuqori miqdorda tayoqcha yadroli neytrofillarning, S-reaktiv oqsilning ko‘payishi, EChTning oshishi, intoksikatsiya jarayonida anemiya xam kuzatilishi mumkin.

Qonning biokimyoviy tekshiruvlarida bevosita bilirubin fraksiyasi keskin ortishi hisobiga umumiy bilirubin miqdorining ortishini, sariqlik uzoq davom etganda esa bilvosita bilirubin miqdori ham ortishi kuzatiladi. Bilirubin konsentratsiyasi – 850 mmol/l. yoki undan ham yuqori bo‘lishi mumkin, lekin qisman obturatsiya bo‘lsa, uning darajasi ko‘pincha 100 mmol/l. dan oshmaydi. Uzoq muddatli sariqlikda alaninaminotransferaza (ALT) va aspartaminotransferaza (AST) faolligining o‘rtacha darajada ortishi, ishqoriy fosfataza (IF) darajasi ko‘tariladi. Ba‘zan o‘tkir hepatitning differensial diagnostikasi De Ritis koeffitsienti (AST/ALT nisbati)ga asoslangan xolda amalga oshiriladi, ushbu koeffitsientning 1,0 dan pasayishi virusli hepatitga xosdir. O‘t kislotalari, xolesterin, lipoproteinlar va triglitseridlarning miqdorining oshishi kamroq ahamiyatga ega. Bir qator bemorlarda gamma-glutamilttransferaza (GGTF) faolligining oshishi kuzatiladi. Jigar zararlanishi bilan fermentlar miqdori ortadi, xolestaz mavjudligini fermentlar faolligining ortishi izohlaydi, shuning uchun obturatsion sariqlikda, ayniqsa o‘sma genezli sariqlikda yoki yiringli xolangit qo‘shilishida fermentlar keskin ortadi va normal holatdan 20 barobar ko‘payishi ham kuzatilishi mumkin. Kreatinin miqdori ham buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi bilan ortadi. Qonning kislota-asos holatini

o'rganish natijasida jigar va poliorgan yetishmovchilik darajasiga bog'liqlik ravishda elektrolitlar miqdori ortishi aniqlanadi.

Umumiy siydik tahlilida bilirubin aniqlanadi, urobilinogen kamayadi yoki aniqlanmaydi, o'tkir pankreatitda esa o't pigmentlari va qon lipazalari faolligi ortishi yaqqol kuzatiladi.

Parazitar etiologiyali obturatsion sariqlikga gumon qilinganda ikki holatga muvofiq diagnostik dastur tuzish tavsiya etiladi: a) Sariqlikning mexanik tabiatli ekanligini tasdiqlash uchun standart instrumental tekshirish usullari bilan blok darajasini aniqlash va o't yo'llaridagi o'zgarishlarni baholash. b) Parazitar etiologiyali obturatsion sariqlikni aniqlash va tasdiqlash.

Askaridoz tabiatli rivojlangan obturatsion sariqlikni aniqlash uchun standart tekshiruvlardan tashqari, quyidagilardan foydalanish tavsiya etiladi: a) gemogramma: o'rtacha leykotsitoz, eozinofiliya; b) Koprokopiya: A.lumbricoideus tuxumlarini aniqlash.

Biliar askaridozni tashhishlashdagi fenomenlar quyidagi jadvalda keltirilgan (3-jadval).

3-jadval

Biliar askaridozni tashhishlashdagi fenomenlar

Diagnostik kategoriyalar	Asosiy xususiyatlari
Qorin bo'shlig'i UTT	1. Yagona, uzun chiziqli yoki bukilgan exogen noshaffof ichki naychasiz tuzilma (Chiziq belgisi); 2. Bitta, qalin uzun chiziqli yoki bukilgan exogen chiziqni o'z ichiga olgan markaziy naycha yoki naysimon tuzilma (ichki naycha belgisi); 3. Ko'p sonli uzun chiziqli exogen tuzilmalar (Spagetti belgisi);
Kompyuter tomografiyasi	Kontrastli skanerlashda "Xo'kiz ko'zi" tashqi ko'rinishli tuzilmalar;
Magnit-rezonansli xolangiopankreatografiya	1. Chiziqli, biroz giperintensiv naysimon tuzilma markaziy gipointensiv soha bilan; 2. Massiv biliar askaridozda massiv chiziqli gipointensiv to'lishish defekti;
Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya	Uchlari torayib boruvchi silliq, uzun chiziqli to'lishish defekti.

Opistorxoz etiologiyali obturatsion sariqlikga gumon qilinsa

diagnostikaning klinik, immunologik, parazitologik va molekular-biologik usullaridan foydalanish maqsadga muvofiq.

Opistorxoz invaziyasi ko'rsatgichini qon taxlili (eozinofiliya) yoki IgM va IgG antitelolarini aniqlashga imkon beruvchi immunoferment analiz orqali aniqlash mumkin. Opistorxoz tuxumlarini yoki ularning biologik bo'laklarini o'n ikki barmoqli ichakda yoki najas tarkibida topishga asoslangan parazitologik tahlildan so'ng yoki qo'zg'atuvchining turini farqlash imkonini beruvchi molekular biologik tekshirish (PSR-amplifikatsiya usuli)da ishonchli tashhis qo'yiladi. Bu faqat kasallikning 3-4 haftasi davomida aniqlanishi mumkin bo'ladi.

O't yo'llarining parazitar obstruksiyasi kuzatilganda eozinofillar sonini va immunoferment taxlilini, molekular biologik tekshirishni (PSR uslubi) amalga oshirish tavsiya etiladi.

Obturatsion sariqlik sababidan qat'iy nazar, odatda qon zardobida bilirubin darajasi (ayniqsa bog'langan) ortadi. Biroq giperbilirubinemiya darajasi obstruksiya sabablarini farqlashga imkon bera olmaydi.

Ishqoriy fosfataza (IF) – biliar obstruksiya bo'lgan shaxslarda sezilarli darajada ko'tarilgan bo'ladi. Biroq, bu fermentning yuqori darajada ortishi OS uchun xos emas. Ekstragepatik bloklar bilan IF darajasi deyarli 100 foiz bemorlarda oshadi, ba'zida O'Y qisman okklyuziyasi mavjud bemorlar bundan mustasno. IF darajasi odatda normal diapazonning yuqori chegarasidan 3 barobar yuqori bo'ladi, lekin ko'pchilik tipik hollarda normaning yuqori darajasidan 5 marta ortiq bo'ladi. Me'yorning yuqori darajasidan 3 barobardan kamroq ortishi O'Y obstruksiyasining qisman ekanligini ko'rsatadi. Intragepatik blokda IF darajasi odatda ko'tariladi va normal intervalning yuqori chegarasidan kamida 3 marta oshadi. Biroq, bemorlarning 5-10 foizda IF miqdori ortishi yuqori darajasiga ega.

Transaminazalar. Obturatsion sariqlikda ularning darajalari odatda o'rtacha darajada ko'tariladi, lekin ba'zan sezilarli darajada yuqori bo'lishi mumkin, ayniqsa o'tkir xolangit rivojlangan bo'lsa. Agar ikkilamchi o'tkir

parenximatoz zararlanish bo'lsa AST miqdori oshmaydi. AST konsentratsiyasining oshishi odatda E.I.Galperin fikriga ko'ra, mexanik sariqlikda faqat yengil va o'rta darajada ortadi. Biroq, o'tkir ekstragepatik blok bo'lsa, AST miqdori normal qiymatdan tezda 10 barobargacha ortib ketishi mumkin va keyin ular taxminan 72 soatdan keyin kamayadi. Vaqt o'tishi bilan gepatotsitlar yetishmovchiligi kuzatilishi natijada AST miqdorining balandligini 3 karra ortishi kuzatiladi. ALT ko'rsatkichlarining oshishi o'tkir pankreatit mavjudligini ham ko'rsatadi. Jigar, o't yo'llari va oshqozon osti bezi kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda GGTFning darajasi yuqoridir. GGTF ning o'ta sezgirligi IF dan farqli ravishda uning foydaliligini cheklaydi, ammo uning darajasini aniqlash gepatobiliar kasalliklarni farqlashga yordam beradi.

Protrombin vaqti. Obturatsion sariqlikda vitamin K so'rilishi buzilganligi tufayli protrombin vaqti uzaygan bo'lishi mumkin. Parenteral yo'l bilan vitamin K yuborib protrombin vaqti indeksini o'zgartirish xolestazdan gepatotselyulyar yetishmovchilikni ajratishga yordam berishi mumkin.

Siydikda bilirubin odatda aniqlanmaydi. Buni OS bo'lgan bemorlarda kuzatiladigan siydik rangining to'qlashishi bilan tasdiqlash mumkin. Biroq, reagent- chiziqlar bilirubinga juda sezgir bo'lib 0,05 mg/dl. ni xam aniqlaydi. Shunday qilib siydikda bilirubin giperbilirubinemiya yoki sariqlikning klinik belgilari bo'lmasa ham topilishi mumkin. Najasda sterkobilin butunlay yo'q bo'lishi mumkin.

Agar sariqlik mexanik tabiati noaniq bo'lsa bir qator bemorlarga gepatitni aniqlovchi (IFA usuli – IFA – IgM anti-HAV, IgM anti-HEV, HBsAg, Anti-HBs, anti-HCV, anti-HCV IgG) tekshiruvlar o'tkaziladi.

O'sma genezli sariqlik tashhisining laboratoriya tekshiruvlari tomonidan onkomarkerlar bilan tasdiqlanadi: Alfa-fetoprotein (asosan jigarning birlamchi saratoni, jigarga o'smalar metastazi); 19-9 karbogidrat antigeni (Ca 19-9) oshqozon osti bezi, yo'g'on ichak va to'g'ri ichak, jigar, oshqozon, o't pufagi, o't yo'llari saratoni mavjud bo'lganda aniqlanadi. OIV infeksiyasiga qon taxlili o'tkazish ham ko'rsatma hisoblanadi. Shuningdek, biologik suyuqliklarni

bakteriologik ekish, aniqlangan bakteriya florasini antibiotiklarga sezuvchanligi uchun aniqlash talab yetiladi.

Instrumental diagnostikasi

Nur diagnostika tekshiruvlari sariqlik sababini aniqlash, mexanik to'siq mavjudligini va og'irlik darajasini tasdiqlash va o'sma kasalliklari ekstragepatik metastazlarini inkor etish uchun qo'llaniladi. Obturatsion sariqlikning asosiy sababini va darajasini tashrixdan oldin aniqlash jarrohlik yoki intervension davolashni rejalashtirishga yordam beradi.

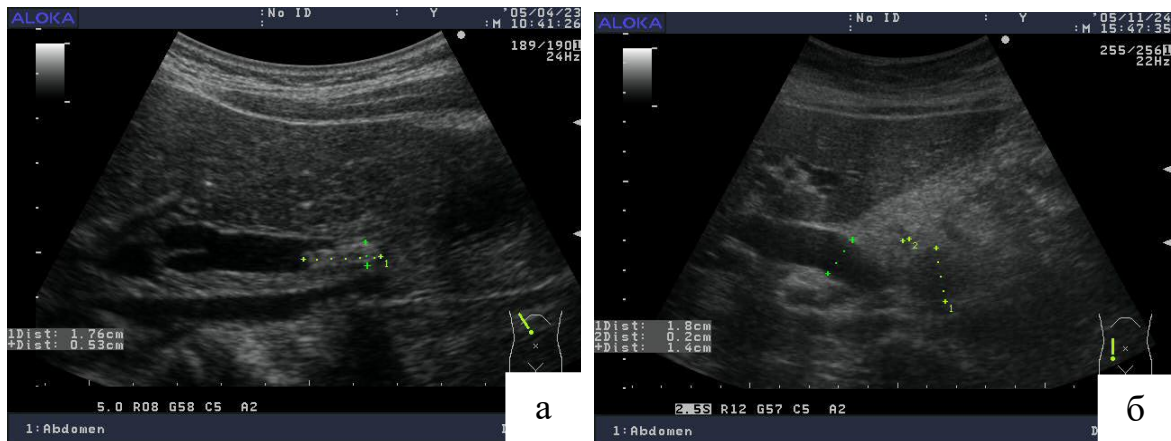
Noinvaziv diagnostika vizualizatsiyasi: turli ilmiy jamoalarning so'nggi tavsiyalariga ko'ra, ultratovush (UTT), kompyuter tomografiya (KT), magnit rezonans xolangiopankreatografiya (MRXPG) va endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXPG)larni o'z ichiga oladi. Ushbu tekshiruvlar kasalliklarni turli darajalarda aniqlashda samarali bo'lib, obstruksiya sababini va bosqichlarini baholash uchun qo'llaniladi.

Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi (UTT) obturatsion sariqlik mavjud bo'lgan barcha bemorlarga tavsiya etiladi. Kengaygan o't yo'llarini aniqlash asosida ultratovush sariqlikning obturatsion xarakterini tez aniqlay oladi. Obturatsion sariqlik sabablarini aniqlashda ultratovushning sezgirligi 70-90 foiz, maxsusligi esa 80-85 foiz ni tashkil etadi. Xoledoxolitiaz, oshqozon osti bezi va jigar boshining o'smalari, o't yo'llarining kattalashgan limfa tugunlari bilan siqilishi va boshqalar tashhisida UTT eng ma'qul tekshruv usuli hisoblanadi.

Obturatsion sariqlikda ultratovush tekshiruvi tamoyillari:

- UO'Yning diametrini 8 mm dan, jigar ichi o't yo'llari diametrini esa 4 mm dan ortiq kattalashishi;
- UO'Y devorini qalinlashishi va uni bo'shlig'ida cho'kmalar mavjudligi (xolangit);
- O't pufagi o'lchamining kattalashishi va deformatsiyasi, ichki saqlanmasining bir xilda emasligi, unda konkrementlar vizualizatsiyasi (12 (a)-rasm);

- OOB boshchasi patologiyasi (hosila) vizualizatsiyasi (12 (b)-rasm);
- KDS vizualizatsiyasi.



12-rasm. O‘t pufagi va umumiy o‘t yo‘llari UTT tekshiruvi:

- a- umumiy o‘t yo‘lidagi tosh xisobiga umumiy o‘t yo‘lini kengayishi;*
b- oshqozon osti bezi boshchasi o‘smasi xisobiga umumiy o‘t yo‘lini kengayishi.

Endoskopik ultratovush tekshiruvi (EndoUTT). UO‘Y distal blokida UTT, ERXPG, MRXPG, MSKT tekshiruvlarida OS sababi noaniq bo‘lsa bemorlardi endoUTT o‘tkazish tavsiya etiladi. Bu tekshiruv oshqozon osti bezi boshchasining va umumiy o‘t yo‘lining distal qismi kichik o‘smalari, mikrooledoxolitiaz va boshqa kichik zararlanishlarda yuqori diagnostik samaradorlikni ko‘rsatadi. O‘t yo‘llari toshlarini tashhislash uchun EndoUTT va MRT yuqori informatsion usul bo‘lib, u yoki bu usulni qo‘llash ustuvorligi uning mutaxassislariga bog‘liq.

Endoskopik gastroduodenoskopiya (EGDS). Opistorxoz etiologiyasi obturatsion sariqlik bo‘lgan barcha bemorlar uchun EGDS tavsiya etiladi. EGDS o‘n ikki barmoq ichak, KDS va safro passajini holatini baholash uchun amalga oshiriladi.

Magnit rezonans xolangiopankreatografiya (MRXPG). Operatsiyadan oldin UTT yordamida bemorlarda tashhis noaniq bo‘lgan barcha vaziyatlarda MRXPG tavsiya etiladi. Shu bilan birgalikda sklerozlovchi xolangit yoki o‘t yo‘llari strikturasiga gumon bo‘lsa MRXPG o‘tkazish maqsadga muvofiqdir.

MRPVG natijalari keyingi ERXVG yoki rekonstruktiv aralashuvlar uchun “yo‘l xaritasi” bo‘lib xizmat qiladi.

MRXVG oldinda rejada oshqozon-ichak anastomози shakllantirish bo‘lgan bemorlarda ekstragepatik o‘t yo‘llarini baholash uchun tanlov usuli sifatida ham tavsiya etiladi. Tabiiy sharoitda torayish yoki obstruksiya sohasidagi safro miqdorini aniqlash, o‘t yo‘llarining torayishi yoki bloki darajasini baholash uchun har doim ham signal hosil qilish va biliar tizim anatomiyasini aks ettirish uchun yetarli emasligi haqida ta’kidlab o‘tish kerak.

Bundan tashqari ERXVG samarasiz bo‘lgan vaziyatlarda va periduktal kompressiyada yoki o‘sma sababli xolangit bilan og‘rigan bemorlarda MRXVG o‘tkazish tavsiya etiladi.

OS da yuqoriinformativ noinvaziv diagnostika usullari (UTT, MRT, KT, EndoUTT) mavjudligida diagnostika maqsadida ERXVG o‘tkazish tavsiya etilmaydi. RXVG endoskopik transpapilyar tadbirlarni amalga oshirish uchun tasvirlash usuli sifatida ishlatilishi mumkin.

Opistorxozda teri-jigar orqali xolangiografiya (TJoXG) bajarish tavsiya etilmaydi. Opistorxozda xolangioektazalarning shikastlashi va safroli peritonitning rivojlanishi xavfi yuqori bo‘lganligi sababli TJoXG o‘tkazish tavsiya etilmaydi.

Obturations sariqlik diagnostikasida laparoskopiya tavsiya etilmaydi. Laparoskopiya OS ning faqat bilvosita belgilarini ochib beradi: jigarning “malaxit” rangi, uning kattalashishi va qirralarining yumaloqlanishi aniqlanadi. Laparoskopiya paytida aniqlangan jigar neoplazmalarining biopsiyasidan foydalanish cheklangan hisoblanadi. Shuni esda tutish kerakki, gemangioma biopsiyasida intensiv nazoratsiz qon ketish ehtimoli yuqori va parazitlar kasalliklar biopsiya olinganda disseminatsiyalanishi mumkin.

Pozitsion emmission tomografiyasi (PET). Alveokokkozda qaytalanuvchi o‘choqlar va “metastaz”larni baholash uchun PET tavsiya etiladi. Ushbu tekshiruv usuli parazitning hayotiyiligini baholashning yagona usuli hisoblanadi.

Jigarning parazitlar kasalliklari diagnostikasi

Klinik laborator tekshiruvlar. Klinik - laborator usullar parazitning toksinlari organizmda allergizatsiya ta'sir qilishi natijasida qonda va jigarning funksiyasini o'zgarishiga, shuningdek, jigar to'qimasi exinokokkli kista mavjudligi sababli yuzaga kelgan yallig'lanish va funksional siljishlarga asoslanadi.

Ayrim holatlarda operatsiyadan oldingi davrda diagnozni va parazitning rivojlanish bosqichini aniqlashda eozinofillarning sonining ortishi yetarlicha foydali axborotni beradi. Ammo eozinofiliya jigar exinokokkozida doimiy va ishonchli belgi hisoblanmaydi, chunki eozinofillarning sonining ortishi boshqa bir gijjali kasalliklarda ham kuzatiladi.

Qimmatliligini unchalik yuqori bo'lmagan eozinofilli va EChTni aniqlash bilan bir qatorda spesifik immunologik tekshiruvlarga ahamiyat berish kerak. Immunoferment analiz, bilvosita gemaglyutinatsiya reaksiyasi, rozetka hosil qiluvchi spontan reaksiya, blastroformatsiyalar, lateks reaksiyasi - agglyutinatsiyalar, bularning ishonchliligi 92 foizni tashkil qiladi.

Bir paytda bir nechta usullarni qo'llash, exinokokk kasalligini diagnostik samarasini 98 foizgacha oshiradi.

Ularni, ham birlamchi diagnostika uchun, ham kasallikni residivini aniqlash uchun ham ishlatilishi mumkin, shuningdek, bemor operativ davodan keyingi natijasini dinamikasini baholashda ham qo'llash mumkin. Exinokokk immunologik diagnostikasi bemor organizmida parazit agentlarini topishga va sonini aniqlashga, operatsiyadan oldingi hujayra bosqichidagi immunitetni yoki parazitlar antitelalarni va ularni komplekslarini ko'rsatkichlariga asoslangan. Klinik amaliyotda immunopresipitatsiya fenomeniga asoslangan antitelani aniqlash uslublari ishlatiladi, sirkulanayotgan antigenlarni aniqlashda esa - immunoagglyutinatsiya ishlatiladi.

Rentgenologik tekshiruvlar. Bir qator kasallikni xarakterli belgilari rentgenologik usul bilan aniqlanadi: parazitlar kista devorlarining oxaklanishi, jigar o'lchamlarini kattalashishi, diafragma gumbazining yuqori turishi yoki turli

hil deformatsiyalari, oxirgi aytilgan harakatni chegaralangani, joylashgan organlarning siljishi va hokazo. Rentgen tekshiruvining axborotlik qiymati ko'p hollarda kistaning joylashishiga va turishiga bog'liq bo'lib, jigar exinokokkozida to'g'ri yoki nisbiy rentgenologik simptomlarni hosil bo'lishini aniqlaydi. Sun'iy pnevmoperitoneumni qo'llash, jigarni diafragmal yuzasidagi exinokokk kistasini diafragma relaksatsiyasidan yoki o'ng o'pka quyi qismidagi hosiladan differentsiatsiya qilish imkonini beradi. Yuborilgan gaz diafragma hamda jigar o'rtasida joylashib, yorug' chiziq ko'rinishida ifodalanadi va uning fonida avval yumaloq shakldagi kattalashgan jigar gumbazini ishgani yoki kistaning soyasi siniq farqlanadi.

Yiringlagan jigar exinokokkli kistasini jigar absesidan rentgenologik farqlash qiyin. Lekin bo'shliq atrofida kalsinoz suyuqlik chegarsi va ayniqsa xitin qobiq va qiz kistalar aniqlansa, exinokokkning diagnostikasi yengillashadi.

Radioizotop gepatoskanerlash. Radioizotop gepatoskanerlash jigar hujayralari orqali radioaktiv bo'yoqlarni Bengal pushti yoki radioaktiv tillani kollas eritmasini tanlab yutishga asoslanadi (13-rasm).

Jigar exinokokkozida eng ko'p spanigrafik belgi bo'lib bir yoki bir nechta radioaktiv apparatda deffekt to'planish mavjudligi hisoblanadi. Ayrim paytlarda izotopni deffekt to'planishi jigarni o'ng yoki chap bo'lagini butunlay egallaydi, organi funksiyalovchi maydon chegaralari esa pastga, chapga yo'nalgan pastga yoki faqat chapga siljiydi.

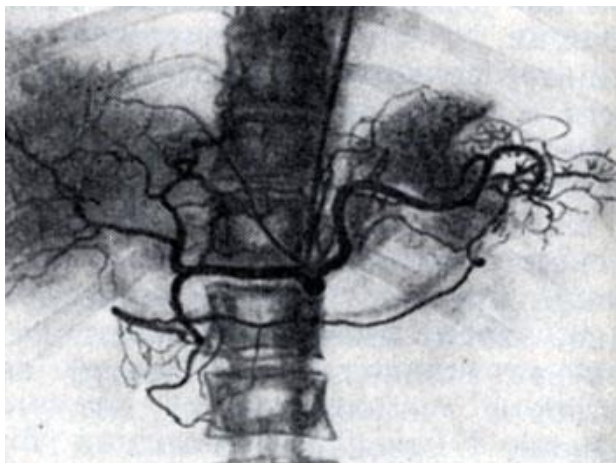
Selektiv seliakografiya.

Operatsiyadan oldingi jigar exinokokkozining diagnostikasida selektiv seliakografiya muhim rol o'ynaydi, patologik o'choqni joylashgan joyini, o'lchamlarini va xarakterini aniqlashga



13-рasm. Жигар эхинококкида радионуклид текшируви.

imkon beradi. Exinokokkozda tomirlarni bir biriga yaqinlashishi, torayishi va kistaning periferiyasi bo‘ylab yoysimon siljishi bilan xarakterlanadi. Shu shakldagi avaskulyar maydonni hosil qiladi (14-rasm).



14-расм. Жигар эхинококкида селектив целиакография.

Angiografiya spesifik belgisi mavjudmasligi va invazivligi ko‘pligi uchun kam qo‘llaniladi. Ushbu usul o‘lgan exinokokk kistalarini va parenximatoz organlarni o‘smasi kasallik bilan zararlanganda differensiatsiya qilish uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Xuddi shu maqsadda kamdan-kam kuzatishlarda laporaskopiya ishlatiladi.

Laparoskopiya. Laparoskopiya orqali gidatid jigar va qorin bo‘shlig‘idagi boshqa organlarni exinokokkozini aniqlash bir muncha yengil bo‘ladi. Kistalar organ ichida joylashishi gumbaz sohasi yoki orqa yuzasi bo‘ylab joylashishi bundan mustasno. Exonokokkli kista jigar yuzasida joylashganda laporoskop orqali pushti sifati, moviy rang, yuzasi silliq, shar shaklidagi hosila sifatida aniqlanadi. Exinokokk kistasining o‘rab turgan jigar to‘qimasi ko‘pincha o‘zgarishsiz, fibroz kapsulasining chegaralari aniq bo‘ladi va bu exinokokkning xarakterli belgilari hisoblanadi. Residivlanuvchi exinokokkning diagnostikasida katta laporoskop orqali qiyinchiliklar kuzatiladi chunki qorin bo‘shlig‘ida o‘tkazilgan operatsiyadan keyin birikuvchi jarayon yuzaga kelib, ushbu tekshiruvning o‘tkazilishiga to‘sqinlik qiladi. Bunday hollarda skanerlash, seliakografiya, shuningdek, serologik reaksiyalarni o‘tkazish maqsadga muvofiq.

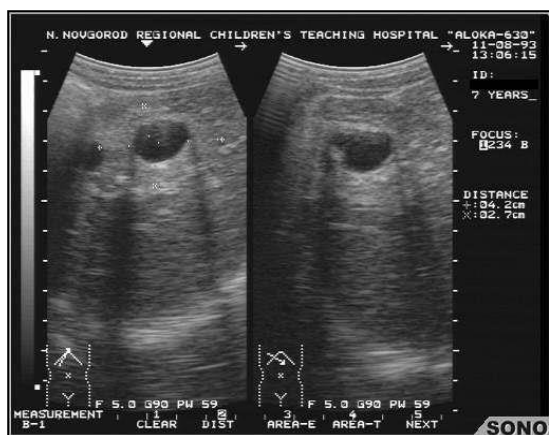
Teri-jigar orqali xolangiografiya. Teri-jigar orqali xolangiografiya jigar ichki yo‘llari punksiyasi, ularga kontrast moddani yuborish va keyin rentgenologik tekshirishlardan iborat. Ayrim hollarda jigar exinokokkozida jigar ichki va jigardan tashqaridagi o‘t yo‘llari kista bilan ezilib qoladi va bu

obturations sariqlik bilan kuzatiladi. Bunday hollarda teri-jigar orqali xolangiografiya o'tkazish zarur bo'ladi. Ushbu usul ezilish joyini va mos keluvchi operatsiya turini aniqlashda yordam beradi.

Exinokokkozni diagnostika qilishda xirurgiyadagi rivojlanishni yangi bosqichi ko'proq informativ diagnostik yo'llar bilan bog'liq UTT, KT, spiralli KT va magnitno-rezenansli tamografiyalar.

Ushbu usullarning asosiy afzalligi, klinik boshlang'ich bosqichdayoq, kichik o'lchamdagi parazitlar kistalarni aniqlaydi. Bu esa xavf-xatarli, yuqori samarali, organi saqlovchi aralashuv o'tkazish imkonini beradi.

Ultratovush tekshiruvi. Turli hil akustik qarshiligiga ega bo'lgan muhitdan UTT tebranishini aks etilishiga asoslangan. Turli zichlikka ega bo'lgan 2 muhit chegarasida tebratishning akslanishi hosil bo'ladi va u maxsus qurilma orqali ro'yxatdan o'tkaziladi. Jigarda suyuqlik to'plangan kista bo'lsa UTT tekshiruvida oson aniqlanadi. Ushbu usul nafaqat kista mavjudligini, uning o'lchamlari, joylashishi, topografiyasini aniqlaydi, balki boshqa diagnostik usullar aniqlay olmaydigan mavjud bo'lgan qiz pufakchalar tasvirini, ularning sonini aniqlaydi (15-rasm).



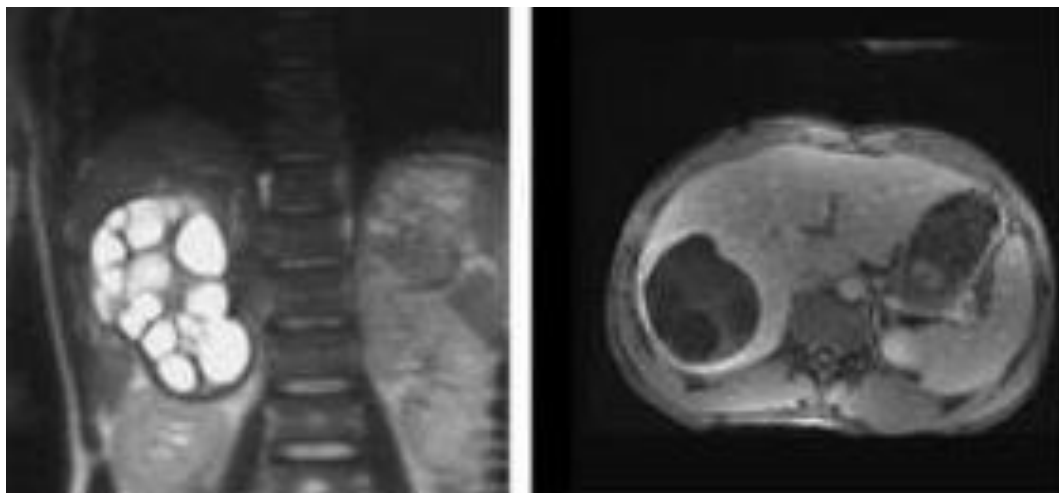
15-rasm. Jigar exinokokkozi (UTT).

UTT da exinokokkoz uchun 5 ta belgi xarakterlidir: gipoexogen hosila, gipoexogen chamber, qiz kistalar, orqa zo'riqish simptomi, ikki konturli devor.

Jigar exinokokkini diagnostikasini yana ham aniqlash uchun keying qadamda KT qo'llaniladi. UTT ga nisbatan KT da tasvirli panoramliligi, yuqori

sezuvchanligi, topik va differensiyani aniqligi 99 foizga, joylanishi, o'lchamlari, jarayonni tarqalganligini aniqroq ko'rsatadi.

Exinokokk kistalar KT da obsorbsiya koeffitsienti pasaygan, kutikulyar qavati aniq kesilgan, kistaning pastki segmentida gidatid "tuproq" li yumaloq shakldagi zonalar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ushbu usul 1 sm. gacha bo'lgan hosilani aniqlash imkonini beradi. Tomogrammada bir qator hollarda ona kistaning bo'shlig'ida qiz pufakchalarni ko'rish mumkin bo'ladi (16-rasm).



16-rasm. Jigar exinokokkozi (KT).

Jigar alveokokkozining klinikasi va diagnostikasi. Jigar Alveokokkozining diagnostikasi bemorni yashash joyiga qarab o'ta qiyin va juda oson bo'lishi mumkin.

Kasallikning dastlabki oylarida, hatto yillar davomida simptomsiz kechishi mumkin. Kechroq o'ng qovurg'a ostida ezilish hissi to'mtoq sust og'riqlar bezovta qila boshlaydi va bu paytga kelib zich, notekis, yuzali jigarni paypaslash mumkin.

De-Kuervinning aytishicha, jigar Alveokokkozining tashhisini murdalarda aniqlash mumkin, kasallik esa faqatgina patologoanatomik qiziqish ko'rinishida bo'ladi holos.

Oxirgi yillarda shifokorlarning qarashlari o'zgardi, to'plangan bilimlar Alveokokkozning diagnostikasi bemor hayotligida nafaqat aniqlash, balki hamma holatda shifokor to'g'ri tashhis qo'yishi mumkin.

Endemik joylarda shifokorlar ushbu kasallik bilan yaxshi tanish bo'lib, hattoki oddiy klinik tekshirishlar yordamida Alveokokkoz tashhisini ishonch bilan qo'yish mumkin.

Bemorni yashash va ish joylari epidemiologik omillar sifatida rol o'ynaydi. Ko'p hollarda qishloq xo'jalik ishlab chiqarish bilan bog'liq holda ishlaydigan odamlar (ovchi, terini qayta ishlovchi), shuningdek, hayvon boquvchi ferma ishchilari kasallanadilar. Simptomsiz kechish davrida bemorlar xech qanday shikoyat bildirmaydilar va ular dispanserizatsiya paytida aniqlanishi mumkin. Asosiy va yagona simptom bo'lib jigarda tog'aysifat qattiqlikdagi tugunning borligi bo'lib, u palpatsiya paytida aniqlanadi.

Asoratlangan alveokokkozda bemorlar o'ng qovurg'a ostidagi og'riq va og'irlik hissiga shikoyat qilishadi. Og'riqlar ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmaydi.

Ob'ektiv simptomning asosiysi bo'lib Lyubimova belgisi hisoblanadi, jigarda toshdek qattiq tugun borligi aniqlanadi. Tugun yuzasida silliq yoki mayda bo'rtmalar bo'lishi mumkin. Paypaslanganda sust og'riq kuzatiladi, ayrim bemorlarda toshma yoki torvoq toshish ko'rinishidagi allergik holatlar kuzatiladi. Alveokokkozni asoratlangan bosqichining diagnostikasi qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemorda bir necha yillar davomida rivojlanib borayotgan gepatomegaliyada o'ng qovurg'a ostida og'riq va og'irlik hissi kuzatiladi. Jigar sezilarli darajada kattalashadi. Ko'p hollarda bemorlar o'zlarining qattiq jigarlarini ushlaydi. Dispepsik holatlar ham bo'ladi. Bemorning umumiy holati uzoq muddat davomida qoniqarli bo'lib qoladi. Obturatsion sariqlik va portal gipertenziya kasalligining terminal bosqichi belgilari hisoblanadi. Bunda kattalashgan jigardagi tosh kabi qattiqlik saqlanadi, katta bo'shliqlarning yemirilishida jigarda yumshagan o'choqlar paydo bo'ladi. Tana harorati me'yorda qoladi, faqat katta o'lchamdagi yiringli kovernalar bo'lsa, gektik bo'lib qoladi. O't pufagi sohasiga o'sib ketganda og'riq o'ng yelka va o'ng kurakka irradiatsiyalanadi. Qorin bo'shlig'iga yemirilgan bo'shliqning yorilishi o'tkir rivojlangan perforativ peritonit klinik ko'rinishini beradi. Plevra

bo'shlig'iga yorilishida, diagnostika qilish bir muncha qiyin, chunki ular sust kechadi. O't-bronxial oqma yaralar alveokokkozda yetarlicha oson aniqlanadi. O't-yiringli balg'amning ajrashi, ovqat iste'mol qilgandan keyin va yotgan holatda balg'am miqdori ortishi hepatomegaliya kasalligiga to'g'ri diaqnoz qo'yish imkonini beradi.

Qo'shimcha tekshiruv usullari nafaqat diagnostikada balki ushbu jarayonni operatsiya qilish mumkin yoki aksinchaligini aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Maxsus tekshirish usullari. Maxsus tekshirish usullari ichida eng eskisi va qoniqarli samaradorlik rentgenologik usulda aniqlanadi.

Birinchi marta alveokokkozning rentgenologik diagnostikasida Preuschoff (1933) urinib ko'rib, alveokokkoz va exinokokkoz bilan zararlangan bemorlarning jigarida ko'plab oxaklanish jarayoni kuzatilgan maydonlarni qayd qilgan. U suratga qarab parazitar tugunning o'lchamlarini aniqlash mumkinligini ta'kidlagan.

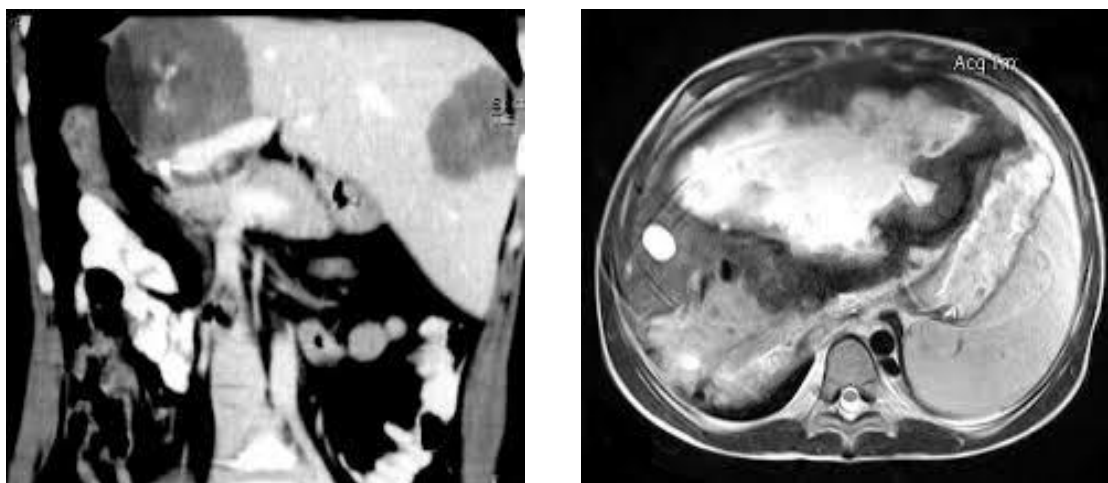
Rentgenogrammada mayda oxaklanish o'choqlarini oxakli sachratmalarni ko'rish mumkin. Sun'iy pnevmoperitoneum bilan tekshirilganda jigar deformatsiyasini ko'rish mumkin, lekin uning xarakterini aniqlash qiyin. To'liqinsimon yirik bukrisimon jigar konturlari alveokokkozdan dalolat beradi, ayniqsa, organning zararlanmagan maydonlarida gipertrofiya, hamda zararlangan maydonlarda oxaklanishning soyalari kuzatilsa.

Jigar qon tomirlari kontrast tekshiruvi diagnostikasi muhim ahamiyatga ega. A.S.Yalinskiy klinikasida turli patologik jarayonlarda jigar qon-tomir arxitektonikasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, jigar alveokokkozida avvalo darvoza vena sistemasi, so'ngra arterial sistema zararlanadi. Alveokokkozning diagnostikasida splenoportografiya ko'p qimmatli axborotlar berib, parazitar tugunlarning o'lchamlari, uning topografiyasi jigarning darvoza elementlari bilan o'zaro aloqalarini aniqlash imkonini beradi. Lekin ushbu uslub bir qator kamchiliklarga ega, ularning asosiy - kattalashmagan taloq punktsiyasining xavfliligi bo'lib ortidan jiddiy asoratlar chaqishi mumkin.

Zamonaviy angiografiya usuli yordamida aorta va uning shohlarini tekshirish, jigar arteriyasi yoki qorin aortasini selektiv angiografiyasini nisbatan oson amalga oshiriladi. Alveokokkozda aorta shohlari orqali arterial angiografiya V.F.Faberkevich tomonidan ishlab chiqilgan. Alveokokkozda ushbu usul jigardagi parazitlar tugunining topografiyasi aniqlanadi. Bunda qon-tomir arxitektonikasida alveokokkozga xos o'zgarishlar o'z o'rniga ega.

Jigar alveokokkozining diagnostikasida shuningdek, laporoskopiya qo'llaniladi. Shuni nazarda tutish kerakki, ushbu usul alveokokk tugunlari jigarning ko'rish imkonini bo'lgan qismlarida joylashgan bo'lsa parazitlar tugun organining yuzasiga chiqqan hollarda diagnostika qilish mumkin. Jigarning yuzasidagi alveokokk tuguni o'zining xarakterli oqish - sarg'imgir "o'sma" ko'rinishida aniqlanadi.

KT alveokokkozni aniqlashda ko'p axborotlar beradi. Ushbu usullar yordamida jigarda parazitlar tugunining borligini va uning topografiyasini yanada aniqlash mumkin. Oxirgi yillar davomida UTT tekshiruvini alveokokkozning diagnostikasidagi instrumental tekshiruvlarga bo'lgan taassurotlarimizni butunlay o'zgartirdi (17-rasm).



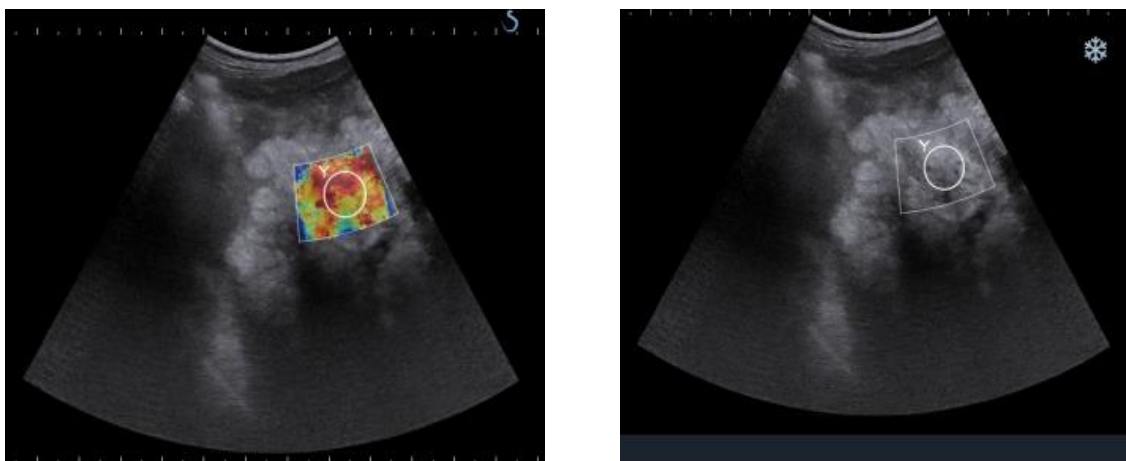
17-rasm. Jigar alveokokkozi (KT).

Ushbu usul shuningdek, parazitlar tugunlardagi yemirilish bo'shlig'ini aniqlashda, ya'ni patologik jarayon to'g'risida tengsiz axborotni berib jarohatga oldinda jigar operativ aralashuvi rejasini operatsiyadan oldingi davrda to'g'ri va ishonchli aniqlash imkonini beradi.

Alveokokkozning ultratovush surati quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi (18-rasm):

1. Noto‘g‘ri shaklning paydo bo‘lishi qattqlik, ya’ni zichlik bo‘yicha jigar to‘qimasining zichligidan toshdek qattqlikkacha;
2. Jigar va o‘choq o‘rtasidagi aniq chegaraning bo‘lmasligi.

Agar parazitlar to‘qima nekrozga uchrasa, hosilaning markaziy qismida noto‘g‘ri shakldagi ayrim paytlarda zichligi asosiy o‘choq bilan teng bo‘lgan kiritmalari bilan exonegativ maydon paydo bo‘ladi.



18-rasm. Jigar alveokokkozi (UTT).

Jigar alveokokkozini operatsion diagnostikasi har doim ham oson bo‘lavermaydi. Kasallikni kam uchrashi jigarda toshdek zich tugun yoki tugunlarning borligi qorin bo‘shlig‘ida zichlashgan regionar limfa tugunlarni ko‘rish ehtimoli borligi, metastazlar bilan zararlanishlar ko‘p hollarda jigar o‘smasini belgilarini berishi mumkin. Alveokokkozning yemirilayotgan tugunini jigar absessi yoki yemirilayotgan o‘sma bilan oson adashtirish mumkin. Ko‘p tadqiqotchilar alveokokkozning aniq diagnozini preparatni gistologik tekshiruvdan keyingina aniqlash mumkin deb hisoblashadi.

5-BOB. OBTURATSION SARIQLIKNI DAVOLASH

5.1. OBTURATSION SARIQLIKNI KONSERVATIV DAVOLASH

TAMOYILLARI

Obturatsion sariqlikdagi barcha o'zgarishlar natijasida turli patologik sindromlar paydo bo'ladi, bu esa konservativ davo talab qiladi:

- 1) endotoksemiya sindromi;
- 2) jigar-buyrak sindromi;
- 3) jigar ensefalopatiyasi sindromi;
- 4) poliorgan yetishmovchilik sindromi.

Konservativ davolashning asosiy tamoyillari:

- 1) xolestaz oqibatlarini bartaraf etish;
- 2) dezintoksikatsion (detoksikatsion) davolash;
- 3) og'riq qoldiruvchilar, spazmolitiklar;
- 4) jigar va buyrak yetishmovchiligining oldini olish va davolash;
- 5) eroziyalar va oshqozon-ichak yo'llari o'tkir yaralarini oldini olish va davolash;
- 6) xolangitni davolash.

Obturatsion sariqlik bilan xasta bemorlarni konservativ davolash quyidagi choralarni o'z ichiga oladi:

- 1) infuzion terapiya;
- 2) jigar parenximasining reparativ jarayonlarini saqlash va tiklash;
- 3) antibiotiklar bilan davolash;
- 4) oziqlantirish;
- 5) dezintoksikatsion davolash.

Infuzion terapiyaning asosiy vazifalari:

- 1) to'qimalarining adekvat perfuziyasini tiklash;
- 2) jigar hujayralari metabolizmini me'yorlashtirish (infuzion antigipoksantlar);
- 3) endogen intoksikatsiyani bartaraf etish.

Infuzion terapiya. Obturatsion sariqlik uchun infuzion terapiyaning

asosiy maqsadi markaziy va periferik gemodinamikani tez va samarali tiklash, qon, kislota-asos va elektrolitlar muvozanatining reologik parametrlarini tiklash, gemostaz tizimi, dismetabolizmning toksik komponentlarini organizmdan chiqarib tashlash, ichki organlar hayotiy faoliyati uchun energiya bilan taminlash.

OS bilan ogʻrigan bemorlarni dezintoksikatsion terapiyasida 1,5-2 l/kun diurezni saqlagan xolda suyuqliklarni parenteral yoʻl bilan 1,5-2 l/kun (5-10 ml/kg/kun) hajmda yuborishdan iborat. Buning uchun jigarni dezintoksikatsion funksiyasini yaxshilash va jigarda glikogen zaxirasini tiklash uchun energiya substrati sifatida 5-10 foiz glyukoza eritmasi vena ichiga yuborish; oqsil va aminokislota aralashmalari, tuz va polion eritmalar, plazma, albumin, oqsil, gepatosteril, vamin vena ichiga yuborish buzilgan jigar funksiyalarini tiklash uchun tavsiya etiladi. Yoʻqotishlar ortib borgan sari diurezni yetarli darajada oshirish maqsadida infuzion terapiya hajmi asta-sekin oshirib boriladi. Kun davomida gipergidratsiyaning oldini olish uchun (monitoring rejimida) qon plazmasidagi natriy miqdori, gemoglobin darajasi va gematokrit koʻrsatkich oʻrganiladi.

OS bilan ogʻrigan bemorlarni dori vositalari bilan davolash bemor shifoxonaga yotqizilgandan soʻng darhol boshlanishi tavsiya etiladi. Davolash usullari, hajmi va muddatlari kasallik xususiyatiga qarab belgilanadi. Asosiy maqsad - sariqlikni iloji boricha tezroq bartaraf etish, aʼzolar va tizimlar buzilishlarini tiklash va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olishdir.

OʻY obstruksiyasi boʻlgan bemorlarni operatsiyadan oldin va keyin davolash kompleksiga ademetoninni kiritish tavsiya etiladi. Ademetoninni qoʻllash sitolitik va xolestatik sindromlarni bartaraf etish vaqtini kamaytiradi, operatsiyadan keyingi davrda jigar-darvoza qon oqimi va oʻt sekresiyasini tiklanishini tezlashtiradi. OS bilan ogʻrigan bemorlarda Ademetoninni turli xil sxema va dozalarda qoʻllash bilirubin darajasining statistik jihatdan sezilarli pasayishiga va shuning uchun sariqlik alomatlarini kamaytirish, yoʻq qilishga olib keladi.

O‘smasiz genezli OS bo‘lgan bemorlarda jigar kasalliklarini oldini olish va davolash uchun perioperatsion davrda infuzion terapiya majmuasida 800 ml/kunlik dozada “Remaksol” infuzion gepatoprotektorini qo‘llash tavsiya etiladi. Remaksolni qo‘llash operatsiyadan keyingi erta davrda dekompensatsiya darajasini va endotoksinga nisbatan Kupfer xujayralarning detoksikatsiya funksiyasini tiklash vaqtini kamaytiradi.

Gepatotsitlarda oksidativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida trental, pentoksifillin va aktovegin, gepatoprotektorlar (essensial fosfolipidlar, silimarin, gepatosan) tavsiya etiladi. Gepatotsitlarda moddalar almashinuvini yaxshilash uchun ATF, koenzim A, meksidol, tiotriazolin va boshqalarni tavsiya etish maqsadga muvofiqdir.

Dori vositalarini minimal terapevtik dozalarda va qisqa kurslarda (7-10 kungacha) buyurish tavsiya etiladi: o‘t gipertenziyasini bartaraf etishdan oldin, ko‘plab dorilar (natriy nukleinat va boshqa purin va pirimidin asoslari: metatsin, pentoksil, kaliy orotat) gepatotsitlar tomonidan yomon so‘riladi va normal oqimning tiklanishidan oldin ularni kiritish jigar funksiyasini yomonlashtirishi mumkin. Shu munosabat bilan dori moddalarni minimal terapevtik dozalarda va qisqa kurslarda (7-10 kungacha) buyurish tavsiya etiladi.

Intoksikatsiya sindromida enterosorbentlar tavsiya etiladi. Enterosorbent sifatida Enterosgel, enterosorbent-AUK, zerotoks va boshqa sorbentlardan foydalanish mumkin. Ular endotoksikozda ortiqcha bilirubin, karbamid, xolesterin va lipid majmualarni, shuningdek metabolitlarni o‘ziga so‘rib oladi, buzilgan ichak mikroflorasini tiklashga yordam beradi va uning motor vazifasiga salbiy ta‘sir qilmaydi.

OS da oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketishini oldini olish va davolash uchun proton nasosi ingibitorlari va me‘da shilliq qavatini o‘rab oluvchi preparatlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Bemorlarga to‘liq muvozanatlashgan ozuqaviy moddalar tavsiya etiladi. Alimantar buzilishlarni tuzatish uchun enteral va parenteral ovqatlanish uchun aralashmalarni buyuriladi.

Obturatsion sariqlikda antibakterial terapiyaning asosiy tamoyillari.

O'tkir yallig'lanish kasalliklari (o'tkir xolangit, xolesistit va biliar pankreatit) bilan bog'liq OSda antibakterial terapiyaning asosiy maqsadi tizimli septik reaksiyani va mahalliy yallig'lanish jarayonini cheklash, jarrohlik aralashuvi zonalari va jarohat infeksiyalarini hamda intragepatik abscesslar hosil bo'lishini oldini olishdir. Davolash samaradorligining asosiy shartlaridan biri, ayniqsa o'tkir xolangitda O'Yning o'tkazuvchanligini tiklashdir.

5.2. OBTURATSION SARIQLIKNI XIRURGIK DAVOLASH USULLARI

OS bilan og'riqan bemorlarni davolash tibbiyotda eng dolzarb va jadal rivojlangan muammolardan biridir. Ushbu masalalarning ahamiyati ushbu patologiyada kasallanish, nogironlik va o'limning statistik jihatdan sezilarli darajada yuqoriligi bilan belgilanadi. OS jigar va buyrak yetishmovchiligi, trombogemorragik sindrom, xolemik qon ketish, yiringli xolangit, xolangiogen jigar abscesslari, ichak disbiozi va poliorgan yetishmovchilik rivojlanishi bilan bemorlar holatini sezilarli darajada og'irlashtiradi.

Shuni yodda tutish kerakki, 48-82 foiz hollarda OS bilan og'riqan bemorlar ahvolidan og'irligi O'Y blokining sabablarini bartaraf etish uchun yakuniy (radikal) jarrohlik aralashuvini amalga oshirishga imkon bermaydi. Shuning uchun OS bilan og'riqan bemorlarni davolash natijalarini deyarli 2,5 barobar yaxshilaydigan zamonaviy usul bu bosqichma-bosqich jarrohlik yondashuvidir. Birinchi bosqichda dekompressiya miinimal invaziv texnologiyalardan foydalangan holda O'Y (drenajlash) amalga oshiriladi. OS sindromi (giperbilirubinemiya) organlar va tizimlar funksiyasini normallashtirilgandan so'ng, ikkinchi bosqich yakuniy (shu jumladan radikal) jarrohlik aralashuvi o'tkaziladi.

Bemorlarda operatsiya turini rejalashtirishdan oldin operatsion xavfni baholash zarur. Operatsion xavf yuqori bo'lsa, u holda muqobil sifatida endoskopik davolash tavsiya etiladi. Endoskopik texnologiyalardan foydalanish turli sabablarga ko'ra imkoni bo'lmasa, majburiy xolda ochiq jarrohlik

aralashuvlariga ayrim hollarda “chorasizlik operatsiyasi” xarakteriga ega taktika qo‘llaniladi.

Bugungi kunda davolash usulini tanlash uchun yagona mezon bo‘lishi mumkin emas, chunki ularning barchasi afzallik va kamchiliklarga ega va ularning har biri foydalanish uchun o‘z ko‘rsatmalariga va qarshi ko‘rsatmalariga ega. Hozirgi bosqichda asosan 3 ta palliativ usul qo‘llaniladi:

- 1) transabdominal operatsiyalar (videolaparoskopiya);
- 2) transduodenal endoskopik usullari;
- 3) teri-jigar orqali aralashuvlar.

O‘z navbatida biliar dekompressiya quyidagi talablarga javob berishi kerak: samarali bo‘lishi, iloji boricha tezroq xolemiyani bartaraf etish, kam shikastli bo‘lishi va eng muhimi, asoratlari va o‘lim darajasining pastligi bilan kechishi.

Ularning har birini qo‘llash, avvalo, OS sabablari va safro chiqishini to‘rish darajasiga asoslanadi. Hozirgi vaqtda ekstragepatik blokning uch turi tafovutlanadi: yuqori, proksimal (konflyuensga nisbatan), o‘rta va past (distal) blok.

Asosiy tibbiy muammolarni hal qilishda quyidagi masalalar alohida ahamiyatga ega:

- 1) dekompressiya o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar;
- 2) dekompressiya usulini tanlash;
- 3) stentlashning usullari va turini aniqlash;
- 4) OS ni davolashda biliodigestiv anastomozlarning o‘rni;
- 5) dekompressiya choralari qo‘llash natijasida kelib chiqadigan asoratlarda jarrohlik taktikasi;
- 6) OS bo‘lgan bemorlarni davolashga yo‘naltirish.

O‘Y dekompressiyasini amalga oshirishning asosiy ko‘rsatkichlari:

- 1) o‘tkir xolangit;
- 2) jigar yetishmovchiligi;
- 3) o‘sma genezli OS da neoadyuvant terapiya;

- 4) bemorlarni operatsiya oldi tayyorgarligi;
- 5) og‘riq va bilirubinemiyaning kamaytirish;
- 6) bemorlar hayot sifatini yaxshilash.

Bugungi kunda O‘Yning muayyan turdagi safro bloki uchun dekompressiya usulini tanlash haqidagi munozaralar deyarli to‘xtadi. Shunday qilib, uning distal shaklida deyarli barcha hollarda retrograd endoskopik usullar qo‘llaniladi. Blokning proksimal shaklida antegrad transterigepatik texnologiyalari klinik amaliyotda keng qo‘llaniladi, chunki proksimal blok bilan endoskopik stentlashni bajarishga urinishdagi muvaffaqiyatsizliklar soni 70-72 foizga yetadi.

Obturatsion sariqlikni endoskopik usulda davolash

OS bilan og‘riq bemorlarni davolash bo‘yicha muhokama va qaror qabul qilish turli yo‘nalish mutaxassislarini jalb qilgan holda tavsiya etiladi: terapevtlar, anesteziologlar, reanimatorlar, endoskopistlar, vrach-rentgenologlar, vrach-laborantlar va boshqalar.

O‘t yo‘llari toshlarini olib tashlash uchun kam travmatik usullardan, birinchi navbatda endoskopik usullardan foydalanish tavsiya etiladi. Endoskopik texnologiyalar ko‘p yillar davomida OS tashhisi uchun keng va muvaffaqiyatli qo‘llanilmoqda. Vizual usul sifatida ularning yuqori diagnostik samaradorligi endoskopik tekshiruv vaqtida surmalar va gistologik materiallar olish, shuningdek, tibbiy muolajalarni bajarish imkoniyati bilan foydali tarzda birlashtiriladi.

OS uchun endoskopik transpapillyar aralashuvlarni talab qiladigan bemorlar maxsus ixtisoslashgan shifoxonalarga yo‘naltirilishi kerak. OSdagi endoskopik transpapillyar tadbirlar shoshilinch, kechiktirilgan va rejali tartibda amalga oshiriladi.

Rejali ravishda ERXPG uchun ko‘rsatmalar:

- 1) xoledoxolitiaz va KDS stenozi hisobiga OS klinikasi bo‘lganda;
- 2) nur diagnostik usullar (UTT, MRT) natijalarida o‘zgarishlar bo‘lsa (xoledoxni diametri 8 mm dan ortiq kengayishi, xoledox tubida konkret mavjudligi va

stenoz);

3) gepatopankreatoduodenal zonasida o'smaga gumon bo'lsa;

4) me'da osti bezidagi patologik jarayonning xususiyatini aniqlash zarur bo'lsa, birinchi navbatda, o'smalar va surunkali pankreatit tashhisini aniqlash;

5) O'Yda ilgari amalga jarrohlik va endoskopik aralashuvlar asoratlari mavjudligida (biliar tizim shikastlanishlar, stent-okklyuziyasi va boshqalar bo'yicha).

Shoshilinch ERXPG bemor shifoxonaga yotkazilib quyidagi xolatlarda amalga oshiriladi:

1) yiringli xolangit klinikasi va infeksiyon-toksik shok xavfi bilan, og'ir biliar gipertenziya bo'lganda;

2) o'tkir xolesistopankreatitda KDS ga tiqilgan tosh bo'lganda;

3) laparoskopik xolesistektomiyadan keyingi erta davrda, KDS ampulasiga tosh tiqilganda.

ERXPG bajarishga qarshi ko'rsatmalar:

1) o'tkir miokard infarkti;

2) bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishi;

3) terminal dekompensatsiya davrdagi kasallik mavjudligi.

Endoskopiya natijalari kasallikning davolash taktikasi va natijasiga ta'sir ko'rsatmasa, bemorning o'ta jiddiy (aslida agonal) holati hisoblanadi.

Endoskopik drenajlash usullarining afzalliklari:

1) eng fiziologik minimal invaziv davolash usuli hisoblanadi;

2) asoratlar past darajada va hospitalizatsiya davri qisqaligi;

3) muolajadan keyingi tiklanish davri qisqaligi.

Endoskopik drenajlash usullarining kamchiliklari:

1) bemor va shifokorga nurlanish ta'siri;

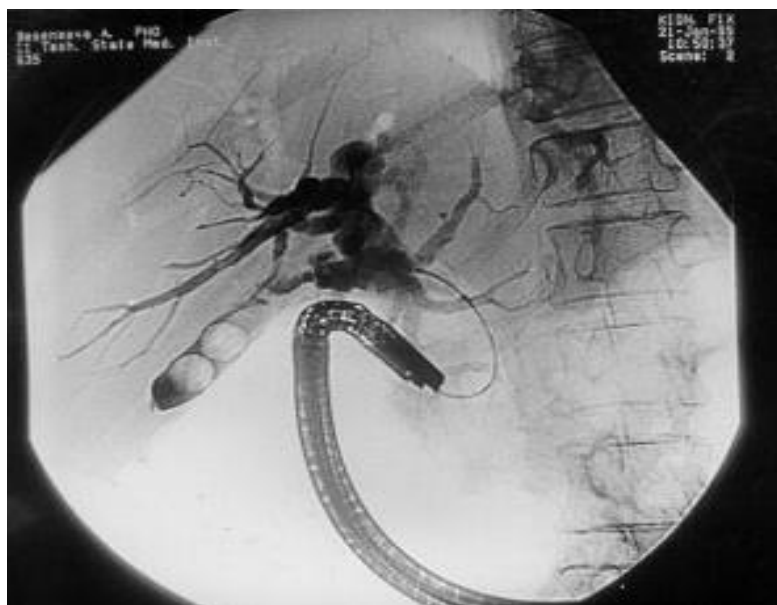
2) o'tkir pankreatit, xolangit kabi asoratlar ehtimoli;

3) ba'zi bemorlarda takroriy aralashuvlarni amalga oshirish zarurati (3-6 oy ichida stentni almashtirish, stent ko'chishi ehtimoli).

Endoskopik aralashuvlarning turlari:

- 1) endoskopik papillosfinckterotomiya;
- 2) endoskopik papillodilitatsiya;
- 3) endoskopik virsungotomiya;
- 4) o‘t va pankreatik konkrementlar litoekstraksiyasi;
- 5) mexanik litotripsiya;
- 6) nazobiliar drenajlash;
- 7) transpapillyar bilioduodenal endoprotezlash;
- 8) transpapillyar pankreatikoduodenal endoprotezlash;
- 9) ballonli dilatatsiya (o‘t yo‘llari va pankreatik yo‘llarning o‘smali va o‘smasiz genezli strikturasi).
- 10) KDS xavfsiz o‘smasini olib tashlash - papillektomiya.

Endoskopik papillosfinkterotomiya (EPST). Ushbu usul xoledoxolitiazli bemorlarda xolesistektomiyadan keyin konkrementlarni endoskopik olib tashlash OSni davolashning asosiy shakli sifatida tavsiya etiladi (19-rasm).



19-rasm. Endoskopik papillosfinkterotomiya.

EPST uchun ko‘rsatmalar:

- 1) xoledoxolitiaz va KDS stenozi;
- 2) qaytalanuvchi yoki rezidual xoledoxolitiaz yoki KDS stenozi bilan, xolesistektomiyadan keyin;

- 3) KDSning izolyatsiyalangan stenoz;
- 4) xoledoxo-duodeno-anastomozda KDS stenoz (“ko‘r xaltacha” simptomi);
- 5) KDSning transduodenal yoki endoskopik papillosfincterotomiyadan keyingi restenoz;
- 6) o‘t yo‘llari, oshqozon osti bezi boshchasi saratoni.

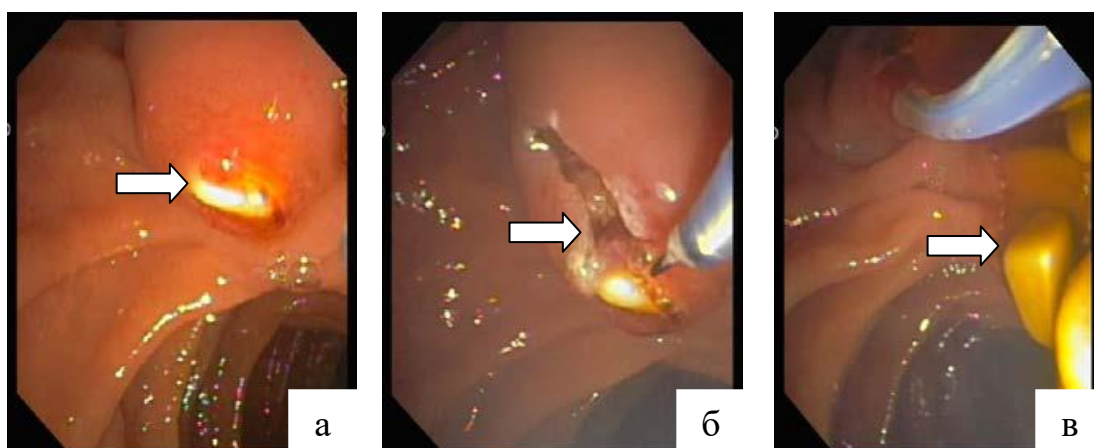
EPST va konkrmentlarni endoskopik olib tashlash xolesistektomiyadan keyin xoledoxolitiaz bilan og‘rigan bemorlarda OS uchun davolashning asosiy shakli sifatida tavsiya etiladi (20-rasm).

Qarshi ko‘rsatmalar:

- 1) xoledoxning distal retroduodenal bo‘limi (KDS ning bo‘ylama qavati) uzun stenoz;
- 2) KDSning o‘n ikki barmoqli ichak divertikuli ichida joylashishi;
- 3) anamnezda EPST bajarilgandan keyingi restenoz.

Obturatsion sariqlikda qo‘llash mumkin bo‘lgan holatlar:

- Fistuloxoledoxostomiya.
- Suprapapillyar xoledoxoduodenostomiya.
- Kanyulyatsiyalanmagan papillosfinkterotomiya.



20-rasm. Endoskopik papillosfinkterotomiya:

a – KDS ga tiqilgan tosh; b – KDSda EPST kesmasi; v – toshni o‘n ikki marmoqli ichakka migratsiyasi.

Endoskopik endoprotezlash. OS ning distal xoledox o‘smalari, me‘da osti bezi va KDS o‘smalarida qo‘llash 90 foiz hollarda samarali hisoblanadi.

Yuqori darajali xavfli striktura mavjudligi endoskopik usul uchun qator qiyinchiliklarni yuzaga keltiradi.

Endoprotez uchun quyidagi stentlar ishlatiladi: plastik, plastikdan yasalgan termoplastik; qoplangan, ochiq, qisman qoplangan, to'rsimon o'z-o'zini kengaytira oladigan metall endoprotezlar. Ko'pincha safro chiqishini ta'minlash uchun bir nechta stentlar o'rnatiladi.

Ba'zi hollarda, bir stent o'rnatish uchun o'tkazgich bo'ylab maxsus ballonli dilyatatsiya bilan yoki o'tkazgich bilan bujlanadi. KDS ballon bilan kengaytirish ba'zi bemorlarda EPST alternativ bo'lishi mumkin. Biroq, bu ERXPG amaliyotidan keyin o'tkir pankreatit kelib chiqish xavfini oshiradi. Biliar yoki me'da osti bezi yo'llari torayganda bujlash uchun plastik distal uch qismi konussimon kichraygan bujlardan foydalaniladi.

O'z-o'zini kengaytiruvchi metall stentlar: ochilishi diametri 6 dan 10 mm gacha bo'ladi, shuning uchun ular sezilarli darajada uzoq (6-12 oygacha) safro chiqishni ta'minlaydi. Stentlashning asosiy asoratlari protezning ko'chishi va uni almashtirish zarurati hisoblanadi. Stent obstruksiyalanganda mustahkamlanadi yoki restentlanadi.

Nazobiliar drenajlash. OS bo'lgan bemorlarda toshlar olib tashlangandan so'ng yoki ularni endoskopik olib tashlash mumkin bo'lmasa, O'Y dekompressiyasi va mustatxamlanishi uchun nazobiliar drenajlash o'tkaziladi. Bunday hollarda nazobiliar drenajlash safroni tashqariga chiqarish, antibiotiklar bilan o't yo'llarini yuvish imkoniyatini, xolangitni tez bartaraf etish, tosh va kichik konkrement parchalari chiqib ketishini nazorat qilish, rentgenokonstrastli tekshiruvlar amalga oshirish imkonini beradi. Nazobiliar drenaj safro miqdorini nazorat qilish, kanalni aspiratsiya qilish va antiseptik eritmalar bilan yuvish imkonini beradi.

Mexanik litotripsiya. Xoledoxda katta konkrementlar bo'lsa (10 mm. dan katta) ularni olib tashlashdan oldin parchalash kerak bo'ladi. Bu ERXPG amalga oshiruvchi barcha endoskopistlar uchun - zarur bo'lsa, standart tosh ekstraksiyasini mexanik litotripsiya bilan to'ldirishlari mumkinligi tavsiya

etiladi. Mexanik litotripsiya “murakkab” konkrementlarda yoki murakkab klinik vaziyatlarda bajariladi. Mexanik litotripsiyaning samaradorligi 80-90 foizga etadi.

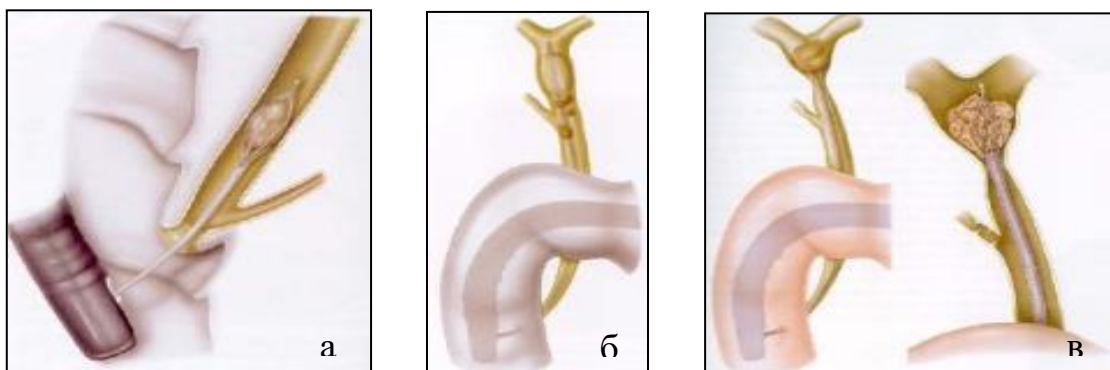
Mexanik litotripsiyaga ko‘rsatmalar:

- 1) konkrementning mavjudligi va uning hajmi EPSTdan keyingi holedox terminal qismi og‘zidan katta bo‘lishi;
- 2) holedox terminal qismi stenozidagi xoledoxolitiyada;
- 3) katta duodenal so‘rg‘ichning o‘tkazuvchanligini cheklaydigan parapapillyar divertikul mavjudligi;
- 4) tosh xoledoxning chandiqli strikturasidan balandroq joylashgan bo‘lsa yoki o‘sma sababli stenozdan yuqori joylashgan bo‘lsa, yuqori xavf ostida bo‘lgan yoki xirurgik davolanmaydigan bemorlarda.

Mexanik litotripsiyaga qarshi ko‘rsatmalar:

- 1) o‘tkir pankreatit, xolesistit mavjudligi;
- 2) koagulopatiyaning og‘ir shakllari;
- 3) tosh, uning hajmi litotripsiya uchun savat diametridan oshganda;
- 4) xoledoxning aniq dilatatsiyasi, yetarli darajada drenajlash uchun biliodigestiv anastomoz qo‘yishni talab qilganda.

Mexanik litoekstraksiya. O‘t yo‘llaridan konkrementlarni olib tashlash uchun ballonli (Fogarti tip), savatchali (Dormia tip) va kontaktli ekstraktorlaridan foydalaniladi (21-rasm).



21-rasm. Endoskopik litoekstraksiya turlari.

a – Dormia zondi yordamida; b – Fogarti zondi yordamida; v – kontakt litotripsiya.

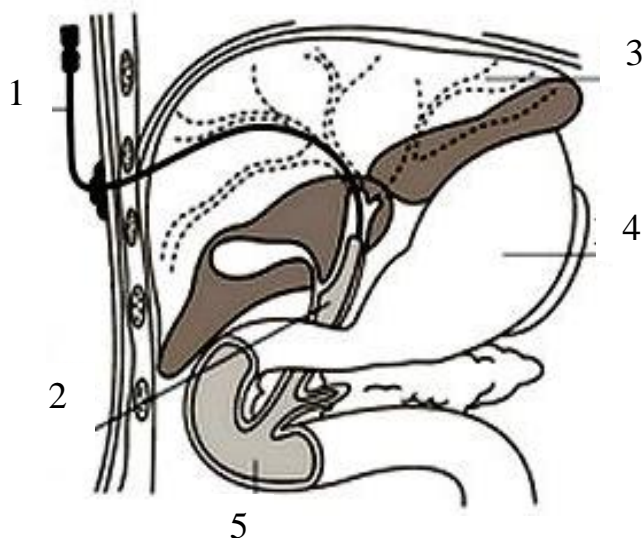
Ballonli ekstraktorlar ishlatiladi:

- 1) ko'p sonli kichik konkrementlar mavjudligida;
- 2) o't yo'llarining yakuniy mustahkamligini nazorat qilishda;
- 3) "okklyuziv" xolangiografiyada (EPST va davolash muolajasidan keyingi xoledoxni kontrast bilan tekshirish).

Elektrogidravlik intraluminal litotripsiya juda samarali va 74-98 foiz hollarda konkrementlarni muvaffaqiyatli parchalashi mumkin. Tosh diametri katta bo'lgani sari elektrogidravlik litotripsiya bilan davolash vaqti cho'ziladi.

Shunday qilib, endoskopik intrakorporal litotripsiya hozirda an'anaviy litoekstraksiyadan mustaqil xolda toshlarni olishning juda samarali usulidir.

O't yo'lini drenajlashning kombinatsiyalangan usullari (Randevu texnologiyasi). Ular bizga sezilarli murakkab anatomik variantlarni transpapillyar davolash imkoniyatlarini kengaytiradi: KDS atipik holati, KDS divertikulda joylashuvi, operatsiyadan keyin anatomik buzilishlar, o'sma okklyuziyalari davomida to'qimalar o'zgarishi. Usulning mohiyati rentgen yoki ultratovush (abdominal UTT, EndoUTT) nazorati ostida o't yo'llarida transterigepatik, intraoperatsion o't qopi yo'li yoki xoledox orqali antegrad drenajlash yoki endosonografik drenajlash usullari orqali va bir vaqtning o'zida biliar traktda endoskopik retrograd aralashuv hisoblanadi. Rentgenotelevideniya nazorati ostida O'Yga transgepatik yo'l bilan drenajlash biliar dekompressiyasini nazarda tutadi (22-rasm).

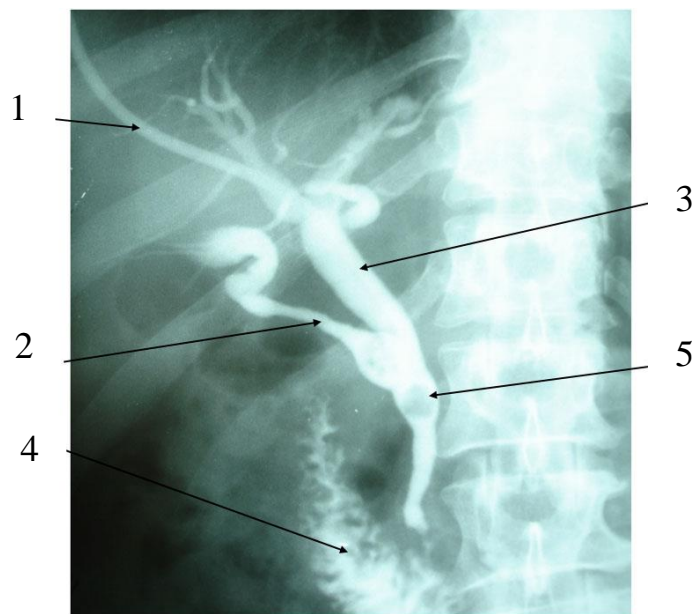


22-rasm. Umumiy o't yo'lini transgepatik yo'l bilan drenajlash.

1 – katetr; 2 – umumiy o't yo'li;
3 – jiganr; 4 – oshqozon; 5 – o'n
ikki barmoqli ichak.

Teri-jigar orqali xolangiostomiya (TJoXS) uchun ko'rsatmalar (23-rasm):

- 1) sariqlik davomiyligi va intensivligidan qat'iy nazar o'sma genezli obturatsion sariqlik;
- 2) xoledoxolitiaz, EPSTda olib tashlanmagan, uzoq muddatli intensiv sariqlik;
- 3) uzoq muddatli hal qilinmagan xavfsiz strikturali sariqlik;
- 4) o't yo'llarini yatrogen zararlanishida.



23-rasm. Teri-jigar orqali xoledoxostomiya.

1 – drenaj naycha; 2 – o't pufagi yo'li; 3 – umumiy o't yo'li; 4 – o'n ikki barmoqli ichak bo'shlig'ida kontrast modda; 5 – umumiy o't yo'lidagi toshning soyasi.

Teri-jigar orqali xolangiostomiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- 1) bemorning o'ta og'ir holati;
- 2) xavfsiz kirish yo'lining yo'qligi.

O't yo'llarini antegrad drenajlash ularning turli shakllarda bajarilishini o'z ichiga oladi:

- 1) ultratovush nazorati ostida teri orqali xoledoxostomiya;
- 2) laparoskop nazorati ostida teri orqali xoledoxostomiya;
- 3) minilaparotomik kesma orqali xoledoxostomiya.

OSni davolashda teri orqali antegrad texnologiyalari afzalliklari:

- 1) birinchi urinishda amaliyotning muvaffaqiyat ehtimoli yuqoriligi;
- 2) sedatsiya qilinishda kam ehtiyojligi;
- 3) jigar segmentlarini selektiv drenajlash imkoniyati (yuqori bloklarda);
- 4) multidrenajlash imkoniyati (yuqori bloklarda);
- 5) drenaj joylanishining qulayligi, operatsiyalar paytida jarrohlarga xalaqit bermasligi va OS davolashdagi jarrohlik bosqichida keyin drenajlash vaqtini kamayishi (yuqori bloklari da).

OS davolashda teri orqali antegrad texnologiyalar kamchiliklari:

- 1) asoratlar kelib chiqishining yuqoriligi (ayniqsa, qon-tomirga aloqador);
- 2) safro oqish xavfi;
- 3) tashqi tomondan olib o‘tilganda safro yo‘qotilishi;
- 4) O‘Yda drenaj mavjudligi bilan bog‘liq bemorlardagi noqulaylik;
- 5) o‘sma tarqalish xavfi.

Agar sariqlik bartaraf etilmagan yoki rivojlanayotgan bo‘lsa dekompression aralashuvlar bemor kasalxonaga qabul qilingan paytdan boshlab 2-3 kun ichida amalga oshirilishi kerak bo‘ladi. Zarur hollarda jarrohlik amaliyotining ikkinchi bosqichi kechiktirilgan yoki rejali tarzda yanada qulay sharoitlarda amalga oshiriladi.

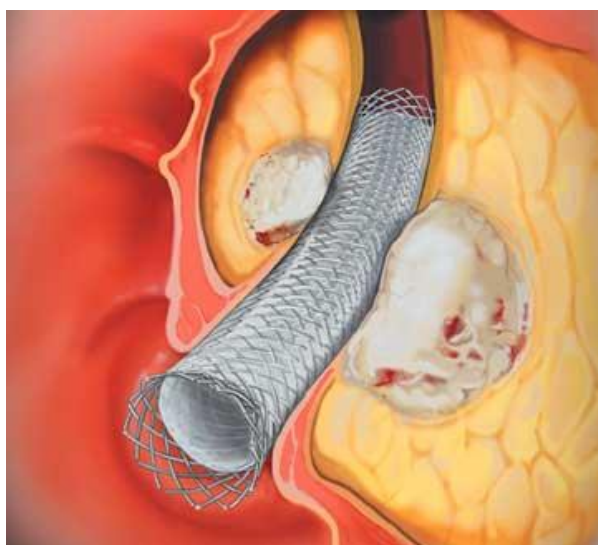
O‘t yo‘llarini endoprotezlash (stentlash). Cheklangan hayot davomiyligi va jarrohlik aralashuvining yuqori xavfi bo‘lgan bemorlarga jigar o‘t yo‘llarini endoprotezlash tavsiya etiladi (24-rasm).

Gepatikoxoledoxning vaqtinchalik endoproteziga bo‘lgan ehtiyoj – hepatikoxoledox sanatsiyasi to‘liq bo‘lmagan xolda, safro oqimi to‘liq tiklanmagan sharoitida va bemorda aniq sariqlik va xolangit mavjudligidan kelib chiqadi. Bunday vaziyatlarda vaqtinchalik yechim sifatida biliar stentlash qo‘llaniladi (25-rasm).

Biliar stentdan qisqa muddatli foydalanish, keyinchalik endoskopik amaliyot o‘tkazishda yoki jarrohlik operatsiyasidan avval qo‘llash tavsiya etiladi.



24-rasm. Vaqtinchalik endoprotez turlari.



25-rasm. Vaqtinchalik endoprotezlash (stentlash).

Ekstrogepatik O‘Y stentintlash quyidagi hollarda tavsiya etiladi:

- 1) o‘t daraxtini doimiy palliativ dekompressiya qilish maqsadida radikal jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirmagan xolda xoledoxning distal qismlarini o‘smali zararlanishidagi (biliar tizim) OS gida;
- 2) xoledoxolitiazning murakkab shakllari (anatomik xususiyatlar, ko‘plab toshlar), takroriy endoskopik aralashuvlar yoki jarrohlik yo‘li bilan davolashdan oldin vaqtinchalik drenajlash uchun, shuningdek doimiy dekompressiya usuli sifatida og‘ir patologiyaga ega bo‘lgan keksa

bemorlarda;

- 3) operatsiyadan keyingi o't oqma yarasi tuzalishiga qadar vaqtinchalik o'n ikki barmoqli ichakka o'tni drenajlangan bemorlarda;
- 4) OS da karkasli konstruksiya va vaqtinchalik dekompressiyani yaratish uchun o't yo'llarining xavfsiz strikturasi va shikastlanishi bo'lgan bemorlarda.

Xolesistostomiya. OSda ushbu amaliyotning maqsadi: o't yo'llarining dekompressiyasidir (drenajlanishi).

Ko'rsatmalar:

- 1) biliar tizim o'smalar bilan obstruksiyalanishi;
- 2) o't yo'llarining atrofdagi a'zolari (me'da osti bezi, jigar) o'sma metastazlari bilan siqilishi yoki o'sib kirishi;
- 3) xoledoxning terminal qismi xavfsiz strikturalari;
- 4) xoledoxolitiaz (EPST iloji bo'lmaganda).

Teri-jigar orqali xolesistostomiya og'ir axvoldagi bemorlarda bir bosqichli radikal jarrohlikka nisbatan - xavfsiz alternativ amaliyot hisoblanadi. Tegishli ko'rsatmalar mavjud bo'lganda laparoskopik xolesistostomiya tavsiya etiladi. OS va xoledoxolitiaz bo'lgan bemorlarda laparoskopik xolesistostomiya yoki ERXPG amalga oshirilishi mumkin. Ularning samaradorlik, asoratlar yoki o'lim darajasi orasidagi nisbatlar farqi isbotlanmagan bo'lsada, laparoskopik xolesistostomiya kasalxonadagi bemorlarda qisqa vaqtda amalga oshiriladi.

Yiringli safroning tashqi va ichki tomondan tashqariga chiqishini ta'minlash uchun diametri 1,5-2 mm. dan kam bo'lmagan drenajlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Tavsiya etilayotgan usul o't yo'llaridagi amaliyotni yakunlovchi bosqichli davolashni amalga oshirishda – ularni tashqi T-simon yoki pastga tushuvchi drenaj yetarli diametrdagi (iloji bo'lsa 4-5 mm., bunda drenaj o't yo'llari ichki bo'shlig'ining 2/3 – 4/5 dan ortiq qismini egallamasligi kerak). Xolati eng og'ir bemorlarda xolesistostomiya bilan cheklanib mumkin. Izolyatsiyalangan xolesistostomiya yiringli xolangit uchun yetarli darajada samarali bermaydi. Yiringli safroning o't qopi yo'li orqali chiqishi qiyin kechadi. Odatda safro

tarkibining faqat eng suyuq fraksiyalari oqib chiqadi, fibrin va detritlar o't yo'llarida qoladi va bu mikroflora rivojlanishi uchun substrat bo'lib hizmat qiladi.

O't pufagiga kirish yo'llari uchun jarrohlik yondashuvlarining uch turi farqlanadi (ochiq, laparoskopik va minilaparotomik). Bunda xirurgik shikastlanish sezilarli darajada farqlanadi. Laparoskopik usul eng kam travma bilan va eng oson, operatsiyadan keyingi davrning eng qisqaligi bilan tavsiflanadi. Minilaparotomik usul ushbu yondashuvlarning oraliq holatini ko'rsatadi. Jarohat mezonlari jihatidan jarrohlik aralashuvining bu usuli an'anaviy (ochiq) uslubga nisbatan sezilarli darajada kamroq xavflidir, lekin laparoskopik kirish parametrlaridan (qon yo'qotish miqdori va operatsiya davomiyligi) ortda qoladi. Shu bilan birga, laparoskopiya paytida pnevmoperitoneumning keskin ortishi hayotiy a'zolar va organizm tizimlarining funksiyasiga salbiy ta'siri intraoperativ monitoring qilishni va ularni o'z vaqtida korreksiya qilishni talab qiladi.

Xolesistostomiya samaradorligi ko'rsatkichlari:

- 1) safroning yetarlicha chiqishi va toshlarni olib tashlanishi;
- 2) jigar ko'rsatkichlarining ijobiy dinamikasi;
- 3) obturatsion sariqlik va xolangit klinikasini bartaraf etilishi.

Xolesistektomiya (XE). Xolesistektomiya xoledoxolitiz va OS bilan asoratlangan O'TKda tavsiya etiladi. Erta XE oddiy laparotomik, laparoskopik yoki minilaparotomik kirish bilan muvaffaqiyatli amalga oshiriladi. Obturatsion sariqlik bilan asoratlangan o'tkir xolesistitda XEni laparoskopik usulda amalga oshirish tavsiya etiladi.

Ushbu yondashuv operatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim ko'rsatkichlarini pasayishiga, gospitalizatsiya muddatini kamayishiga, bemorlar sog'ligini va mehnat qobiliyatini tez tiklanishiga sezilarli darajada ijobiy ta'sir qiladi. Ko'plab meta-analizlar va randomizatsiyali nazoratlanadigan sinamalar tahlili shuni ko'rsatadiki, LXEdan keyin infeksiyon asoratlar, ayniqsa destruktiv xolesistit, peritonit va OSda ancha past bo'ladi. Keksa va qari bemorlardagi

OSda LHE natijalari laparotomik operatsiyalar bilan solishtirganda o‘lim va operatsiyadan keyingi asoratlar ko‘rsatkichi ancha past. O‘tkir, shu jumladan gangrenoz xolesistitda LXE xavfsiz va ochiq jarrohlik operatsiyasidan keyin kamroq asoratlar beradi.

Bemor optimal vaqtdan (72 soat) kech operatsiyaga olinsa LXE yetarlicha malakali jarroh tomonidan amalga oshirilishi kerak. Operatsiya usulini operator jarroh tanlaydi, lekin bunday hollarda jarrohlar minilaparotomik xolesistektomiya usulidan ham foydalanishlari maqsadga muvofiqdir.

OSda sarg‘ayishning yuqori darajasida (cho‘qqisida) bajarilgan jarrohlik aralashuvi ko‘plab asoratlar bilan kechadi va operatsiyadan keyingi o‘lim 15-30 foizni tashkil etadi, operatsiyadan oldin OS bartaraf etilishi – yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan holatlarga nisbatan 4 barobar yuqori bo‘ladi.

Xoledoxolitiaz fonidagi o‘tkir xolesistit va OS rivojlangan bo‘lsa safro oqimini endoskopik tiklanmash imkoni bo‘lmasa yoki samarasiz bo‘lsa, minilaparotomik operatsiya yetarli darajada samarador va xavfsiz hisoblanadi. Laparoskopik yoki minilaparotomik operatsiyalarda texnik qiyinchiliklar yuzaga kelsa, ekstragepatik o‘t yo‘llari shikastlanishini oldini olish uchun o‘z vaqtida konversiya, laparotomik (ochiq) uslubda tashrixni amalga oshirish tavsiya etiladi.

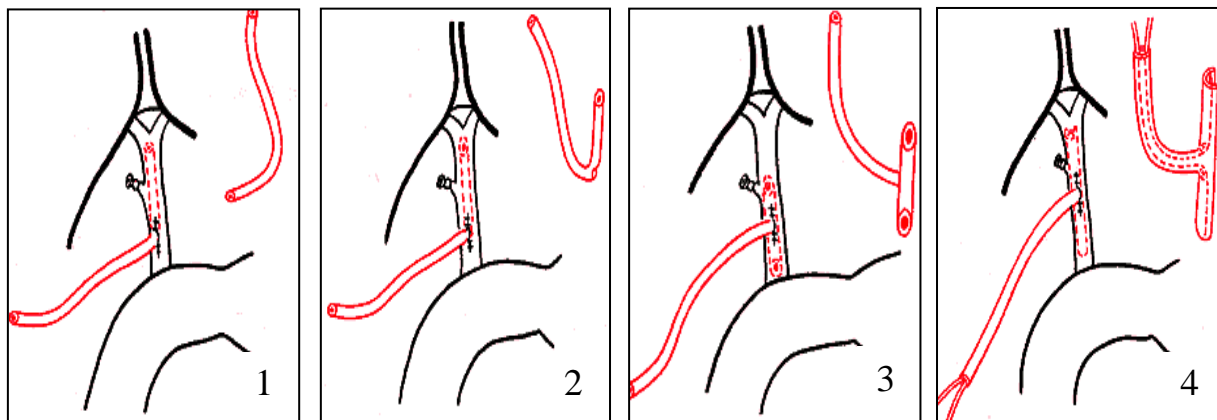
Minilaparotomik kirish bilan laparoskopik operatsiyalarni solishtirganda asoratlar va o‘lim soni aslida bir xil natija ko‘rsatadi. Operatsiya davomiyligi LXEda biroz yuqori, ammo operatsiyadan keyingi davr qisqa va qulayroqdir. Operatsiyadan bir oy o‘tgach, hayotiy funksiyalarni tiklanish darajasida farq yo‘q bo‘ladi.

O‘tkir destruktiv xolesistit OS bilan asoratlangan bo‘lsa va bemorga pnevmoperitoneum qilishga qarshiliklar va jarroh kvalifikatsiyasi yetarli bo‘lmasa bemorda minilaparotomiya uslubida XE bajariladi.

OSni bartaraf etish uchun o‘t yo‘llari o‘tkazuvchanligini korreksiya qilishda kaminvaziv operatsiyalarda texnik qiyinchilik tug‘ilganda laparotomik uslub afzal bo‘lib qoladi. OS bilan asoratlangan o‘tkir biliar pankreatitda

kasallikning qaytalanishini oldini olish maqsadida erta LXE amalga oshirish tavsiya etiladi.

Xoledoxolitiaz fonida o'tkazilgan xolesistektomiya operatsiyalaridan so'ng umumiy o't yo'llarini dekompressiya qilish maqsadida tashqi drenaj qo'yish operatsiyalarini amalga oshirish maqsadga muvofiq bo'ladi (26-rasm).



26-rasm. Umumiy o't yo'lini tashqi drenajlash operatsiya turlari.

- 1) *Robson bo'yicha*; 2) *Vishnevskiy bo'yicha*; 3) *Denver-Ker bo'yicha*;
4) *Sterling bo'yicha*.

Biliodigestiv anastomozlar. Bunday operatsiyalarni bajarish uchun OSning barcha quyidagi asosiy sabablari ko'rsatma bo'ladi: KDS strikturalari, oshqozon osti bezi boshchasi va o't yo'llari o'smalari, shuningdek, endoskopik usullar yordamida bu vaziyatlarni hal qilish imkoni bo'lmasa.

Xoledoxoduodenostomiyaga (XDA) ko'rsatmalar:

- 1) o't yo'llarida bir nechta kichik va fiksatsiyalangan konkrementlar;
- 2) xoledoxolitiaz;
- 3) hepatikoxoledoxning uzun naysimon torayishi;
- 4) o't yo'llarining kistoz transformatsiyasi;
- 5) o't yo'llarida o'tkazilgan takroriy operatsiyalar.

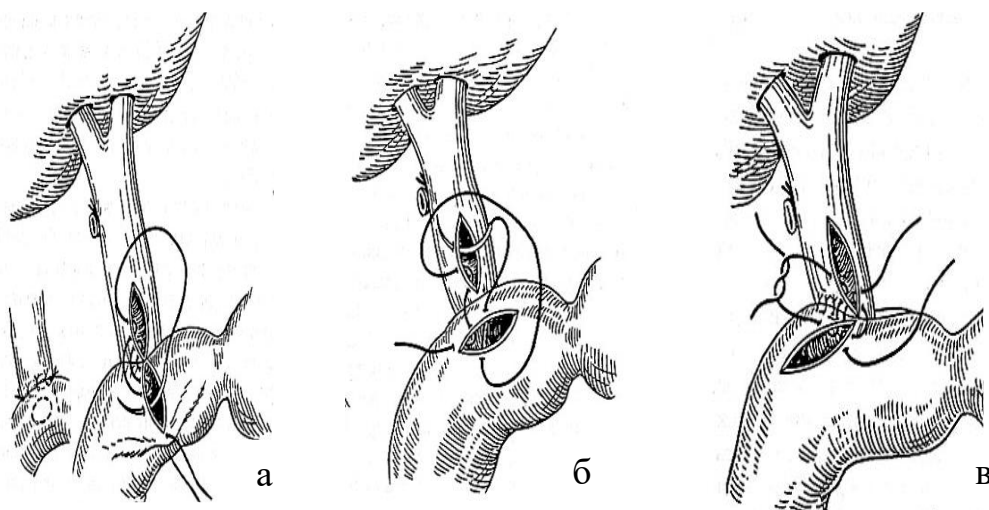
UO'Y ning ikkita birlashgan ichki drenaji XDA bilan ko'rsatkichlari bir xil bo'lib, ayniqsa, xoledoxning terminal bo'limiga konkrementning tiqilishida ko'rish mumkin. Bir mustaqil operatsiyada safro va me'da osti bezi sekresiyasi o'tishini yaxshilanmasligida, ilgari amalga oshirilgan XDA dan so'ng, oshqozon

osti bezi va jigar o't yo'l tizimidan chiqishi buzilishi mavjud bo'lsa, umumiy o't yo'lining ikki ichki drenaji tavsiya etiladi.

Bir qator mualliflarning fikricha, ikki tomonlama ichki drenaji operatsiyasi sifatida XDA transduodenal papillosfinkteroplastika chastotasi o't yo'llaridagi barcha operatsiyalarning 0,3-4,2 foizni tashkil etadi. Bugungi kunda XDA o'rniga Ru usulida gepatikoeyunoanastomoz amalga oshiriladi va transduodenal papillosfinkteroplastika o'rniga deyarli endoskopik papillosfinkterotomiya amalga oshirilmoqda.

Yurash, Finsterer, Flerken tomonidan taklif etilgan XDAlar eng ko'p ishlatiladigan usullardir. Bu operatsiyalarning kamchiliklari: ular faqat xoledox diametri keng bo'lganda (2,5 sm dan ortiq) amalga oshiriladi, ko'pincha anastomozlarga qo'yilgan choklar yetishmovchiligi rivojlanishi va anastomozlarda "klapan mexanizmi" yo'qligidir (27-rasm).

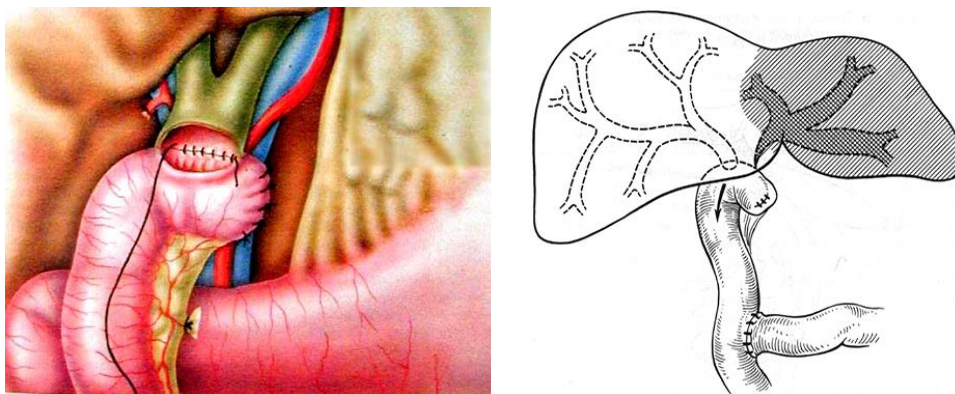
Laparoskopik usulda aylanib o'tuvchi biliodigestiv anastomozlarning qo'yilishi RU usulida anastomoz shakllantirishning murakkabligi tufayli asossiz hisoblanadi.



27-rasm. Xoledoxoduodenostomiya turlari.

a – Yurash bo'yicha; b – Flerken bo'yicha; v – Finsterer bo'yicha.

Umumiy o't yo'lini strikturalari, o'tkazilgan operatsiyalarni asorati sifatida mexanik shikastlanishlari, oshqozon osti bezi o'smalarida KDS ni aylanib o'tuvchi rekonstruktiv bigepatikoanastomozlarni qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi (28-rasm).



28-rasm. Bigepatikoanastomoz turi.

Parazitar genezli obturatsion sariqlikni davolash

Parazitar genezli OSni xirurgik davolashning birinchi bosqichi sifatida biliar dekompressiya tavsiya etiladi. Safro oqiminin o‘z vaqtida tiklash - xirurgik davolashning asosiy maqsadi hisoblanadi. Destruktiv jarayonlar yo‘qligida, aralashuv bosqichma-bosqich amalga oshiriladi. Dastlabki bosqichda kaminvaziv usublardan, ya’ni nazobiliar drenajlash yoki O‘Yni stentlashdan foydalaniladi. Ushbu usullar davolashning oxirgi bosqichi bo‘lishi ham mumkin.

Jigar exinokokkozini davolash. Jigar exinokokkozi boshqa organ va to‘qimalardagi kabi ximioterapiya va xirurgik aralashuv bilan davolanadi. Hozirgi vaqtda jigar parazitar kasalligi, konservativ medikamentoz davo va exinokokkoziga qarshi vakcina o‘tkazishdan tortib, ogranni ko‘p karra zararlanganida jigar transplantatsiyasini qo‘llashgacha davolash usullari mavjud.

Exinokokkozni konservativ davolashga ko‘rsatmalar: jigar yoki o‘pkalarni ko‘plab parazitlar bilan zararlanishi, chunki bunda operativ usul bilan davolash bemor hayoti uchun xavfli bo‘lishi yoki texnik bajarishni iloji bo‘lmaganligi mumkin. Shunindek, konservativ davo retsedivga qarshi davo sifatida o‘tkazilishi mumkin. Ayniqsa, exinokokkoz kistasi yorilgan bo‘lsa.

Albendazol benzimidazolli karbomatlar qatoriga kirib, keng qamrovli antigelmint modda hisoblanadi. Ular tubolin, ya’ni eukoreativ hujayraning sitastruktur proteinini hosil bo‘lishini tormozlaydi, ya’ni to‘xtatadi. Bunda benzimidazolli karbomatlar sestod hujayralarda sitoplazmotin mikro naychalarini yo‘qolishini chaqiradi mikronaychalarni va mikrofilamentlarning

yo‘qolishi parazitning gemastaz samaradorligini ushlab turishi qobiliyatini tushiradi, chunki hujayralar orqali glyukozani obsorbsiyasi buziladi va keyinchalik glikogenni endogen zahiralari qisqarib ATF hosil bo‘lishi kamayadi.

Albendazol bilan davolashning turli sxemalari ishlatiladi. Kuniga 1 kg. tana vazniga 10-12 mg. gacha qabul qilish mumkin. Davolashning bitta uzluksiz siklning davomiyligi 20 kundan bir necha yilishi mumkin. Sikllar soni 1-20 gacha va ko‘proq, sikllar o‘rtasidagi intervallar 20-28 kungacha to‘xtovsiz bir necha yillargacha davom etadi. Jigar exinokokkozidan butunlay davolanish imkonini beradigan yagona usul bu xirurgik davo tashhis aniqlangan zahotiyoq istalgan onda inson hayoti uchun xavfli bo‘ladigan asoratlarni yuzaga kelib qolishi e‘tiborga olingan holda, vaqtni yo‘qotmasdan xirurgik operatsiyani buyurish kerak.

Jigar exinokokkozining davosi, operatsion yo‘lni ta‘minlash, kista bo‘shlig‘ini zararsizlantirishi, ochiq yoki yopiq bo‘lishi mumkin exinokokkostomiyani, fibroz kapsulani olib tashlash, qoldirish va kista bo‘shlig‘i qoldiqlarini bartaraf qilishni o‘z ichiga oladi.

Operatsiyaga qarshi ko‘rsatma bo‘lib faqatgina yurak qon-tomir yetishmovchiligining og‘ir turi va ko‘p sonli exinokokkozida jigar to‘qimasining ahamiyatli darajasidagi qismi olib qolishi tufayli yuzaga keladigan jigarning chuqur funksional o‘zgarishi hisoblanadi.

Jigar exinokokkozi zamonaviy xirurgiyasida xirurgik aralashuvlar amalga oshirilishiga ko‘ra quyidagicha tasniflash mumkin (F.G. Nazirov 2005 y.).

Exinokokkoz kistasiga tanlangan yo‘lga nisbatan:

- An’anaviy laporatomiya;
- Punksion - aspiratsion usul;
- Laparoskopik usul;
- Minilaporatomiya.

Fibroz kapsulaga nisbatan:

- Jigar rezeksiyasi (anatomik; noanatomik; shuningdek, qirg‘oqli);
- Perikistektomiya (total; subtotal; qisman);

- Fibroz kapsulani qoldirgan holda exinokokkoektomiya;
- Ideal exinokokkstomiya (fibroz kapsulani ochish yoki ochmasdan).

Kista devoriga antoparazitar ishlovi usullari bo'yicha:

- Ximik agentlar bilan zararsizlantirish;
- Fizik usullar bilan zararsizlantirish;
- Lazer koagulyatsiya;
- Ultratovush kavitatsiya;
- Kreo ta'sir;
- Yuqori haroratli ta'sir.

Kista bo'shlig'ini bartaraf qilish usuli bo'yicha:

- Yopiq exinokokketomiya (kapitonaj, qirg'oqlarni kista ichiga buklab qo'yish; bo'sh yoki ozod devorlarni kista tubiga tikib qo'yish);
- Yarim yopiq exinokokkektomiya (oddiy yoki ikki tomonlama drenajlash);
- Ochiq exinokokkektomiya (tashqariga drenajlash, marsupializatsiya);
- Qoldiq bo'shliqni abdominizatsiyalash (omentogepatopeksiya bilan yoki u siz);
- Bo'shliqni charvi bilan tamponadalash: kistodigestiv anastomoz.

Shu bilan birgalikda quyidagilarni aniqlab olish kerak: yopiq exinokokkektomiya deganda, xitin qobiq va exinokokk pufagining tarkibiy qismiga fibroz kapsulasiz olib tashlash so'ngra qolgan bo'shliqni to'liq plastik berkitish tushuniladi.

Ochiq exinokokkektomiya ravishda exinokokk pufagining tarkibiy qismi va xitin qobiqni olib tashlab qolgan bo'shliq hamda qorin bo'shlig'ini drenajlab qo'yish.

Jigar exinokokkozida, operatsiya butunlay, parazitar kista va uning tarkibiy qismini (suyuqlik, skolekslar, qiz va nabira pufakchalar) va germinatativ va kutikulyar (xitin) qobiqlarni olib tashlashdan tashkil topishi kerak, shuningdek, devorlarida oxaklanish kuzatilganda rezidual bo'shliqni bartaraf qilish va fibroz kapsulani olib tashlash zarur bo'ladi.

Jigar exinokokkozida mavjud bo'lgan operativ qo'llanmalarning arsenali turli hildir. Ideal exinokokkektomiya peritsisektomiya, yopiq, yarim yopiq, ochiq, jigar bo'lagining rezeksiyasi operatsiyaning u yoki bu turi. Kistaning o'lchami, joylanishi, soni, asoratni mavjudligi, parazit rivojlanish bosqichi, bemorning umumiy holatiga qarab tanlanadi.

Kesmani tanlashda kistaning joylanishi, o'lchami, asorati bor yoki yo'qligi, bemorning tana tuzilishini hisobga olish kerak.

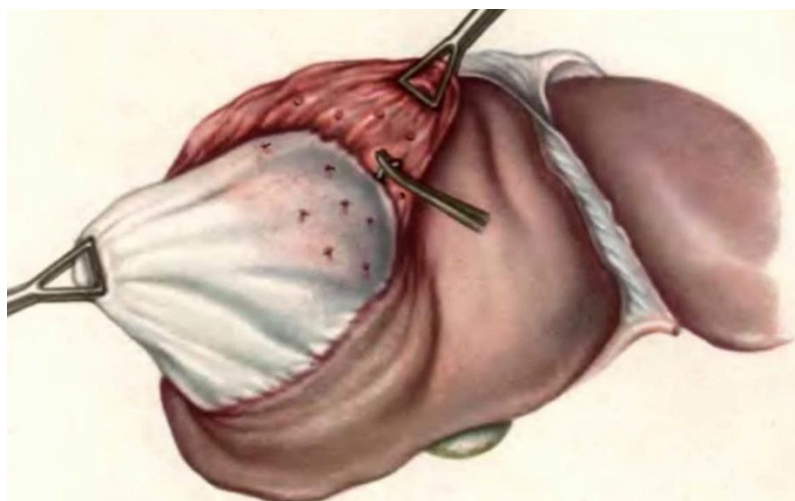
Optimal yo'lni tanlashda asosiy talabi bo'lib, kam travmatik va maksimal ko'rish imkonini beradigan uslublarni uyg'unlashuvi hisoblanadi.

Jigar exinokokkozida qo'llanadigan ko'p sonli operativ dostuplar abdominal transabdominal torakal, transplevral, kombinatsiyalashgan va bo'shliqdan tashqarilarga bo'linishi mumkin. Yana shuni ham hisobga olish kerakki tanlangan uslub bir tomonda operatsiya vaqtida jigardagi boshqa kistalarini topish maqsadida o'tkazilayotgan reviziyada, kistani olib tashlashda va uning asoratlarini bartaraf qilishda shifokorning harakatlarini chegaralamasligi kerak bo'lsa, ikkinchi tomondan haddan tashqari travmatik bo'lmasligi kerak.

Exinokokktomiya operatsiyasi - parazitlar kistani ochish va drenajlash. Exinokokktomiya katta diametrdagi yonboshlarida teshiklari bor igna yordamida punksiya qilishdan boshlanadi. Qiz pufakchalar yo'q bo'lganda yoki ularning soni ko'p bo'lganda ushbu aralashuv ideal kechadi. Suyuqlikni olib tashlagandan so'ng fibroz kapsula kesiladi yoki bir bo'lagi qirqiladi va shundan so'ng kutikulyal germinativ qobiqlar zajim yoki qisqichlar yordamida olib tashlanadi (29-rasm).

Exinokokkozni olib tashlagandan so'ng fibroz kapsulaga antiparazitar ishlov beriladi. Exinokokk kistalarining protoskolekslariga ta'siri bo'yicha, antiparazitar ishlovlarning hamma ashyolarini ikkita asosiy guruhlariga bo'lish mumkin:

1. Ximik ta'sirini ustuvorligi bilan;
2. Fizik ta'sirining ustuvorligi bilan.



29-rasm. Jigar exinokokkektomiyasi. Xitin qobig‘ni olib tashlash.

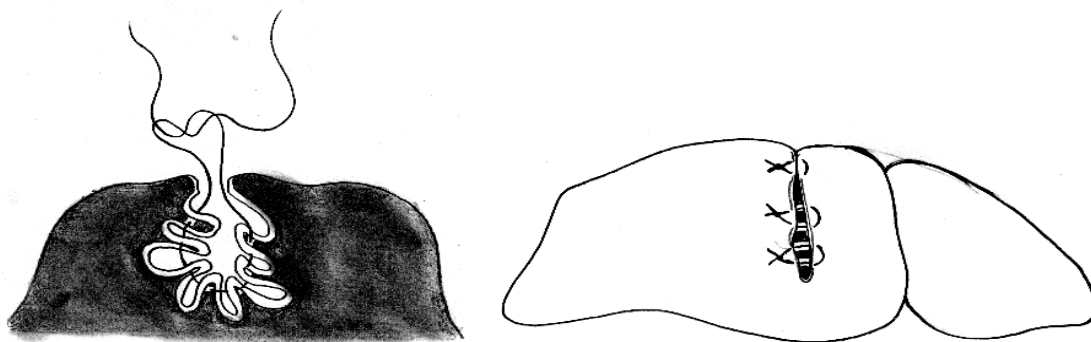
Hozirgi vaqtda ko‘p ishlatadigan moddalar bo‘lib: 20-30 foizli natriy xlorid eritmasi; 70 foizli etil spirti eritmasidagi 0,5 foizli xlorgeksidin eritmasi; 3 foizli vodorod peroksidi; 2 foizli formalin eritmasi, 10 foizli yodning spirtli eritmasi; 70⁰C gacha isitilgan furatsilin eritmasi; 96 foizli spirt; 80-100 foizli glitserin eritmasi; ximotripsin va atsidin-pepsin preparatlarini kombinatsiyasi.

Jigar exinokokkozida plazmali qurilma xirurgiyada muvaffaqiyat bilan qo‘llanilmoqda. Plazma nayining 10 ming gradusgacha haroratda fibroz kapsulani deyarli parlanib ketishi kuzatildi. Ushbu uslubning afzalliklari an’anaviy “o‘tkir” peritsistektomiyaga nisbatan kam qon yo‘qotishida, parazitlar kistaning yiringlashi kuzatilganda ham ushbu usulni qo‘llash mumkin.

Ideal exinokokketomiya - exinokokk kistasini qobig‘iga zarar yetkazmasdan butunligicha olib tashlash hisoblanadi. Ushbu operatsiyani kista oyoqchasida osilib turgan bo‘lsa yoki jigarning qirg‘og‘ida joylashgan bo‘lsa amalga oshirish mumkin. Ideal exinokokketomiya operatsiyalarning eng optimal usuli hisoblanadi. Chunki kista xitin qobig‘ini zararlamasdan olib tashlash qorin bo‘shlig‘ini exinokokk bilan urug‘lanishi xavfini oldini oladi. Olingan exinokokk kista bilan birgalikda jigar rezeksiyasi, o‘zining radikalliligiga qaramasdan, o‘lim soni yuqori bo‘lishi bilan kam qo‘llaniladi.

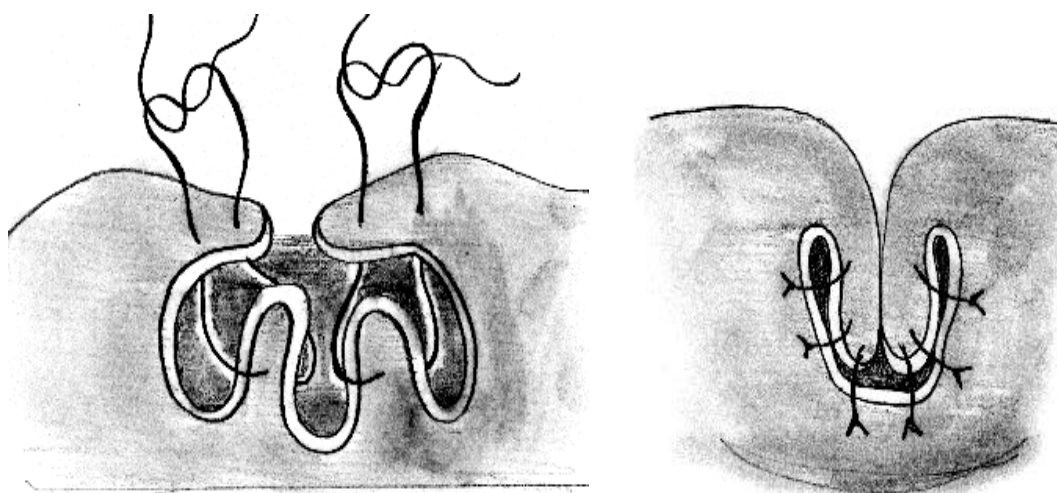
Exinokokkektomiyadan keyin jigardagi qolgan bo‘shliqni bartaraf etish lozim. Qoldiq bo‘shliqni bartaraf etishi, fibroz kapsulasining devoriga ketgutli

kiset chok qo'yish bilan erishiladi ushbu uslub jigardagi va o't yo'llaridagi ko'p tomirlarni zararlab qo'yishi mumkinligi sababli xavfli usul hisoblanadi. Shuning maqsadida ko'plab usullar taklif etilgan, ulardan eng tarqalgani Delbet bo'yicha bartaraf qiluvchi choklar. Katta charvi ishlatgan yoki ishlatmagan holda invaginatsion choklar qo'yish (30-rasm).



30-rasm. Jigar exinokokkektomiyasidan so'ng qoldiq bo'shliqni Delbet usulida bartaraf qilish.

Xavfsizroq va samaradorroq usul bo'lib invaginatsiya hisoblanadi. Bunda jigar bo'shlig'iga fibroz kapsula qirg'oqlari buklanadi va bir nechta qator qilib tashqaridan ichkariga fibroz kapsulani bo'sh qismlarini tikib qo'yiladi. Bu Gilevich usuli deyiladi (31-rasm). Kapitonaj - bo'shliq tubidan boshlab fibroz kapsulaning ichki yuzasiga yo'g'on ketgut bilan cho'ktirish hamda qavatmaqavat choklarni galma-gal qo'yishdir.

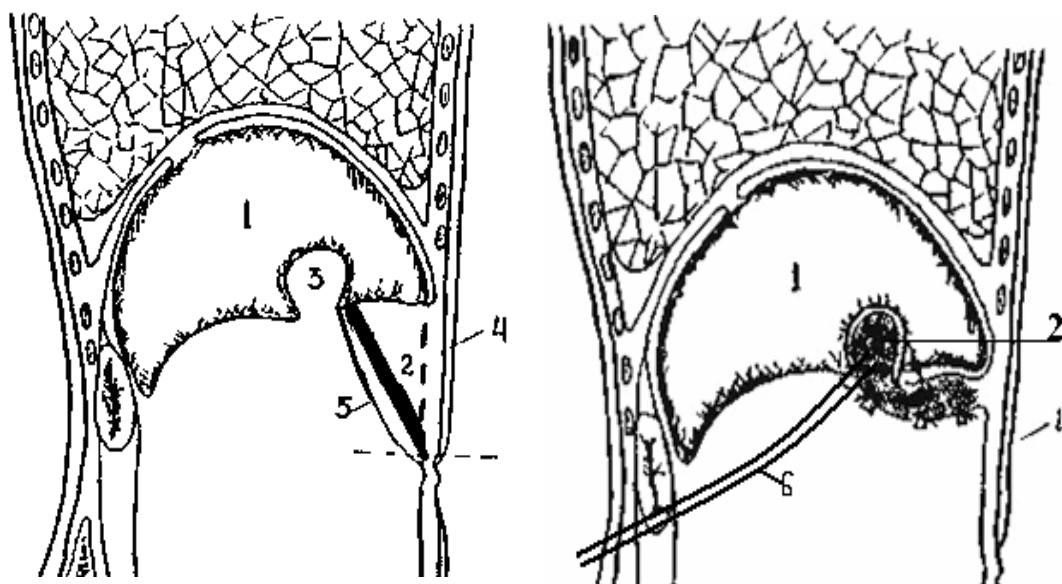


31-rasm. Jigar exinokokkektomiyasidan so'ng qoldiq bo'shliqni Gilevich usulida bartaraf qilish.

Qoldiq bo'shliqni jigar yumaloq bog'lami bilan tamponada qilish.

Qaytalangan jigar exinokokklarini operatsiya yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashga yo'naltirilgan keyingi bosqichda tashrixni soddalashtiruvchi, qoldiq bo'shliqni yo'qotish usuli ishlab chiqildi (O'zbekiston Respublikasi Intellektual mulk agentligining 2011 yildagi ixtiro uchun IAP 04368-sonli patenti). Ushbu usul jigar yaqinidagi II va V segmentlarda jigar ichi qon-tomirlar, o't-qop yo'li shikastlanishi ehtimoli sabab qoldiq bo'shliq kapitonaji xavfli bo'lganda, kalsifikatsiyalangan fibroz kapsula va katta charvi yetishmasligida qo'llaniladi.

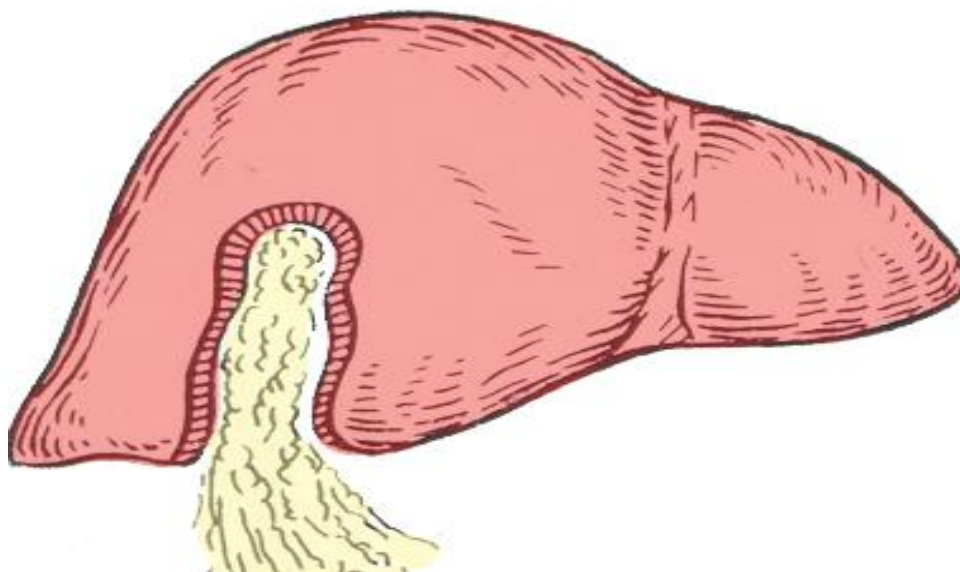
Qo'llanmaning mohiyati shundaki, kindikdan to xanjarsimon o'simtagacha (12-14 sm. uzunlikda va 2-5 sm. kenglikda) parietal qorin pardasi kindik vena tomiri bog'lanib jigarning yumaloq bog'lami mobilizatsiya qilinadi. Bo'shliqdagi kistaning pastki qismiga drenaj naychasi kiritiladi va jigarni yumaloq bog'lami bilan qoldiq bo'shliqqa tampon qilinadi. Bog'larning distal uchi esa fibroz kapsulaning chetiga ipak iplar yordamida bog'lami bilan bir qatorda tikiladi (32-rasm).



32-rasm. Jigardan exinokokkektomiyadan so'ng qoldiq bo'shliqning jigar yumaloq bog'lami bilan tamponada qilish.

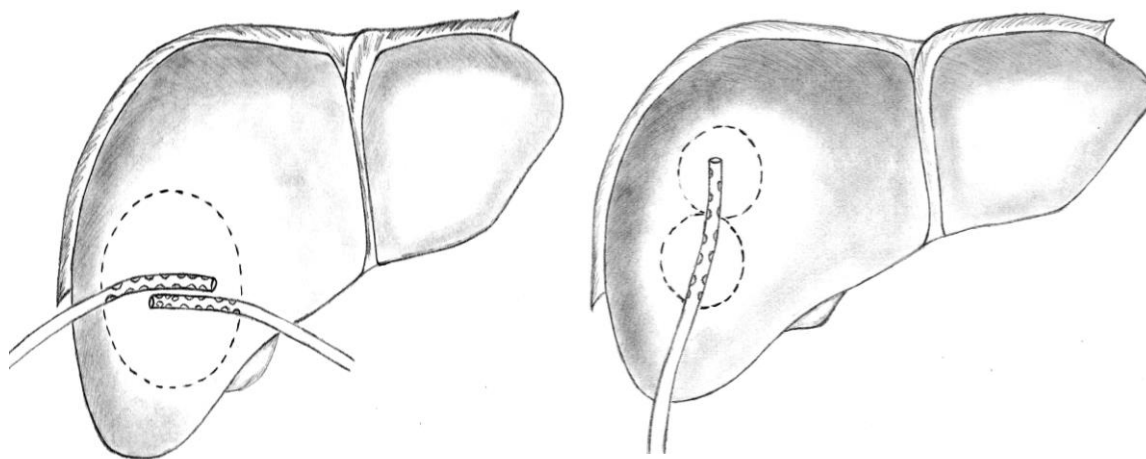
1 – jigar; 2 – jigar yumaloq bog'lami; 3 – qoldiq bo'shliq; 4 – qorin oldi devori;
5 – qorinparda; 6 – qoldiq bo'shliqqa o'rnatilgan drenaj naycha.

Qoldiq bo'shliqning oziqlantiruvchi oyoqchada katta charvi bilan taponada qilish usuli. Qoldiq bo'shliqni bartaraf etilishdagi katta charvi bilan tamponada qilish quyidagicha: Exinokokk kistasining tarkibiy qismi uning qobiqlari olib tashlangandan so'ng fibroz kapsulaning ichki yuzasi 2 foizli formalinni glitserinli eritmasi bilan ishlov berilib, spirt va efir bilan yaxshilab quritiladi. Katta charvini yaxshi oziqlantiruvchi oyoqchada yetarlicha qismi bo'shliqqa kiritilib qoldiq bo'shliqni fibroz kapsulasi qirg'oqlariga tikib fiksatsiya qilinadi. Charvining sezilarli darajadagi reparativ xususiyati qolgan bo'shliqni tez oblitiratsiya bo'lishiga yordam beradi (33-rasm).



33-rasm. Qoldiq bo'shliqni katta charvi bilan tamponada qilish.

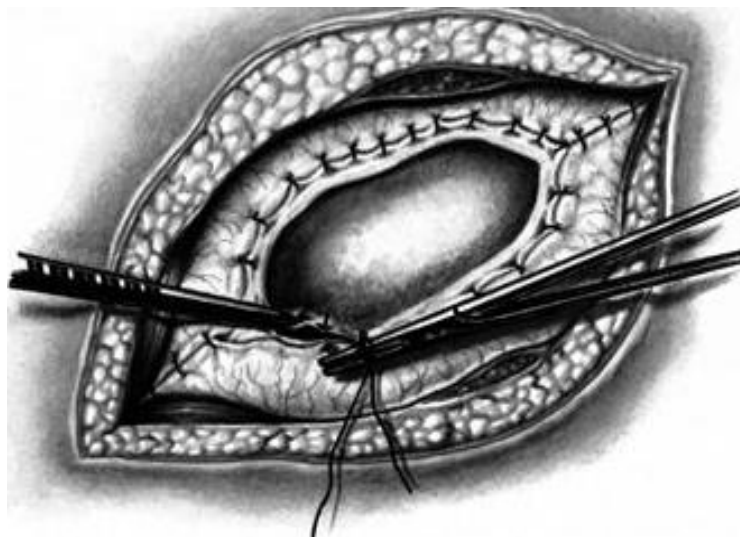
Qoldiq bo'shliqni drenajlash odatda exinokokk kistalarning yiringlashida, parazit nobut bo'lib, kutikulyar va fibroz qobiqlarda yallig'lanishga xos o'zgarishlar kuzatilganda, katta kistalarda qo'llaniladi. Taklif etilgan usul qoldiq bo'shliqni tashrixdan keyingi o'ziga xos asratlar chastotasini pasaytirishga va qoldiq bo'shliqni uzoq vaqt yopilishi ehtimolini qisqartirishga imkon beradi (34-rasm).



34-rasm. Qoldiq bo'shliqqa "oqar tizimi" usulida drenaj naycha o'rnatish.

Qoldiq bo'shliqni drenajlashdan maqsad operatsiyadan keyingi davrda uzoq muddat davomida qoldiq bo'shliqni "oqar tizm" usulida antiseptik (dekosan, diaksedin, furatsilin) moddalar bilan yuvib turish hamda individual sezuvchi antibiotiklarni yuborish imkonini beradi. Bo'shliqdan ajralma tushmasdan qolgandan so'ng nazorat UTT o'tkaziladi va drenaj naycha tortilib, keyinchalik olib tashlanadi.

Marsupializatsiya operatsiyasi. Bunda fibroz kapsulasining bo'sh chetlari qorin devori jarohatiga tikib qo'yiladi va granulyatsiya tubidan hosil bo'lishi uchun bo'shliq dokali salfetkalar bilan tamponada qilinadi (35-rasm).



35-rasm. Jigar exnokokkektomiyasida marsupializatsiya operatsiyasi.

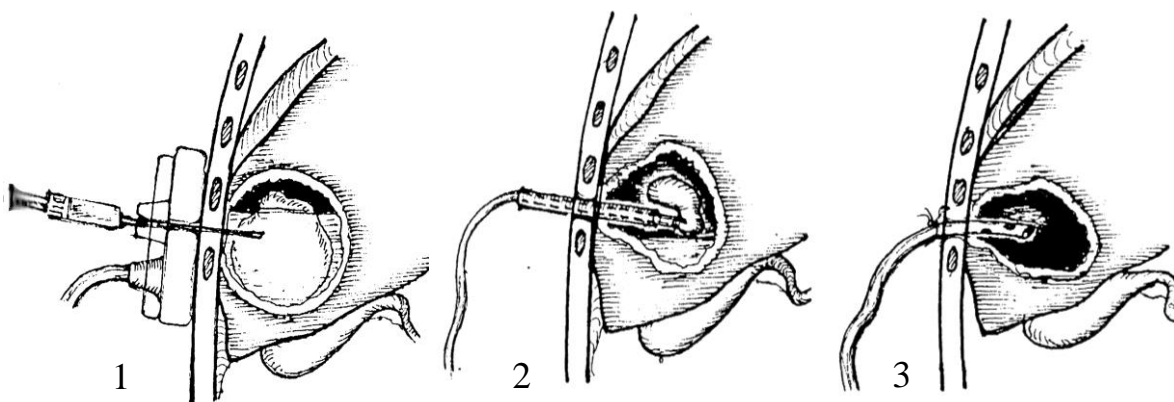
Minimal invazyali davolash usuli. Bu exinokokk kistalarini UTT, KT va laporaskopiya nazorati ostida teri orqali punksiyon drenaj usulidir. *Minimal invazyali usullarga ko'rsatmalar:*

1. Asoratlanmagan kista
2. Kista o'lchami – 6 sm.
3. Kistaning joylanishi 2-3-4-5 va 6 jigar segmentida bo'lsa

Minimal invazyali usullarga qarshi ko'rsatma:

1. Katta va gigant o'lchamdagi kistalar
2. Ularni jigar parenximasi ichida joylashishi
3. Residiv exinokokkoz
4. Kistalarni diafragma ostida joylashish

Punksiya mahalliy og'riqsizlantirish yo'li bilan UTT nazorati ostida o'tkaziladi. Exinokokk kistasini UTT nazorati ostida o'tkaziladigan punksiyon - drenaj davolash usuli quyidagicha amalga oshiriladi: UTT apparati yordamida drenaj naychani (piktelni) o'rnatish maqsadida instrumentni kiritish uchun optimal traektoriyasi aniqlanadi, ushbu traektoriya jigar parenximasining eng qalin joyidan o'tib instrumentni pleural sinus va jigarning qon-tomir shohlarini zararlamaslik imkonini berishi kerak (36-rasm).



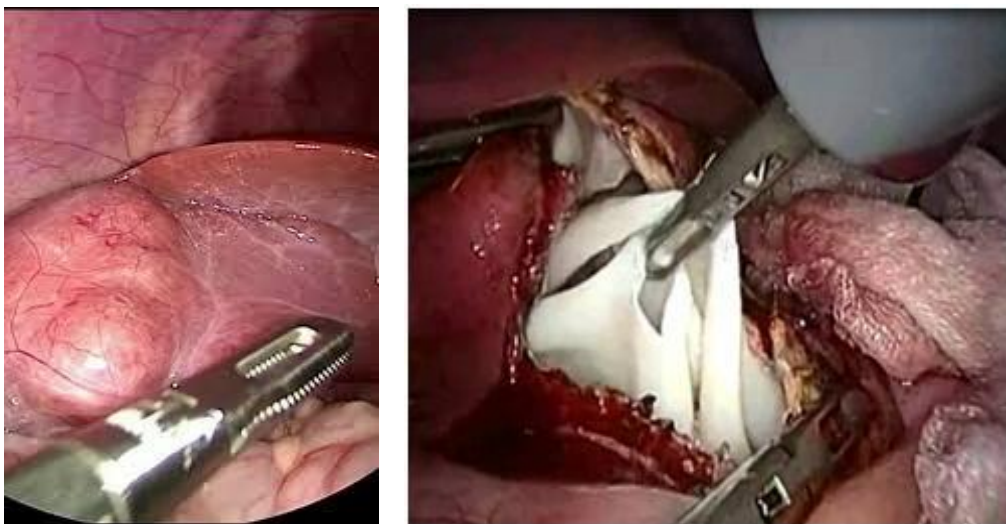
36-rasm. Jigar exinokokk kistasini punksiyon drenajlash usuli.

1 – kistani punksiya qilish; 2 – bo'shliqqa drenaj naycha o'rnatish;

3 – drenaj naychani fiksatsiya qilish.

Exinokokk kistaga yo‘l uzluksiz UTT nazorati ostida igna katetorni kiritish orqali amalga oshiriladi, kista bo‘shlig‘iga tushganidan so‘ng mandren stilet bilan olib tashlanib drenajning uchi kista bo‘shlig‘iga fiksatsiya qilinadi, so‘ngra gidatid suyuqlikning o‘rnatilgan drenaj orqali aspiratsiya qilinadi. Bo‘shliqqa drenaj naycha o‘rnatilgandan so‘ng bir necha bor 70 foizgacha isitilgan furatsillin eritmasi bilan drenajdan toza suv chiqmaguncha yuviladi. Kista bo‘shlig‘iga sig‘qan suyuqlik hajmiga qarab germitsid eritmalar yuboriladi: 80 foizli glitserin suvli aralshmasi, 2 foizli formalin va 5 foizli yod.

Laparoskopik usulda jigar exinokokkozini bartarf qilish. Laparoskopiya usuli bemorlarni operatsiyadan keyin tez rehabilitatsiya bo‘lishi, statsionar davoning qisqa muddatliliigi va operatsiyadan keyingi asoratlarning kam uchrashi tufayli jarrohlarni o‘ziga jalb qiladi (37-rasm).



37-rasm. Laparoskopik usulda jigardan exinokokkektomiya.

Laparoskopik operatsiyalar yaxshi sifatli jigar hosilalari, birlamchi va metastatik o‘smalarda bajariladi.

Laparoskopiyaga ko‘rsatmalar:

1. Kistani aniqlash.
2. Agar qoldiq bo‘shliq 3 sm. gacha bo‘lishi ehtimoli bo‘lsa.
3. Keng abdominizatsiya yoki charvi yordamida tamponada imkoni bo‘lsa.
4. Yiringlash belgilarining yo‘qligi.

Mutaxassislarning laporaskopik usulda exinokokkektomiya qilishga ko'rsatmalarini aniqlashda ko'p bahs va munozaralariga qaramasdan, ushbu usulni qo'llash muhimligi belgilandi. Shunday qilib asosiy ko'rsatkich omil exinokokkning joylashuvi, uning o'lchamlari, katta kista ichida qiz pufakchalarning borligi hisoblanadi. Endovideotexnika yordamida xirurgik aralashuv faqatgina ko'rish imkoni bo'lsagina o'tkaziladi. Ushbu davolash usuli parazitar kista jigar parexmasi ichida joylashgan bo'lsa, o'tkazilmaydi.

Alveokokkozni davolash. Alveokokkoz bilan kasallangan odam o'lim xavfiga uchraydi. Jigarda parazit tugunini o'sishining o'ziga xosligi, atrofdagi to'qimalarni infiltratlanish xususiyati, jigarning boshqa qismlari yoki qo'shni organlarga hosilaning o'sib ketishi, o'pkalarga va bosh miyaga metastazlar berishi, shuningdek, hayot uchun xavfli asoratlarni berishi, yomon sifatli o'sma insonga olib keladigan asoratlarni ushbu kasallik bilan taqqoslash imkonini beradi.

Alveokokkozda hamma operatsiyalar 2 ta katta guruhga bo'linadi - radikal va palliativ operatsiyalar.

Radikal operatsiyaga bitta - jigar rezeksiyasi kiradi. Radikal operatsiyalarda dostup jigarning chap bo'lagi yoki chap bo'laging kesimini egallovchi parazitar tugunlarning o'lchami va joylashuviga bog'liq. O'rta laparotomiya maqsadga yaqinroq. Ko'p hollarda, ayniqsa, yosh sub'ektlarda to'sh o'rtasigacha kesiladi. Dostup yetarlicha bo'lmagan bo'lsa, qovurg'a oraliq bo'ylab ko'ndalang kesim bo'lib qoladi, lekin operatsiyadan keyingi davrning kechishi bir muncha qiyin bo'ladi.

Parazitar o'sma odatda bitta anatomik qismni egallab, qo'shni segment va bo'laklarga o'sib ketishi hisobiga tipik rezeksiyalarni deyarli kam bajarishadi, ko'pincha ular ekskoxleatsiya bilan uyg'unlashadi. Alveokokkozda tipik rezeksiya texnikasi boshqa kasallikdagi rezeksiyalardan kam farq qiladi.

Ekskoxleatsiya ko'pincha jigarning anatomik qismini olib tashlashga asos bo'lmaganda qo'llaniladi. Agar u jigar darvozasi va segment hamda bo'laklarning magistral qon-tomiridan uzoqroqda joylashgan bo'lsa tugunning

ajralishi qiyinchilik tug'dirmaydi. Ekskokleatsiya to'g'ri o'tkazilganda xuddi jigar rezeksiyasi kabi radikal hisoblanadi, lekin bajarish jarayonida ayrim qoidalarga amal qilishni talab qiladi. Qon-tomirlar parazitar tugunning chegarasidan 2-3 sm. qoldirib kesilishi va albatta bog'lab qo'yilishi kerak. Chunki parazitar tugun boshqa joydagilarga nisbatan tomirlar adentitsiyasida bir muncha tez o'sadi.

Palliativ operatsiyalar.

1. Jigarning palliativ rezeksiyasi.
2. Marsupializatsiya operatsiyalari - parazitar bo'shliqlarning drenajlash.
3. Parazitni bo'laklash operatsiyalari - keyinchalik marsupializatsiyasi bilan.
4. O't suyuqligini o'tkazuvchi operatsiyalar.
5. Yiringli va o'tli oqmalarning ichakka ko'chirish.
6. Yemirilgan bo'shliqlarni tana bo'shliqlariga yorilishida o'tkaziladigan operatsiyalar.
7. O't - bronxial oqmalarida o'tkaziladigan operatsiyalar.

Palliativ operatsiyalarni amalga oshirishdagi prinsiplar quyidagicha: texnik jihatdan sodda va bemor uchun kam xatarli bo'lishi kerak. Parazitar to'qimani maksimal olib tashlashga intilish kerak. Palliativ operatsiyaning muvaffaqiyati parazitar to'qimada qolgan parazitar tugunning qismlari uchun noqulay sharoit tug'dirishi tabiiy. Busiz o'tkazilgan operatsiya o'z ma'nosini yo'qotadi.

Klinik amaliyotga krioxirurgik operatsiyalarni kirib kelishi, ushbu bemorlarni davolashning yangi qirralarini ochib berdi. Krioxirurgik texnikaning qo'llanilishi bemorlarni davolanish ko'rsatkichlarini ko'tardi. Ayniqsa, u bilan jigarning palliativ yoki radikal rezeksiyasi amalga oshirilganda davolanish samarasi yanada yuqori bo'ladi. Ushbu operatsiyalarning uzoq vaqtdan keyingi natijalari ijobiy.

Opistorxoz bilan sklerozlanuvchi xolangitda - operatsiya doirasiga quyidagilarni kiritish tavsiya etiladi:

- 1) xolesistektomiya o't yo'llarining tashqi drenajlash bilan;

- 2) xolesistektomiya gepatikoxoledoxo-yeyunoanastomoz bilan;
- 3) gepatikoxoledox ekstirpatsiyasi xolangioeyunoanastomoz bilan.

Askaridozni xirurgik davolash. Operatsiyaga asosiy ko'rsatmalar: a) endoskopik davolashni samarasizligi; b) intragepatik o't yo'llarida askaridalarning joylashishi.

Xirurgik davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi: xolesistektomiya (ochiq, laparoskopik), o't yo'llarini reviziyasi, tosh va askaridalarni o't yo'llaridan olib tashlash kiradi. Vaziyatga qarab, xoledoxni T-simon naycha bilan tashqi drenajlash yoki xoledoxoentero(duodeno)stomiya bajariladi.

GLOSSARIY

Alveokokkoz - asosan jigarni zararlovchi lentasimon *Echinococcus multilocularis* gelminti oqibatida yuzaga chiquvchi og'ir surunkali kasallikdir

Axoliya - o't yo'llarining obturatsiyasi sababli ichak bo'shlig'iga safroning passajini to'liq buzilishi bilan kechuvchi sindromidir.

Biliar gipertenziya-o't yo'llaridagi qoldiq bosimning oshishi.

Distal blok-terminal xoledox yoki katta o'n ikki barmoqli ichak so'rg'ichi (KDS) darajasida to'siq mavjudligi tufayli o't chiqishi buzilishi.

Disxoliya - bu safroning litogenlik hususiyatga ega bo'lish sindromidir

Dubin-Jonson sindromi - bilirubindiglyukuronidni jigar hujayralari membranasi orqali safro kapillyarlariga chiqarishda ishtirok etuvchi fermentlarning nuqsoni tufayli yuzaga keladi

Jilber sindromi - enzimopatik sariqlik guruhida eng ko'p tarqalgan tug'ma kasallik bo'lib, u oilaviy autosom dominant tarzda uzatiladi va UDF-glyukuroniltransferazani qisman yetishmovchiligi bilan bog'liq ravishda surunkali konyugatsiyalanmagan giperbilirubinemiya rivojlanishi bilan tavsiflanadi

Obturatsion sariqlik – jigardan oshqozon ichak yo'llariga safro oqimining buzilishi oqibatida poliorgan yetishmovchilik rivojlanishi bilan kechuvchi gomeostaz buzilishi sindromiga aytiladi

Proksimal blok-jigarsimon kanalchalar sathida va jigarsimon so'rg'ichning boshlang'ich bo'limida to'siq borligi tufayli o't suyuqligining chiqib ketishi buzilishi.

Reynolds pentadasi - o'ng qovurg'a ostida og'riq, junjikishli isitma, sariqlik, shok belgilari va xushni yo'qotish bilan kechuvchi o'tkir xolangitga xos klinik belgi.

Rotor sindromi (kon'yugatsiyalangan giperbilirubinemiya) -klinik jihatdan Dubin-Jonson sindromiga o'xshash, ammo jigar hujayralarida patologik pigmentning to'planishi kuzatilmaydi. Rotor sindromi yaxshi sifatli kechadi va autosom-retsessiv tarzda nasldan-naslga o'tadi

Sargʻayish – teri, shilliq qavatlar va koʻz sklerasining sargʻayishi bilan namoyon boʻluvchi klinik simptom hisoblanadi.

Sariqlik - deb qon zardobida, hamda organizmning boshqa suyuqlik va toʻqimalarida bilirubinni ortiqcha toʻplanishi hisobiga teri qoplamalarini, shilliq qavatlarni va sklerani sariq tusga kirishi bilan xarakterlanuvchi sindromga aytiladi.

Oʻtkir jigar yetishmovchiligi – jigar disfunktsiyasi natijasida boshqa aʼzolar funksiyalari yetishmovchiligiga olib keluvchi holat

Oʻtkir pankreatit-meʼda osti bezining oʻtkir yalligʻlanishi.

Oʻtkir xolangit-umumiy oʻt yoʻlining infeksiyasi yoki yalligʻlanishi.

Oʻtkir xolesistit-oʻt pufagining oʻtkir yalligʻlanishi.

Xoledoxolitiaz-jigar va umumiy oʻt yoʻllarida toshlarning mavjudligi, shuningdek, ular keltirib chiqaradigan simptomlar va asoratlar.

Sharko triadasi - oʻng qovurgʻa ostida ogʻriq, junjikishli isitma va sariqlik bilan kechuvchi oʻtkir xolangitga xos klinik belgi.

Exinokokkoz - odam va hayvonlarda tasmasimon Echinococcus granulosus ning organizmga tushib qurtlik (larval) bosqichining vujudga kelishi va rivojlanishi natijasida yuzaga keladigan surunkali parazitlar kasalligidir

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YHATI

1. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Скурлатов М.С. Повторные операции при альвеококкозе. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011; № 16:(3): 110-115.
2. Бекбауов С.А., Глебов К.Г., Котовский А.Е., Солдатов Е.А. Роль назобилиарного дренирования в лечении печеночной недостаточности у больных механической желтухой. *Эндоск. хирургия*. 2013;4: 27-31.
3. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей/ Д. И. Трухан, И. А. Викторова, Е.А. Лялюкова. - СПб. : СпецЛит, 2011. - 127 с.
4. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. Под редакцией В.Т. Ивашкина. М: «М-Вести»; 2002. 416 с.
5. Борсуков А.В., Мамошин А.В. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы. Практическое руководство для последипломной профессиональной подготовки врачей: М.: ИД «Медпрактика-М»; 2007.
6. Вишневский В.А., Степанова Ю.А., Чжао А.В., Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш. Резекции печени: классификация, факторы риска билиарных осложнений и их прогнозирование. *Re-health journal*. – 2020. Выпуск 2,3. – С. 118-129.
7. Вишневский В.А., Степанова Ю.А., Чжао А.В., Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш. Билиарные осложнения после резекции печени: этиопатогенез, степени тяжести, диагностика и лечение. *Re-health journal*. – 2020. Выпуск 2,3. – С. 134-147.
8. Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи. *Анналы хир гепатол* 2012; 2: 26-34.
9. Гальперин Э.И. Момунова О. Н. Классификация тяжести механической желтухи. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2014;1: 5-9.
10. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. - М.: Видар. - 2006. - 559 с.
11. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь: М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.176 с.
12. Данилов М.В., Зурабиани В.Г., Карпова Н.Б. Осложнения минимально инвазивной хирургии. Хирургическое лечение осложнений минимально инвазивных вмешательств на желчных путях и поджелудочной железе. Руководство для врачей: “Бином”; 2015.

13. Дифференциальная диагностика желтухи: Учебное пособие. / Е.Ю. Эбзеева, И.В. Виноградова; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2019. – 51 с.
14. Долгушин Б.И., Патютко Ю.И., Нечипай А.М., и др. Профилактика и лечение осложнений чрескожных чреспеченочных холангиостомий в онкологической практике. М.: Издательская группа ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; 2006. 31 с.
15. Ермолов А.С., Чжао А.В., Чугунов А.О. История развития хирургии печени // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – №3. – С. 8-15.
16. Зайцев И.С. Показания к повторным операциям при альвеококкозе печени. Сибирский медицинский журнал 2013; 8:55-61.
17. Земляной В.П., Дарвин В.В., Филенко Б.П., Сингаевский А.Б. и др. Паразитарные заболевания органов брюшной полости. В кн. «Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание». Москва: 2016. - С. 834-852.
18. Карелов А.Е., Пышная И.В., Митрохина М.В. и др. Эффективность ремаксола у онкологических пациентов с послеоперационной дисфункцией печени. Экспер. и клин. фармакол. 2013; 7: 19-23.
19. Клинический протокол диагностики и лечения «Механическая желтуха». Республика Казахстан, 2016. 35 с.
20. Кононенко С. Н, Лимончиков С. В. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности миниинвазивных технологий, направленных на ее ликвидацию. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2011; 9: 4-10.
21. Кулезнева Ю. М., Израилов Р. Е., Мусаев Г. Х. и др. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии: М: ГЭОТАР; 2016. 192 с.
22. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей: М.: ГЭОТАР-МЕД; 2001. 264 с.
23. Майстренко Н.А. Стукалов В. В. Холедохолитиаз: СПб: ЭЛБИ-СПб; 2000. 288 с.
24. Минимальноинвазивные технологии в хирургическом лечении больных с острым холециститом: учебное пособие / Ю.В. Баринов, Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, С.С. Лебедев, Г.Г. Мелконян; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. – 92 с.

25. Мумладзе Р.Б., Эминов М.З., Лебедев С.С. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с механической желтухой неопухолевого генеза. *Анналы хирургии.* - 2005; 1: 41-45.
26. Nazirov F.G., Ibadov R.A., Babadjanov A.X., Abdullajonov B.R. *Biliar etiologiyali o'tkir pankreatit / Monografiya.* Т.: - 2020 у. – 185 б.
27. Нечитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. и др. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков: К.: Здоровья, 2005. 424 с.
28. Нишонов Ф.Н., Усмонов У.Д., Отакузиев А.З., Степанова Ю.А., Вишневский В.А., Ботиралиев А.Ш., Абдулхаева Б.Х. Сочетанное поражение печени: эхинококкоз и аспергиллез. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2021; 14: 1: 10-18.
29. *Операции на печени. Руководство для хирургов:* М.: МИКЛОШ; 2003. 155 с.
30. Отакузиев А.З., Усмонов У.Д., Мадвалиев Б.Б., Комолов Н.Г. Особенности хирургического лечения эхинококкоза печени трудной локализации. *Re-health journal.* №2 (14), 2022. – С. 211-214.
31. Паразитарные механические желтухи: Цхай В.Ф. Бражникова Н.А. Альперович Б.И. и др. 2013; 230 с.
32. Пархисенко Ю.А., Воронцов А.К., Калашник Р.С., Безалтынних А.А. История развития хирургической анатомии органов гепатопанкреатобилиарной зоны // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии.* 2016, Т. 15, № 4, - С. 172-181.
33. Пархисенко Ю.А., Воронцов А.К., Шестаков А.Л., Воронцов К.Е., Климашевич А.В., Эттингер А.П., Безалтынних А.А., Сергеев А.В. История развития хирургической гепатологии. *Доказательная гастроэнтерология.* 2020;9(2):74-84.
34. Резолюция Пленума Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Новые хирургические технологии в лечении распространенного альвеококкоза печени». Новосибирск, 20-21 апреля 2017.
35. Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Кузнецов А.И., Прядко А.С., Филин А.А., Алиев А.К., Жеребцов Е.С. Механическая желтуха опухолевого генеза: обоснование выбора метода декомпрессии желчевыводящих протоков. *Анналы хирургической гепатологии.* 2020; 25 (2): 124-136.
36. Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Кузнецов А.И., Прядко А.С., Филин А.А., Алиев А.К., Жеребцов Е.С. Механическая желтуха опухолевого генеза: обоснование выбора метода декомпрессии

желчевыводящих протоков. *Анналы хирургической гепатологии*. 2020; 25 (2): 124-136.

37. Руководство по хирургии желчных путей: 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. М: Видар М; 2009. 568 с.

38. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. Под ред. А.Е.Борисова: В 2-х т., Т.1: СПб.: Скифия; 2003. 488 с.

39. Совцов С.А. Безопасная холецистэктомия. – Учебное пособие. – Челябинск, - 2018, - 40 с.

40. Степанова Ю.А., Борсуков А.В., Панченков Д.Н. Чрескожные вмешательства на органах гепатопанкреатобилиарной зоны и селезенке под контролем ультразвука. *Диагностическая интервенционная радиология* 2009; №3: (1): 55-77.

41. Сысолятин А.А., Гребенюк В.В. Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический калькулезный холецистит: учебное пособие. – Благовещенск: АГМА, 2011. – 116 с.

42. Усмонов У.Д., Нишонов Ф.Н. Механическая желтуха неопухолевого генеза. / Монография. – Т.: Издательско-полиграфический дом «DAVR PRESS», 2020. – 140 с.

43. Усмонов У.Д., Солижонов З.Б. Эволюция способов холецистэктомии. *Экономика и социум*. №6(85) ч.2 2021, – С. 393-413.

44. Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Ахаладзе Г.Г., Бебуришвили А.Г., Буланов А.Ю., Быков М.И., Виршке Э.Г., Габриэль С.А., Гранов Д.А., Дарвин В.В., Долгушин Б.И., Дюжева Т.Г., Ефанов М.Г., Коробко В.Л., Королев М.П., Кулабухов В.В., Майстренко Н.А., Мелехина О.В., Недолужко И.Ю., Охотников О.И., Погребняков В.Ю., Поликарпов А.А., Прудков М.И., Ратников В.А., Солодинина Е.Н., Степанова Ю.А., Субботин В.В., Федоров Е.Д., Шабунин А.В., Шаповальянц С.Г., Шулутко А.М., Шишин К.В., Цвиркун В.Н., Чжао А.В., Кулезнева Ю.В. Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2020; 6: 5-17. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20200615>.

45. Хирургия эхинококкоза: Ю.Л.Шевченко, Ф.Г.Назыров. М.: «Династия»; 2016. 288 с.

46. Хороненко В.Э., Донскова Ю.С., Баскаков Д.С. и др. Профилактика печеночной недостаточности при обширных резекциях печени. *Анестезиол. и реаниматол* 2014; 4: 33-38.

47. Чжао А.В., Усмонов У.Д., Ботиралиев А.Ш. Множественный двухсторонний эхинококкоз печени. *Экономика и социум*. №5(96) 2022, - С.1092-1101.

48. Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д. и др. Эндоскопическое лечение послеоперационных рубцовых стриктур желчевыводящих путей (20-летний опыт). *Анналы хирургической гепатологии*. 2011; №16 (2): 10-17.
49. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи. *Анналы хирургич. гепатологии* 2008; №13(4):96-107.
50. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М. и др. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой. *Анналы хирургической гепатологии*. - 2011; 3: 9-15.
51. Яковлев А.Ю., Зайцев Р.Р., Семенов В.Б. и др. Лекарственная коррекция желчеоттока у больных со злокачественными новообразованиями желчевыводящих путей. *Анналы хирургической гепатологии*. - 2014; 3:81-85.
52. .O‘t yo‘llari xirurgik kasalliklari [Matn]: o‘quv qo‘llanma / B.Z. Hamdamov, S.S. Davlatov, A.F. Zayniyev, K.E. Raxmanov, O‘t yo‘llari xirurgik kasalliklari. - Buxoro: “Sadridin Salim Buxoriy”, 2022.- 214 b.
53. Admassie D., Yesus A., Denke A. Validity of ultrasonography in diagnosing obstructive jaundice. *East Afr Med J* 2005;82:379–381.
54. Aine Keating, Obstructive jaundice induced by biliary ascariasis. *BMJ Case Reports*; 2012, 68-72.
55. Amott D., Webb.A, Tulloh B.. Prospective comparison of routine and selective operative cholangiography. *ANZ J Surg* 2005;75:378-382.
56. Askew J., Connor S.. Review of the investigation and surgical management of resectable ampullary adenocarcinoma 2013;№15(11):829-838.
57. Attasaranya S., Fogel E.L., Lehman G.A. Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis. *Med Clin North Am* 2008; №92 (4):925-960.
58. Baitello A.L., Colleoni N. R., Herani F. B. et al. Prevalencia e fatores associadosa bacteremia nos portadores de colecistite aguda litiasica. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50: 373-379.
59. Bingener J., Schwesinger W.H. Management of common bile duct stones in a rural area of the United States: results of a survey. *Surg Endosc* 2006; №20(4): 577-579.
60. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment. *World J Surg* 2001; №25 (10):1241–1244.
61. Buddingh K.T. The Critical View of Safety and Routine Intraoperative Cholangiography Complement Each Other as Safety Measures During Cholecystectomy. *J. Gastrointest. Surg* 2011; №15(6):1069-1070.

62. Buddingh K.T. The Critical View of Safety and Routine Intraoperative Cholangiography Complement Each Other as Safety Measures During Cholecystectomy. *J. Gastrointest. Surg* 2011; №15(6):1069-1070.
63. Center S.A. Diseases of the gallbladder and biliary tree. *Vet Clin North Am Small Anim Pract* 2009; №39 (3): 543-598.
64. Choo L., Mishra G., Conway J. et al. Prospective single blinded study of endoscopic ultrasound prior to endoscopic retrograde cholangiopancreatography for patients for a positive intraoperative cholangiogram. *Gastrointest Endosc* 2012; № 75 (4): AB203.
65. Dumonceau J-M., Pierre H., Deprez P, Jenssen Ch. et al..Indications, results and clinical impact of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2017; №49(7): 695-714.
66. Endoscopic versus surgical treatment of ampullary adenomas: a systematic review and meta-analysis. *Clinics (Sao Paulo)* 2016; №71(1):28-35.
67. Ford J.A., Soop M., Du J., Loveday B.P., Rodgers M. Systematic review of intraoperative cholangiography in cholecystectomy. *Br J Surg* 2012;№ 99(2):160–167.
68. Gallstone disease: diagnosis and management. NICE Clinical guideline [CG188]; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg188/chapter/1-recommendations/>
69. Garcea G. Preoperative biliary drainage for distal obstruction: the case against revisited. *Pancreas* 2010; №39 (2): 119–126.
70. Garewal D., Powell S., Milan S.J. et al. Sedative techniques for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (6): CD007274.
71. Goda K., Kikuchi D., Yamamoto Y. et al. Endoscopic diagnosis of superficial non-ampullary duodenal epithelial tumors in Japan: Multicenter case series. *Dig Endosc* 2014; №26 (2):23-29.
72. Gomi H., Takada T., Hwang T.L. et al. Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2017; 24:310–318.
73. Guidance for the use of propofol sedation for adult patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and other complex upper GI procedures. On behalf of the Joint Royal College of Anaesthetists and British Society of Gastroenterology Working Party. 2011.
74. Gurusamy K.S., Giljaca V., Takwoingi Y. et al. Ultrasound versus liver function tests for diagnosis of common bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(2): CD011548.

75. Gurusamy K.S., Koti R., Davidson B.R. T-tube drainage versus primary closure after laparoscopic common bile duct exploration. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(6): CD005641.

76. Hekimoglu K., Ustundag Y., Dusak A. et al. MRCP vs. ERCP in the evaluation of biliary pathologies: review of current literature. *J Dig Dis* 2008;9:162-169.

77. Higuchi R., Takada T., Steven M., Strasberg S.V. et al. TG13 miscellaneous etiology of cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2013; 20:97–105.

78. Itoi T., Moon J.H., Waxman I. Current status of direct peroral cholangioscopy. *Digestive Endoscopy*. 2011; № 154–157.

79. Jovanović P., Salkić N.N., Zerem E. et al. Biochemical and ultrasound parameters may help predict the need for therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients with a firm clinical and biochemical suspicion for choledocholithiasis. *Eur J Intern Med*. 2011;22: 110–114.

80. Kenny R., Richardson J., McGlone E.R, et al. Laparoscopic common bile duct exploration versus pre or post-operative ERCP for common bile duct stones in patients undergoing cholecystectomy: is there any difference? *Int J Surg* 2014; 12: 989–993.

81. Kim T.U., Kim S., Lee J.W. et al. Ampulla of Vater: comprehensive anatomy, MR imaging of pathologic conditions, and correlation with endoscopy. *Eur J Radiol* 2008;66:48-64.

82. Kint J.F., van den Bergh J.E., van Gelder R.E. et al. Percutaneous treatment of common bile duct stones: results and complications in 110 consecutive patients. *Dig Surg*. 2015;№32:(6): 9–15.

83. Kogure H., Tsujino T., Yamamoto K. et al. Fever-based antibiotic therapy for acute cholangitis following successful endoscopic biliary drainage. *J Gastroenterol* 2011; 46:1411–1417.

84. Kohut M., Nowakowska-Duława E., Marek T. et al. Accuracy of linear endoscopic ultrasonography in the evaluation of patients with suspected common bile duct stones. *Endoscopy*. 2002; 34:299–303.

85. Lee C-C., Chang I.J., Lai Y-C., Chen S-Y., Chen S-C. Epidemiology and prognostic determinants of patients with bacteremic cholecystitis or cholangitis. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:563–269.

86. Loozen C.S., Kortram K., Kornmann V.N. et al. Randomized clinical trial of extended versus single-dose perioperative antibiotic prophylaxis for acute calculous cholecystitis. *Br J Surg*. 2017; 104: 151–157.

87. Martin D.J., Vernon D.R., Toouli J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (2):CD003327.
88. Mayumi T., Okamoto K., Takada T. et al. Tokyo Guidelines 2018: Management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2018; 25:96–100.
89. Mazeh H., Mizrahi I., Dior U. et al. Role of antibiotic therapy in mild acute calculus cholecystitis: a prospective randomized controlled trial. *World J Surg* 2012; 36:1750–1759.
90. Mazuski J.E., Tessier J.M., May A.K. et al. The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection. *Surgical infections*. 2017; 18:1–76.
91. Melzer M., Toner R., Lacey S., Bettany E., Rait G. Biliary tract infection and bacteremia: presentation, structural abnormalities, causative organisms and clinical outcomes. *Postgrad Med J*. 2007;83: 773–776.
92. Mendonça E.Q., Bernardo W.M., Moura E.G. et al. Endoscopic versus surgical treatment of ampullary adenomas: a systematic review and meta-analysis. *Clinics (Sao Paulo)* 2016; 71(1):28-35.
93. Nathan T., Kjeldsen J., Schaffalitzky de Muckadell O.B. Prediction of therapy in primary endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy*. 2004;36:527–534.
94. Ney M.V., Maluf-Filho F., Sakai P. et al. Echo-endoscopy versus endoscopic retrograde cholangiography for the diagnosis of choledocholithiasis: the influence of the size of the stone and diameter of the common bile duct. *Arq Gastroenterol*. 2005;42: 239–243.
95. Omar J. S. et al. Biliary Ascariasis: A Review. *World Journal Surgery*. 2006; 30: 1500–1506.
96. Ozcan N., Kahriman G., Mavili E. Percutaneous transhepatic removal of bile duct stones: results of 261 patients. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2012;35:890–897.
97. Park H.S., Lee J.M., Choi J.Y. et al. Preoperative evaluation of bile duct cancer: MRI combined with MR cholangiopancreatography versus MDCT with direct cholangiography. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190: 396-405.
98. Park T.Y., Choi J.S., Song T.J. et al. Early oral antibiotic switch compared with conventional intravenous antibiotic therapy for acute cholangitis with bacteremia. *Dig Dis Sci* 2014; 59:2790–2796.
99. Pershina A.G., Ivanov V.V., Efimova L.V. et al. Magnetic resonance imaging and spectroscopy for differential assessment of liver abnormalities induced by *Opisthorchis felinus* in an animal model. *PLoS neglected tropical*

diseases. Publisher: Public Library of Science (San Francisco, US). 2017; 11(7):e0005778

100. Ragulin-Coyne E., Witkowski E.R., Chau Z. et al. Is routine intraoperative cholangiogram necessary in the twenty-first century? A national view. *J Gastrointest Surg.* 2013; № 17(3):434–442.

101. Raymondos K., Panning B., Bachem I. et al. Evaluation of endoscopic retrograde cholangiopancreatography under conscious sedation and general anesthesia. *Endoscopy.* 2002; 34:721–726.

102. Regimbeau J.M., Fuks D., Pautrat K. et al. Effect of postoperative antibiotic administration on postoperative infection following cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014;312:145–154.

103. Rhodes A., Evans L.E., Alhazzani W. et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* 2017;43: 304–377.

104. Rickes S., Treiber G., Mönkemüller K. et al. Impact of the operator's experience on value of high-resolution transabdominal ultrasound in the diagnosis of choledocholithiasis: a prospective comparison using endoscopic retrograde cholangiography as the gold standard. *Scand J Gastroenterol.* 2006; 41: 838–834.

105. Salvador V., Lozada M., Consunji R. Microbiology and antibiotic susceptibility of organisms in bile cultures from patients with and without cholangitis at an Asian. Academic Medical Center. *Surg Infect.* 2011;12: 105–111.

106. Saxena R., Pradeep R., Chander J. et al... Benign disease of the common bile duct. *Brit. J. Surg.* 1988; 75: 803–806.

107. Scroggie D.L., Jones C. Fluorescent imaging of the biliary tract during laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg Innov Res* 2014; 8: 5-12.

108. Sheffield K.M., Han Y., Kuo Y.F. et al. Variation in the Use of Intraoperative Cholangiography during Cholecystectomy. *J. Am. Coll. Surg* 2012;№ 214(4): 668-679.

109. Shojaiefard A., Esmaeilzadeh M., Ghafouri A., Mehrabi A. Various techniques for the surgical treatment of common bile duct stones: a meta review. *Gastroenterol Res Pract.* 2009; 840208.

110. Soto J.A., Alvarez O., Munera F. et al. Diagnosing bile duct stones: comparison of unenhanced helical CT, oral contrast-enhanced CT cholangiography and MR cholangiography. *AJR Am J Roentgenol.* 2000; 175:1127–1134.

111. Tanaka A., Takada T., Kawarada Y. et al. Antimicrobial therapy for acute cholangitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007;14:59–67.
112. Tasneem L., Corey A.C., Max P.R. et al. ACR Appropriateness Criteria Jaundice. *JACR* 2013; №10: (6): 402–409.
113. Taylor A., Stapley S., Hamilton W. Jaundice in primary care: a cohort study of adults—aged more 45 years using electronic medical records. *Fam Pract* 2012; 29: 416-420.
114. Tazuma S. Gallstone disease: epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006; №20 (6):1075–1083.
115. Testoni P.A., Mariani A., Aabakken L. et al. Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2016; 48:657–683.
116. van Lent A.U., Bartelsman J.F., Tytgat G.N., Speelman P., Prins J.M. Duration of antibiotic therapy for cholangitis after successful endoscopic drainage of the biliary tract. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:518–522.
117. Videhult P., Sandblom G., Rasmussen I.C. How reliable is intraoperative cholangiography as a method for detecting common bile duct stones?: a prospective population-based study on 1171 patients. *Surg Endosc* 2009; 23:304–312.
118. Williams E J, Green J, Beckingham I. et al. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut* 2008;57;1004-1021.
119. Williams E., Beckingham I. Sayed G. Et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). 2017; № 66 (5):765-782.
120. Williams E.J., Taylor S., Fairclough P. et al. Are we meeting the standards set for endoscopy? Results of a large-scale prospective survey of endoscopic retrograde cholangio-pancreatograph practice. *Gut* 2007;56: 821–829.
121. Zhang H.W., Chen Y.J., Wu C.H. et al. Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure for management of choledocholithiasis: a retrospective analysis and comparison with conventional T-tube drainage. *Am Surg* 2014; 80:178–181.

MUNDARIJA

SHARTLI QISQARTMALAR.....	3
KIRISH.....	4
1-BOB. GEPATOPANKRETOBILIAR SOHA A’ZOLARINING XIRURGIK ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI.....	6
1.1. Jigar xirurgik anatomiyasining rivojlanish tarixi.....	6
1.2. Jigar xirurgik anatomiyasi va fiziologiyasi.....	11
1.3. O‘t yo‘llari xirurgik anatomiyasining rivojlanish tarixi.....	19
1.4. Jigar ichi va jigardan tashqari o‘t yo‘llari xirurgik anatomiyasi.	22
1.5. O‘t pufagi anatomiyasi va fiziologiyasi.....	24
1.6. Oshqozon osti bezining xirurgik anatomiyasining rivojlanish tarixi.....	33
1.7. Oshqozon osti bezi xirurgik anatomiyasi va fiziologiyasi.....	35
2-BOB. SARIQLIK SINDROMI.....	39
2.1. GEMOLITIK SARIQLIK.....	39
2.2. PARENXIMATOZ SARIQLIK.....	41
3-BOB. OBTURATSION SARIQLIK.....	50
3.1. Epidemiologiyasi.....	50
3.2. Obturatsion sariqlik etiologiyasi.....	51
3.3. Obturatsion sariqlikning patogenezi.....	70
3.4. Obturatsion sariqlikning sinflanishi.....	72
4-BOB. OBTURATSION SARIQLIK KLINIKASI VA DIAGNOSTIKASI.....	75
4.1. Obturatsion sariqlik klinikasi.....	75
4.2. Obturatsion sariqlik diagnostikasi.....	79
5-Bob. OBTURATSION SARIQLIKNI DAVOLASH.....	98
5.1. Obturatsion sariqlikni konservativ davolash tamoyillari.....	98
5.2. Obturatsion sariqlikni xirurgik davolash usullari.....	101
Glossariy.....	132
Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yhati.....	134
Mundarija	144



**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

GUVOHNOMA



ANDIJON – 2023

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi,
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "2" dekabrdagi
"01/08/643-T"—sonli buyrug'iga asosan

U.D.Usmonov

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

**Davolash ishi - 5510100, Kasb ta'limi (davolash ishi) -
5111000**

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

Obturatsion sariqlik

nomli o'quv qo'llanmasi

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga
O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.

Rektor  M.M.Madazimov
(imzo)



Ro'yxatga olish
raqami:
100332



O'QUV QO'LLANMA

U.D.USMONOV

“OBTURATSION SARIQLIK”

**Muharrir: Maxmudov A.
Korrektor va dizayn: Maxmudov T.**

Tasdiqnoma № X-25171, 300325805, 15.06.2023.
Bosishga 2023 yil “02-dekabr” ruxsat berildi.
Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Shartli bosma tabog'i 7.67., 148 sahifa, Adadi 100 dona, Buyurtma №10

“KAFOLAT TAFAKKUR” nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.
Manzil: Andijon viloyati, Andijon tumani, Oq Yor QFY, Sh.Umarov 78 uy.
Telefon: +99897 580-64-54
e-mail: kafolattafakkur@gmail.com

