

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КЕНЖАЕВ ЛАЗИЗ РАЗЗАКОВИЧ

**ЖИГАР ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ ФОНИДА КЕЧУВЧИ МЕХАНИК
САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ
ЯХШИЛАШ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)
Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Кенжаев Лазиз Раззакович

Жигар диффуз касалликлари фонида кечувчи механик сарикликни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш 3

Кенжаев Лазиз Раззакович

Улучшение результатов хирургического лечения желчекаменной болезни с механической желтухой на фоне диффузного заболевания печени 23

Kenjaev Laziz Razzakovich

Improving the results of surgical treatment of cholelithiasis with obstructive jaundice on the background of diffuse liver disease 43

Эълон қилинган нашрлар рўйхати

Список опубликованных работ

Lists of published works 47

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КЕНЖАЕВ ЛАЗИЗ РАЗЗАКОВИЧ

**ЖИГАР ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ ФОНИДА КЕЧУВЧИ МЕХАНИК
САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ
ЯХШИЛАШ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2021.1.PhD/Tib1753 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифанинг (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziyounet.uz)

Илмий раҳбар	Ўроқов Шухрат Тўхтаевич тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар	Лигай Руслан Ефимович тиббиёт фанлари доктори
	Хақимов Мурод Шавкатович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот	А.В. Вишневский номидаги миллий тиббий илмий текшириш хирургия маркази. (Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри. А. Навоий шоҳ кўчаси, 1- уй. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhme@mail.ru.)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ куни тарқатилди.

(2022 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.Ш. Иноятов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.Н. Ачилова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

Н.А. Нуралиев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунё миқёсида жигарнинг сурункали диффуз касалликлари орасида жигар циррози кўрсаткичининг сезиларли ўсиш даражаси ва ўлим ҳолати юқори бўлгани сабабли ҳозирги вақтда ҳам тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига қараганда, ҳар йили жигар циррозидан 300 минг нафарга яқин бемор вафот этади. «...Ҳозирги вақтда бутун дунёдагидек, Марказий Осиё давлатлари учун ҳам сезиларли даражада тарқалаётган вирусли гепатитлар ҳудудий касаллик ҳисобланади...»¹. Жигарнинг сурункали диффуз касалликларидан жигар циррози, ўзининг учраши, асоратлари ва ўлим кўрсаткичи билан алоҳида ўрин тутаяди. 2010 йилларнинг бошида жигар циррози билан касалланган беморлар 1-11% ни ташкил этган бўлса, ушбу касаллик учун ўртача 46 ёшдан бошлаб кузатилиб, касаллик учун яшаш даври 3-6 йилни ташкил қилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига қараганда, энг кўп ўлим ҳолатига сабаб бўлаётган касалликлар бўйича жигар циррози 8 - ўринда туради.

Жаҳонда охириги ўн йилликда олимлар томонидан жигарнинг диффуз касалликлари учраши, клиник кечиши, айниқса уларнинг қорин бўшлиғи аъзолари бошқа касалликлари билан бирга келган ҳолатларда кечишининг ўзига хослиги, даволаш усуллари ва жарроҳлик ёндашувлар борасида кўп илмий тадқиқот ишлари олиб борилди. Адабиётларда жигар циррозининг бир қанча хирургик касалликлар билан учраши, клиник кечиши, диагноз қўйиш ва даволаш ҳамда ушбу ҳолатларда жарроҳлик ёндашувлари тўғрисида илмий ишлар олиб борилган. Яъни, адабиётларда жигар циррози билан ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, ўткир ва сурункали холецистит, эхинококк касаллиги, қорин девори чурралари, ўткир панкреатит, ўткир ичак тутилиши ҳақида бир қанча маълумотлар бор. Лекин биз изланган адабиётларда ўт тоши касаллиги, аниқроғи, холедохолитиаз ва унинг асорати бўлган механик сариқликнинг жигар циррози билан бирга келган ҳолатлардаги диагностика ва даволаш усуллари ҳақида аниқ маълумотлар учрамади. Албатта, механик сариқликнинг сабабларидан бири бўлган ўт тош касаллигининг жигар циррози билан чамбарчас алоқаси мавжудлиги ва уларнинг қайсидир бири бирламчи ёки иккиламчи бўлиши мумкин. Маълумки, жигар циррози билан касалланган беморларда холедохолитиаз 28-32% гача учрайди.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббиёт тизимини жаҳон стандартлари талабларига мослаштириш ва жигар циррози ва механик сариқлик касалликларининг олдини олиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ПФ-5590-сон Фармонида «...мамлакатда тиббий ёрдам самарадорлигини, сифатини ва универсаллигини ошириш,

¹Ураков Ш.Т., Абидов У.О. Синдром механической желтухи. Бухара, 2020. - С. 12-15.

шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини яратиш, диагностика ва даволашнинг юқори технологик усулларни жорий этиш...»² таъкидлаб ўтилган. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Сўнгги 20 йил давомида статистик маълумотларга кўра, кардиохирургиянинг жадал ривожланиши, кардиофармацевтиканинг эришган ютуқлари, юрак қон-томир системаси касалликларининг келиб чиқиш сабабларига анчагина ойдинлик киритилиши, ушбу соҳадаги кузатиладиган асоратлар, шу жумладан, ўлим ҳолатини сезиларли даражада пасайишига олиб келди. Унинг ўрнига эса овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари ва асоратлари олдинги ўринга чиқмоқда. Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари ичида жигарнинг ва ўт йўллари касалликлари учраш даражаси бўйича олдинги ўринларни эгаллайди (Каримов Ш.И. ва ҳаммуал., 2015). Маълумки, жигар циррози кўп тизимли касаллик бўлиб, аксарият ҳолатларда организмдаги мавжуд бўлган сурункали касалликларни кўзгатиб, асоратга сабабчи бўлса, айрим ҳолларда эса тўғридан тўғри патологик жараённи кўзгатади (Ўроқов Ш.Т., Эшонов О.Ш., 2019).

Ҳозирги замон тиббиётининг долзарб муаммоларидан бири жигар сурункали диффуз касалликларининг аҳоли орасида кўпайиб бориши ҳамда ушбу касалликнинг қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа қўшимча касалликлари билан биргаликда келган ҳолатлардаги диагноз қўйиш ва даволаш борасида бирор бир аниқ фикрнинг йўқлигидир.

Жигар сурункали диффуз касалликлари (сурункали гепатитнинг оғир даражалари, жигар фибрози, алькоголли гепатит ва ҳ.к.) мавжуд бўлган беморларда хирургик аралашувлар кўпгина ҳолатларда манфий натижа билан тугайди. Айниқса, жигар циррози бўлган беморларда операциядан кейинги давр ўткир жигар буйрак етишмовчилиги, энцефалопатия, қизилўнгач ва ошқозон веналарининг варикоз кенгайишидан қон кетиши ва асцит сепсис натижасида оғир кечиб, аянчли асоратларга, ҳаттоки ўлимга олиб келиши мумкин (Юджин Р. Шифф ва ҳаммуал., 2012).

Адабиётларда ЖЦ билан касалланган беморларда бажарилган жигарни қисман кесиш операциясидан кейинги асорат 50-60% учраса, соғлом жигарни кесиш операциясидан кейинги асоратлар 20-30% ни ташкил қилади (Цыганков В.Н. ва ҳаммуал., 2015)

² Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

Шунинг учун ҳам қорин бўшлиғи аъзоларининг қўшимча касалликлари жигарнинг сурункали диффуз касалликлари билан бирга келганда, айниқса, жигар функционал ҳолатининг бузилган вазиятларда операциядан олдинги даврда камровли патогенетик даво ва, шунингдек, операциядан кейинги даво усулини мақсадли такомиллаштириш, ушбу оғир тоифадаги беморларни даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаб, мазкур муаммонинг аниқ ечимини ҳал қилиши мумкин.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилаётган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (02.2021 PhD 124) «Бухоро худуди иссиқ иқлими шароитида организмнинг патология олди ва патологик ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш» (2017-2021 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: ўт тош касаллиги сабабли юзага келган механик сариқликнинг жигар диффуз касалликлари фонида келган ҳолатларда хирургик даво натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўт тош касаллиги натижасидаги механик сариқликнинг жигар диффуз касалликлари билан бирга учраш кўрсаткичларини аниқлаш;

ўт тош касаллиги сабабли механик сариқликнинг жигар диффуз касалликлари фонида клиник кечиши ва ултратовуш сонография текширувининг ўзига хослигини ўрганиш;

ўт тош касаллиги сабабли механик сариқликнинг жигар диффуз касалликлари билан келган беморларда анъанавий даво усулларини клиник самарадорлигини, ҳамда кониқарсиз натижаларнинг сабабларини аниқлаш;

ўт тош касаллиги сабабли механик сариқликнинг жигар диффуз касалликлари қўшилиб келган беморларда даво усулларини такомиллаштириш;

ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик жигар диффуз касалликлари билан бирга келган беморларда қўлланган усулларнинг самарадорлигини баҳолаш орқали диагностик-даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2016-2020 йиллар давомида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилиш хирургия бўлимида жигар диффуз касалликлари фонида кечган ўт тоши касаллиги сабабли механик сариқлик ташхиси билан даволанган 76 нафар беморда олиб борилган изланиш натижалари олинган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб жигар диффуз касалликлари фонида кечган ўт тоши касаллиги сабабли механик сариқлик билан бирга келган ҳолатда беморларни текшириш, консерватив, миниинвазив ва оператив даво усулларини қўллаш натижалари таҳлили келтирилган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш учун қуйидаги текшириш усуллардан: клиник, клиник – лаборатор, инструментал (УТС, эластометрия, ЭФГДС, ЭПСТ, ЭРПХГ, МРПХГ) дан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

Ўт тош касаллиги натижасидаги механик сариқликни жигар сурункали диффуз касалликлари билан бирга учраш кўрсаткичи, беморнинг ёши ва жинси ва кесимида аниқланган;

механик сариқликни жигар сурункали диффуз касалликлари билан бирга келган беморларнинг клиник кечиши, ултратовуш сонография текшируви маълумотларининг жигар тўқимасидаги фиброз даражасига боғлиқлиги аниқланган.

Ўт тош касаллиги сабабли механик сариқликнинг жигар диффуз касалликлари билан бирга келган беморларда, жигар етшмовчилиги даражаларидан келиб чиққан ҳолда даво тактикаси танланган;

механик сариқликнинг жигар диффуз касалликлари билан бирга келган беморларда анъанавий ташхислаш даво натижасидаги аниқланган асоратлар ҳисобга олиниб такомиллаштирилган диагностик ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

механик сариқлик ва жигар сурункали диффуз касалликлари кечишининг, клиник ва лаборатор таҳлил натижаларининг ўзига хослиги, беморларни ташхислашда ва ҳар бир беморга индивидуал ёндашиш, консерватив ва жарроҳлик усуллари орқали даволаш натижаларининг самарадорлиги аниқланган;

илмий тадқиқот натижасида ушбу тоифа беморларни даволашда асорат ҳамда ўлим ҳолатини камайтирувчи натижаларга эришилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот объектлари сони етарлилиги, клиник, инструментал (ултратовуш сонография, эластометрия, ЭФГДС, ЭРПХГ, МРПХГ), статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар натижалари билан таққосланганлиги ҳамда хулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Механик сариқлик ва жигар сурункали диффуз касалликлари билан оғриган беморларда учраш кўрсаткичи, уларнинг клиник кечиши, самарали даволаш тактикаси, асосий ва ҳамроҳ касалликларнинг ривожига таъсир кўрсатувчи прогностик факторлар ўрганилди. Механик сариқликнинг жигар сурункали диффуз касалликлари билан бирга оғриган беморларда комплекс текширувлар ва даволаш режаси ишлаб чиқилди. Бунга кўра, механик сариқликнинг бартараф килинишига қаратилган даво усуллари, жигар циррозининг активлигини пасайтиришга олиб келиб, бемор аҳволини енгиллаштиради, қўлланилган даво чоралари касаллик клиник кечишини ҳам енгиллаштириши билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти механик сариқликни жигар диффуз касалликлари билан бирга оғриган беморларда комплекс текширувлар

ва даволаш режаси ишлаб чиқишга доир билимларни бойитишга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Жигар диффуз касалликлари фонида кечувчи механик сариқликни хирургик даволаш натижаларини такомиллаштириш орқали асоратланишларнинг олдини олишдаги натижаларни яхшилаш бўйича олинган илмий хулосалар асосида:

жигар диффуз касалликлари фонида кечувчи механик сариқликни хирургик даволаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Механик сариқликнинг жигар циррози билан бирга келган беморларда ташхислаш алгоритми» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 10 сентябрдаги 8н-м/766-сон маълумотнома). Мазкур услубий тавсиянома жигар циррози билан бирга келган механик сариқликни туғри ташхис қўйиш орқали жигар циррози билан бирга келган механик сариқлик билан касалланган беморларни хирургик даволаш самарадорлиги ва сифатини оширишга имкон берган;

жигар циррози ва механик сариқлик биргаликда келган беморларни текшириш ва даволаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Бухоро, Вобкент, Гиждувон туман тиббиёт бирлашмалари, шунингдек, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий-амалий маркази Бухоро филиалининг амалий фаолиятига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 27 сентябрдаги 8н-з/303-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг клиник амалиётга жорий қилиниши, жигар циррози билан бирга келган механик сариқлик билан оғриган беморларни даволашда асоратланиш ҳолатининг олдини олиш ёки кескин камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 8 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан, 4 та халқаро ва 4 та Республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 19 та илмий иш нашр этилган. Шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг таркиби ва ҳажми. Диссертациянинг таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 114 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ҚИСМИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида «**Жигар циррозининг қорин бўшлиги аъзолари хирургик касалликлари билан бирга келган беморларни ташҳислаш ва даволашда замонавий қарашлар: адабиётлар шарҳи**» ушбу муаммонинг ҳозирги ҳолати, олдини олишнинг турли хил ёндашувлари, уларни маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг замонавий маълумотларига солиштирган ҳолда ёритилган. Адабиётлар таҳлили натижасида ушбу муаммо бўйича ҳал этилмаган вазифалар аниқланган.

Диссертациянинг иккинчи боби «**Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари**» жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК) фонида кечувчи механик сариклик (МС) билан оғриган беморларни шикоятлари, объектив кўрув, инструментал ва лаборатор текширув маълумотлари батафсил баён қилинган.

Илмий тадқиқот иши 2016-2020 йиллар давомида РШТЁИМ Бухоро филиалининг шошилиш хирургия бўлимларида ЖСДК ҳамда ўт-тош касаллиги сабабли МС ташҳиси билан даволанган 76 нафар беморда олиб борилган изланиш натижаларига асосланган.

Беморларни ёш бўйича тақсимлашда ЖССТ ҳудудий бюросида ўтказилган семинарда қабул қилинган таснифдан фойдаланилган (Киев, 1963). Ушбу таснифга асосан 14 ёшгача болалар, 15 дан 29 ёшгача ўсмир, 30-44 ёшлар, 45-59 ёш – ўрта ёш, 60-74 ёш – кексалик, 75-90 ёш – қарилик, 90 ёшдан катталар – узоқ умр кўрувчилар гуруҳига киритилади.

Олиб борилган тадқиқотларда, ўрганилган беморлар орасида ўсмирлар 2 (2,5%), ёшлар 11 (14,5%), ўрта ёшдагилар 17 (22,5%) ва кекса ёш 24 (31,5%) нафарни ташкил қилди. Қарилар 22 (29%) ва узоқ яшовчилар ичида эса аниқланмади (1-жадвал).

1-жадвал

Текширилган беморларни ташҳиси, ёши ва жинсига кўра тақсимланиши

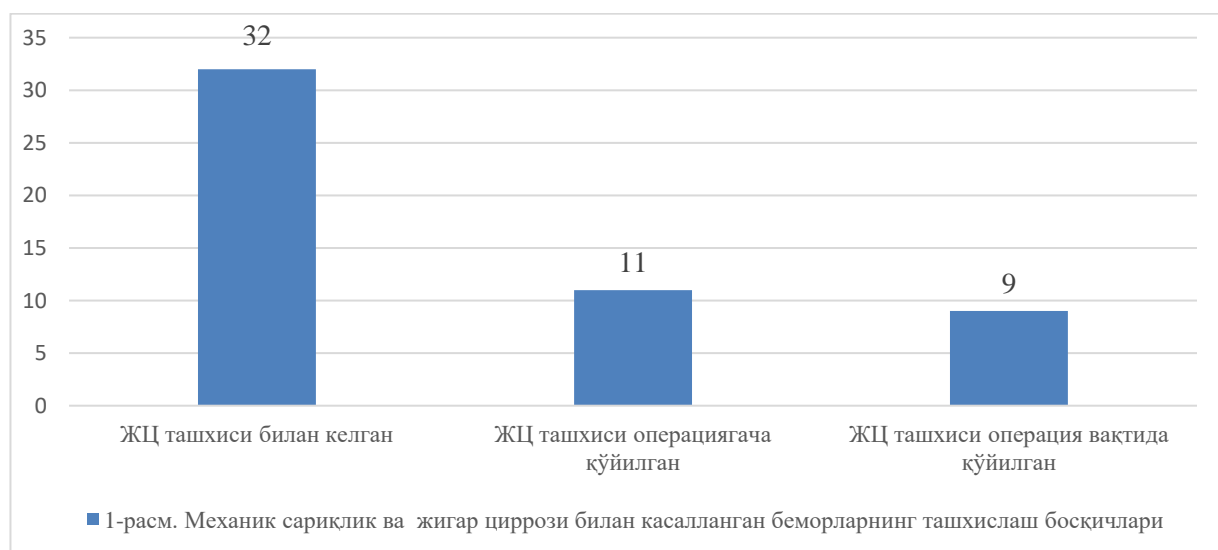
Ёш	1-гурух		2-гурух		Жами
	Э	А	Э	А	
15–29 (ўсмирлар)	1 (1,3%)	-	-	1 (1,3%)	2 (2,5%)
30–44 (ёшлар)	3 (4%)	2 (2,5%)	3 (4%)	3 (4%)	11 (14,5%)
45–59 (ўрта ёш)	6 (7,9%)	4 (5,2%)	4 (5,2%)	3 (4%)	17 (22,5%)
60–74 (кексалик)	9 (16,7%)	5 (6,6%)	5 (6,6%)	5 (6,6%)	24 (31,5%)
75–90 (қарилик)	8 (10,5%)	6 (7,9%)	6 (7,9%)	2 (9%)	22 (29%)
Жами	27 (35,5%)	17 (22,4%)	18 (23,7%)	14 (18,4%)	76 (100%)
	44		32		76

Иккала гуруҳда ҳам эркактар сони кўпроқ бўлиб, барча текширилган беморларнинг 59%ни ташкил этган.

Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1-гуруҳга МС ЖСДК билан биргаликда келган ва клиникада анъанавий равишда ташхислаш ҳамда даво усуллари билан даволанган 44 нафар бемор бўлса, 2- асосий гуруҳни айнан таъкидланган ташхис яъни ЖСДК МС билан касалланган ва такомиллаштирилган даво усуллари билан даволанган 32 нафар бемор ташкил қилди.

76 бемордан 52 (68,5%) кишида жигар тўқимасида циррозли трансформация –жигар циррози(ЖЦ)нинг турли босқичлари аниқланган. 24 (31,6%) беморда эса ЖСДК яъни сурункали гепатит (фиброз даражалари) аниқланган.

Беморлардан 32 (42%) кишида ЖСДК клиникага келгунга қадар аниқланиб, ушбу касаллик сабабли даво муолажаларини қабул қилиб юрган. 20 (26%) беморда ЖЦ касалхонага ётқизилгач текширишлар натижасида аниқланган. (1-расм).

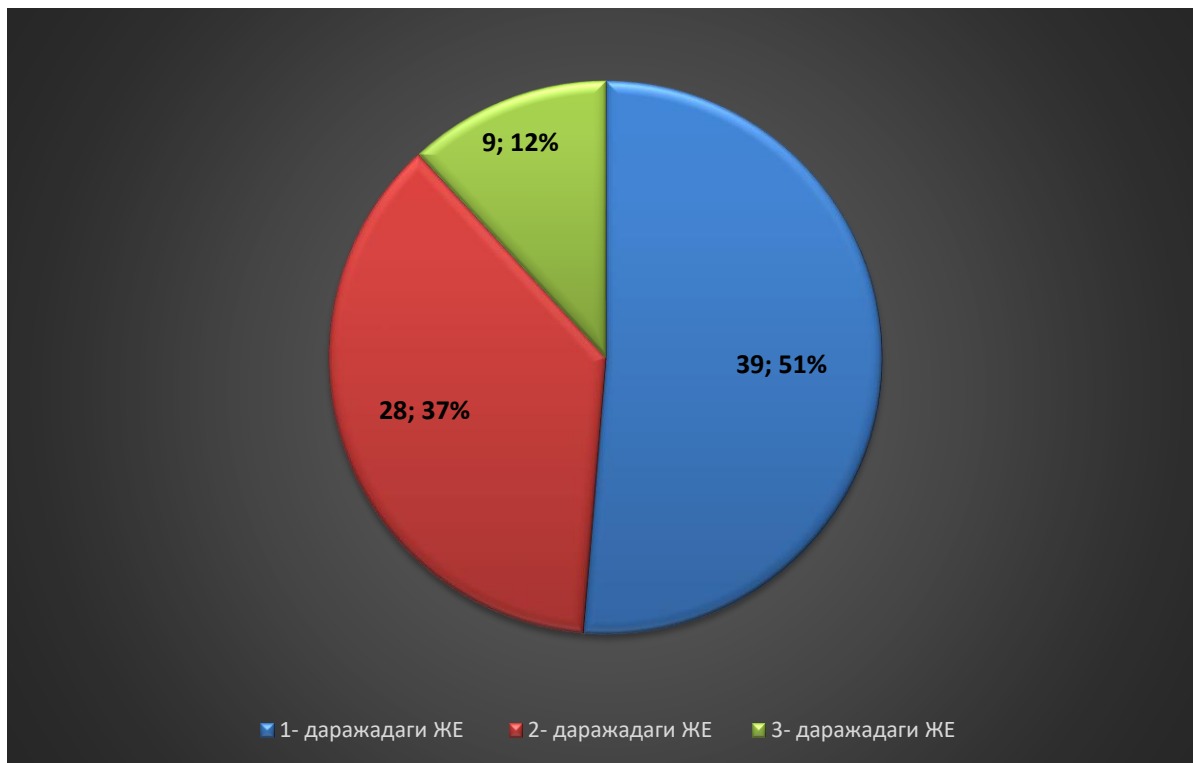


МС ва ЖСДК билан келган (1- гуруҳ) беморларга ЖСДК ташхиси 28 (63,6%) кишида касалхонага келгунга қадар қўйилган. Келган беморлардан 9 (20,4 %) кишига ЖСДК ташхиси касалхонага келгандан кейин текшириш давомида қўйилган. Шу тоифа беморлардан 7 (16%) да эса ЖЦ ташхиси фақатгина операция вақтида қўйилган.

Шунингдек МС да юзага келадиган жигар етишмовчилиги (ЖЕ) касалликнинг барча босқичларида патологик жараёни ривожлантириб касалликни натижасига муҳим роль ўйнайди.

МС жигар етишмовчилиги ташхиси кенг қамровли клиник, лаборатор-биохимиявий ва бирқанча ускунавий усуллар ёрдамида қўйилиб ушбу муаммо охиригача ҳал қилинган деб ҳисоблаш қийин. Касалликнинг клиник кўриниш белгилари ичида муҳим ўрин тутадигани сарикликнинг яққоллиги, давомийлиги билан асаб тизимидаги руҳий ўзгаришларнинг даражасидир.

Барча текширилган беморлар Галперин Э.И. классификацияга мос ЖЕ даражаларига бўлиб ўрганилди. Беморларнинг умумий аҳволи ва юқоридаги омиллар ҳисобга олиниб 1-даражадаги ЖЕ 39 (51%) бемор, 2-даражадаги ЖЕ 28 (37%) бемор ва 3- даражадаги ЖЕ эса 9 (12%) бемор таллуқли деб баҳоланди. (2-расм).



2-расм. Беморларда аниқланган ЖЕ натижалари

Ушбу ЖЕ даражаларига бўлинган беморлар яна 1-назорат ва 2-асосий гуруҳлар кесимида ўрганилди. 1- назарат гуруҳидаги беморлардан 22 (50%) киши 1-даража, 15 (34%) кишида 2–даража, 7 (16%) беморда 3-даража ЖЕ аниқланди. 2-асосий гуруҳдан 17 (53%) бемор 1-даража, 13 (41%) бемор 2-даража ва 2 (6%) беморда 3-даража ЖЕ аниқланди. (2-жадвал).

2-жадвал

**Гепатобилиар етишмовчиликнинг оғирлик даражасини
Гальперин Э.И. классификацияси бўйича баҳолаш**

ЖЕ даражалари	1–гуруҳ		2-гуруҳ		Жами	
	n=44	%	n=32	%	n=76	%
1- даража	22	50%	17	53%	39	51%
2- даража	15	34%	13	41%	28	37%
3- даража	7	16%	2	6%	9	12%
Жами	44	100%	32	100%	76	100%

Анамнез маълумотлари махсус ишлаб чиқилган бирламчи тематик карта асосида олиб борилди. Беморлар сўровдан ўтказилганда қуйидагилар ҳисобга олинди: шикоятлари, асосий ва қўшимча касаллик анамнези, этиологик омиллари, тери ва сариқлик даражаси, қорин соҳасидаги ўзгаришлар, иштаҳа, кўнгил айниши, ушбу симптомлар даврийлиги, юқоридаги белгиларни яқин қариндошларда кузатилганлиги, қабзият, спленомегалия, капут медуза.

Ультратовушли сонография. УТС орқали асосий эътибор икки нарсага, яъни, биринчи навбатда билиар тизим ва жигар паренхимасига эътибор берилди. Жигар ичи ва жигардан ташқи ўт йўллари структурасига, унинг ўлчамларига, кенглиги, ўт пуфаги ҳолати, унинг ўлчамлари ичидаги суюкликка алоҳида эътибор берилган.

УТС текширувида жигарнинг ички ва ташқи ўт йўллари ўлчамлари Колесников Л.Л. (2000) бўйича белгиланди: умумий ўт йўлининг диаметри 2-4 мм, жигар ўт йўллари диаметри 0,4-1,6 мм, ўт пуфаги йўли 1,5-3,2 мм.

Эндоскопия. Қизилўнгач ва ошқозон шиллик қават ҳолати ҳамда варикоз кенгайган веналарнинг даражаси қон кетиш хавфи Щерцингер А.Г. (1988) таснифи бўйича ўрганилди. ЭГДФС натижасида барча ЖЦ аниқланган 52 (68,4%) бемордан 38 (50%) нафарида ҚВВК борлиги аниқланди. Шундан 18 (23,7%) беморда ҚВВК I даражаси, 14 (18,4%) беморда II даража ва 6 (7,9%) беморда ҚВВК III даражаси қайд этилди. 5 (6,6%) кишида анамнездан ҚВВК сабабли қон кетганлиги аниқланди.

Ундан ташқари, эндоскопик текширувда ошқозон шиллик қавати ҳолати ва ярали ўзгаришларга алоҳида эътибор берилди. ЭГДФС ёрдамида 26 (34,3%) бемордаги ҚВВК ташқари 18 (23,7%) кишида (портал гастропатия) эрозив гастрит аломатлари ва 5 (6,6%) беморда ошқозоннинг пилорик қисми яраси, 3 (4%) кишида ЎИБИЯК қайд қилинди.

Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ) усули ўт йўллари дуоденал катта сўрғич йўли орқали контраст юбориш йўли билан ЭОП ускунаси остида кўриниш ҳосил қиладиган диагностик ва даволаш усули. 1-гурух беморларидан барчасида ЭРПХГ амалиёти ўтказилиб, 36 (81,8%) беморда мувофақиятли бажарилган, қолган 8 (18,2%) беморда (парапапиляр интерпапиляр, дивертикул, холедохни терминал қисми стенози ва бошқалар сабабли) тери жигар холангиостомияси (ТЖХС) амалиёти бажарилди. 2-гурух беморлардан барчасида ЭРПХГ амалиёти қўлланиб, 29 (90,6) беморда мувофақиятли бажарилган. Қолган 3 (9,4%) беморда юқоридаги сабаблар туфайли ТЖХС амалиёти қилинган.

Эластометрия. Эластометрия ноинвазив Фиброскан ускунаси (Франция) ёрдамида ўрганиладиган усул бўлиб, 5-10 дақиқада жигар тўқимасининг эластиклигини ҳисобга олган ҳолда фиброз даражасини (Метавир усулида) аниқлаб беради. Жигар тўқимаси зичлиги кило Паскалда (кПа) ифодаланади.

Эластометрия текширув натижаларига асосланиб жигар тўқимасининг қуйидаги (ҳолати) фиброз даражалари ифодаланади: F0-соғлом жигар, F1-F3 фиброз даражалари, F4-жигар циррози.

Асосий гуруҳдаги 32 беморнинг 29 (90,6%) ида жигар эластомеирия (ФСКН) текшируви бажарилди. Шундан 13 (40,6%) беморда F3-F4 аниқланиб, УТСда жигар ичи ўт йўллари кенгайиши аниқланмаганлиги сабабли беморларда 1-босқич сифатида ЭРПХГ+ЭПСТ+ЛЭ таклиф қилинди. Асосий гуруҳнинг қолган 16 (50%) беморда эластометрия текшириш натижасида F0-F2 гача борлиги аниқланди.

МРТ холангиопанкреатография (МРХПГ). МРХПГ усули магнит резонанс томография (МРТ) нинг алоҳида кўриниши бўлиб, гепатобилиар тизим шу жумладан жигар, ўт пуфаги, ўт йўллари, ошқозон ости беши йўлларини яққол тасвирлаб берувчи, замонавий диагностик текшириш усули бўлиб, ҳозирги даврда олтин стандарт ҳисобланади. Ушбу усул ноинвазив текшириш усули бўлиб, ўт йўлларини контраст моддаларсиз магнит резонансли компьютер томографияси ёрдамида тасвирлаб беради. Ушбу текширишда маълум бир аниқ вақтда ўт суюқлигининг чиқишини кўрсатиш орқали мазкур соҳадаги меёрий оқимга тўсқинлик қилувчи сабаблар яъни тошлар, торайишлар ва ўсмалар мавжудлиги ҳақида маълумот беради.

Асосий гуруҳ беморларнинг МС УТС ташҳисотида 8 (25%) беморда жигар ичи ўт йўлларининг кенгаймаганлиги туфайли МРПХГ текшириш усули ўтказилди.

Изланиш натижаларини статистик қайта ишлаш IBM PC компютери ёрдамида, амалий дастурларни қўллаб олиб борилган (Clipper, Microsoft Excel). Ўртача арифметик ва стандарт хатони ҳисоблаш орқали ($M \pm m$) нормал тақсимоатга эга бўлган қийматларнинг миқдорий тавсифи амалга оширилди. Оддий тақсимоатга эга бўлган намуналар учун кўрсаткичлар орасидаги фарқнинг статистик аҳамияти Студент -категорияси ёрдамида баҳоланган.

Диссертациянинг учинчи бобида **«Жигар сурункали диффуз касалликлари ва механик сариклик бирга келган беморларда анъанавий ташхислаш ва даволаш натижалари»** ЖСДК ва МС биргаликда келган беморларда, анъанавий ташхислаш ҳамда даво усуллари билан даволанган 44 (58%) нафар бемор клиник хусусиятлари, клиник-лаборатор ва инструментал текшириш хулосалари ва даволаш усуллари баён этилган.

ЖСДК ва МС ташҳисини қўйиш мақсадида анамнез маълумотлари, ирсий мойиллик, бошидан ўтказган касалликлари, беморнинг шикоятлари (эпигастрал ва ўнг қовурға равоғи соҳасидаги оғриқлар, тери сарғайиши, тери қичиши, сийдик рангининг ўзгариши, ахлатнинг рангсизланиши, қабзият, қорин дам бўлиши) геммораидал тугунларнинг борлиги, палпацияда спленомегалия, томир юлдузчалари, ксантелазма, ҳолсизлик, тана вазнининг камайиши, хотиранинг сусайганлиги, клиник ва биокимёвий таҳлиллари, айниқса, ПЦР натижалари, УТС хулосаси, ЭГДФС керак бўлганда ЭРПХГ натижаси, рентгенологик текшириш натижалари таҳлил қилинди.

Ушбу тоифа беморларда эпигастрал ва ўнг қовурға равоғи соҳасидаги оғриқлар, тери ва кўз склерасининг сарғайиши, тери қичиши, сийдик рангининг ўзгариши, ахлатнинг рангсизланиши билан бирга қорин дам бўлиши, қабзият бўлиши, гўштлик ва қовурилган овқат маҳсулотига кўнгил айланиши каби белгилар кўпроқ намоён бўлди.

Шунинг билан биргаликда таҳлил биокимёвий текширув натижалари ва кўшимча ускунавий текшириш хулосалари қиёсий таққослаш усулида ўрганилди. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, 1-гуруҳ беморларда ўнг ковурага остида (63,6%) ёки эпигастрал соҳасидаги оғриқлар (79,5%), умумий ҳолсизлик (89 %), кўнгил айниши, кайд қилиш (68 %), эндоген интоксикация белгилари, иштаҳанинг йўқлиги (76 %) яққол намоён бўлиб, бошланғич ва асосий клиник симптом сифатида кечган.

1-гуруҳ беморларда умумий қон таҳлилида анемияни ҳисобга олмаганда чуқур ўзгаришлар кузатилмади. 32 (72,7%) беморда гемоглобин миқдорининг 100 г\л дан пастлиги аниқланди. (3-жадвал).

3-жадвал

ЖСДК нинг МС билан биргаликда келган ҳолатларда умумий қон таҳлили натижалари

Кўрсаткичлар	I гуруҳ (n=44)
Эритроцитлар, млн	3,23±0,19
Гемоглобин, г\л	94,6±4,6
Тромбоцитлар.	145,4±18,3
Лейкоцит.	8,01±0,87
Т/Я нейтрофил,%	16,2±0,51
Лимфоцит, %	32,2±2,12

Текширилаётган беморларда МС натижасида юзага келган билиар гипертензиянинг жигар функционал ҳолатига таъсири кузатилди. Жигарда кечаётган патологик жараённинг активлик даражасини таҳлил қилиш учун куйидаги биокимёвий усуллар қўлланилди. Жигар тўқимасида цитолитик ферментлар активлиги яъни аланинаминотрансфераза (АЛТ) ва аспартатаминотрансфераза (АСТ), мезенхимал яллиғланиш жараёни тимол ва сулема синамалари, гепатодепрессия даражаси эса қон зардобидаги альбумин миқдори, ҳамда протромбин индекси орқали, шунингдек холестаза синдроми билирубин ва ишқорий фосфотазага қараб таҳлил қилинди. (4-жадвал).

4-жадвал

ЖСДК нинг МС билан биргаликда келган ҳолатларда жигар функционал ҳолати кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	ЖСДК, МС (n=44) M±m
Билирубин умумий (ммоль/л)	181,68±15,91
АЛТ(ммоль/л.с)	204,09±17,65
АСТ(ммоль/л.с)	206,93±17,88
Альбумин (%)	27,48±0,77
ПТИ (%)	85,91±1,27
Тимол синамаси (ед.)	11,4±0,87

Биокимёвий таҳлиллар натижаси шуни кўрсатдики, 1-гурух беморларда гипербилирубинэмиядан ташқари 34 (77,3%) беморда АЛТ ва АСТ нинг активлиги 3-6 мартага ошган.

1-назорат гуруҳидаги 44 беморнинг клиник ва биохимиявий таҳлилларига асосланган ҳолда ЖЕ даражалари аниқланди.

ЖЕ 1-даражасида альбумин миқдори 15%, протромбин индекси 8% пасайганлиги, билирубиннинг 5 мартага, АЛТ ва АСТ нинг 2-3 мартага, ишқорий фосфатазанинг 2 мартага ҳамда қонда мочевинанинг 2 мартага ошиши кузатилган.

ЖЕ 2-даражасида альбумин миқдори 25%, протромбин индекси 15% пасайганлиги, билирубиннинг 13-14 мартага, АЛТ ва АСТ нинг 4-5 марта, ишқорий фосфатазанинг 4 марта ҳамда қонда мочевинанинг 3 мартага ошиши кузатилган.

ЖЕ 3-даражасида альбумин миқдори 35%, протромбин индекси 25% пасайганлиги, Билирубиннинг 18-20 марта, АЛТ ва АСТ нинг 8-10 марта, ишқорий фосфатазанинг 6 марта ҳамда қонда мочевинанинг 4 мартага ошиши кузатилган. (5-жадвал).

5-жадвал

Назорат гуруҳидаги беморларнинг ЖЕ даражаларикесимида қон биокимёвий таҳлили натижалари

ЖЕ даражалари	Билирубин	Мочевина	Ишқорий фосфатаза	АЛТ	АСТ	Албумин	Протромбин индекси
ЖЕ I	85±6	12,5±1	451±24	120±6,8	120±5,6	30±0,25	90±1
ЖЕ II	244±5	22±1,1	842±15	215±5	221±5	26±0,25	85±2
ЖЕ III	352±8	28±2,0	1425±31	445±20	450±15	22,75±0,75	75±2

44 беморнинг барчаси жигар ва ўт йўллари УТС ёрдамида текширилган. УТС билан текширилган 1-гурух беморларнинг 24 (75%) нафарида жигар тўқимасида циррозли ўзгаришлар аниқланди. Шулардан 17 (39%) беморга ЖЦ ташхиси касалхонага келгунгача аниқланаган, 7 (16%) нафарда касалхонада 1-марта аниқланди, 6 (13,6%) кишида эса ушбу ташхис фақатгина операция вақтида аниқланган.

УТС орқали текширганда назорат гуруҳидаги 44 беморнинг 68% да жигар ичи ўт йўлларининг кенгайиши кузатилиб, 32% беморларда таъкидланган белги яъни ўт йўлларининг кенгайиши аниқланмади. Демак ЖСДК ва МС билан текширилган 44 беморларнинг 14 (32%) кишида билиар гипертензия аломатлари бўлсада, жигар ичи ўт йўлларининг кенгайиши кузатилмаган. (6-жадвал).

6-жадвал

МС билан ЖСДК бирга келган беморларда ташхис УЗС натижалари

	ЖЦ+МС
Жигар ичи ва ташқи ўт йўллари нинг кенгайиши аниқланган.	30 (68%)
Жигар ичи ўт йўллари нинг кенгайиши кўзатилмаган.	14 (32%)
Жами	44 (100%)

Диссертациянинг тўртинчи бобида «**Жигар сурункали диффуз касалликлари фонида келган механик сариқлик билан оғриган беморларда такомиллаштирилган диагностика ва даволаш натижалари**» ушбу гуруҳдаги 32 беморнинг ташхислаш ва даволашда биринчи навбатда шикоятлари, лаборатор ва замонавий инструментал текшириш ва даволаш принципларига эътибор берилди. Анамнестик маълумотлар: беморнинг шикоятлари тери сарғайиши, ўнг қовурға равоғи остидаги хуружсимон оғриқлар, тери кичиши, ахлатининг рангсизланиши, сийдикнинг тўқ рангга бўялиши қаторида, жигар диффуз касалликларига хос бўлган симптомакомплексга эътибор берилди. Булар қабзият, овқатлангандан кейинги қорин дам бўлиши, геммораидал тугунларнинг борлиги, палпацияда гепатомегалия, спленомегалия, томир юлдузчалари, ксантелазма, ҳолсизлик, тана вазнининг камайиши, энцефалопатия ва х.к. Барча беморларда клиник ва биокимёвий таҳлиллари, айниқса, ПЦР натижалари, рентгенологик, УТС, ЭГДФС, ЭРПХГ ва бу гуруҳ беморларда эластометрия (фибросканирование) ва МРПХГ текшириш натижалари таҳлил қилинган.

Ушбу 2-асосий гуруҳ беморларда патологик жараённи маҳаллий оғриқлар билан бирга, ЖЕ ва ЭИ белгилари яққол намоён бўлиши ва касалликнинг шиддат билан кечиши кузатилиб, ушбу клиник белгилар 1-назорат гуруҳидан деярли фарқ кузатилмаган.

Лаборатория текшируви натижалари. Қоннинг умумий таҳлилида 28 (87,5%) беморда гемоглобин миқдорининг 100 г/л дан пастлиги қайд этилган. (7-жадвал).

7-жадвал

Асосий гуруҳ беморларда умумий қон таҳлили натижалари

Кўрсаткичлар	II гуруҳ (n=32)
Эритроцитлар, млн	3,27±0,12
Гемоглобин, г/л	96,5±4,4
Тромбоцитлар.	232,6±17,6
Лейкоцит.	9,12±0,96
Т/Я нейтрофил,%	8,6±0,16
Лимфоцит, %	29,3±1,84

Асосий гуруҳдаги 32 беморнинг клиник ва биохимиявий таҳлилларига асосланган ҳолда ЖЕ даражалари аниқланиб улар қуйидагича таҳлил қилинган. (8-жадвал)

ЖЕ 1-даражасида альбумин - $31 \pm 0,50$ (10%) га, протромбин индекси - 87 ± 1 (10%) пасайганлиги, билирубиннинг 6 мартага, АЛТ ва АСТ нинг 2 мартага, ишқорий фосфотазанинг 3 мартага, ҳамда қонда мочевинанинг 2 мартага ошиши кузатилган.

8-жадвал

ЖСДК нинг МС билан биргаликда келган ҳолатларда жигар функционал ҳолати кўрсаткичлари

Курсаткичлар	(n=32) M±m
Билирубин умумий (ммоль/л)	179,37±17,35
АЛТ(ммоль/л.с)	185,25±14,67
АСТ(ммоль/л.с)	184,69±14,02
Альбумин (%)	28,77±0,86
ПТИ (%)	83,73±1,20
Тимол синамаси (ед.)	1,0±0,03
Ишқорий фосфатаза	778±2,04
Қондаги мочевина миқдори.	20,3±1,21

ЖЕ 2-даражасида альбумин миқдори - $27 \pm 0,75$ (20%) га, протромбин индекси - $81,1 \pm 2$ (14%) пасайганлиги, билирубиннинг 16 мартага, АЛТ ва АСТ нинг 5 мартага, ишқорий фосфатазанинг 5 мартага, ҳамда қонда мочевинанинг 3 мартага ошиши кузатилган.

ЖЕ 3-даражасида альбумин миқдори - $21,25 \pm 0,75$ (30%) га, протромбин индекси - 73 ± 2 (26%) пасайганлиги, билирубиннинг 18 мартага, АЛТ ва АСТ нинг 6 мартага, ишқорий фосфотазанинг 5 мартага ҳамда қонда мочевинанинг 4 мартага ошиши кузатилган. (9-жадвал).

9-жадвал

Асосий гуруҳ беморларининг қон биохимик таҳлилларига қараб ЖЕ даражаларга бўлиниши

ЖЕ даражалари	Билирубин	Мочевина	Ишқорий фосфатаза	АЛТ	АСТ	Албумин	Протромбин индекси
ЖЕ I	96,1±6	12,0±1	461±24	125±6,8	129±5,6	31±0,50	87±1
ЖЕ II	254±4	24±1,1	836±15	225±5	219±5	27±0,75	81,1±2
ЖЕ III	402±10	28,5±2	1402±31	439±20	435±25	21,25±0,75	73±2

Ультратовушли сонография. Асосий гуруҳдаги 32 беморнинг барчасида УТС бажарилди. II - гуруҳ беморларнинг 22 нафаридида жигар тўқимасида циррозли ўзгаришлар аниқланди. Шулардан 12 беморга ЖЦ ташхиси касалхонага келгунгача, 10 нафарда касалхонада текширувлар натижасида аниқланди. Ушбу асосий гуруҳдан 8 беморда МСнинг клиник белгилари бўлсада, УТС текширувида билиар гипертензия аломатлари аниқланмаганлиги сабабли кўшимча замонавий усуллардан ҳисобланган жигар эластометрияси ва МРХПГ усулидан фойдаланиб (МС) аниқланган.

УТС текширувида асосий гуруҳдаги 32 беморнинг 75%да жигар ичи ўт йўллари кенгайиши кузатилиб, 25% беморларда жигар ичи ўт йўллари кенгайиши аниқланмади. ЖСДК ва МС билан текширилган 32 бемордан 8 (25%) да билиар гипертензия аломатлари бўлсада, жигар ичи ўт йўллари кенгайиши кузатилмаган. (10-жадвал).

10-жадвал

Механик сариклик билан ЖСДК бирга келган беморларда ташхис УЗС натижалари.

	ЖСДК+МС
Жигар ичи ва ташқи ўт йўллари кенгайиши аниқланган.	24 (69%)
Жигар ичи ўт йўллари кенгайиши кўзатилмаган.	8 (31%)
Жами	32 (100%)

Эндоскопия. ЭГДФС текшируви натижасида 32 (100%) кишидан 13 (41%) беморда ҚВВК аниқланди. Шундан 6 (19%) беморда ҚВВК I даражаси, 4 (12,5%) беморда ҚВВК II даража ва 3 (9%) беморда ҚВВК III даражаси қайд этилди. Текширилган беморлардан 2 (6%) кишида анамнездан портал гипертензия натижасида қон кетганлиги аниқланган.

Эластометрия. Асосий гуруҳ беморларининг жигар фиброз даражасини аниқлаш, ташхисот ва даволаш тактикасини такомиллаштириш мақсадида 29 (90,6%) беморга эластометрия текшируви қўлланилди. Эластометрия текшируви ўтказилган 29 бемордан 22 кишида фиброз даражаси F4, 4 кишида F3 ва 3 беморда F2 даражадаги фиброз аниқланган.

Магнит резонанс панкреатохолангиография (МРПХГ). Асосий гуруҳ беморларнинг клиникагача бўлган даврда механик сарикликнинг УТС ташхисотида 8 (25%) беморда жигар ичи ўт йўллари кенгаймаганлиги сабабли, сарикликнинг механик сабабини аниқлашда 8 (25%) беморда ҳам беморда МРПХГ текшириш усули ўтказилди. Бунда умумий ўт йўлида УТС неготив бўлган турли хил ўлчамдаги конкрементлар аниқланган.

Шуни таъкидлашимиз жоизки, ушбу беморларда эластометрия текширувида ЖЦ нинг F4 даражаси аниқланди. Юқоридагиларни инобатга олиб ушбу тоифа беморларда 1-назорат гуруҳидаги кузатилган асоратларни такрорламаслик мақсадида (гемобилия, қорин бўшлиғига қон ва ўт суюқлигининг оқиши) беморларга фақатгина эндоскопик ретроград

декомпрессия қилиш усули қўлланди ва бу усул шу тоифадаги беморларга қўллаш самарали усул деб ҳисобланган.

Даволаш усуллари.

Консерватив усул: II-гурух беморларнинг барчасига анъанавий даво усули яъни спазмолитиклар, аналгетиклар, дезинтоксикацион ва симптоматик даво муолажалари олиб борилди. Жигар энцефалопатиясини даволаш ва қон кетиши олдини олиш мақсадида Лактулоза, Гепат-Мерц 20мл, Глутатион кислотаси 1200 мг, ИПП, H2 гистаминоблокаторлари ва антацитлар тавсия қилинди. Бу гуруҳ беморларда қон ивиш системаси таҳлиллари олинганлигидан сўнг К витаминининг синтетик аналоги 1% викасол 1,0 x 2 маҳал 3 кун давомида тавсия қилинган.

Жарроҳлик усули: жарроҳлик усулларида - лапаротомия, лапароскопия, миниинвазив усуллардан (ЭРПХГ+ЭПСТ+ЛЭ, эндоскопик умумий ўт йўлини стентлаш, ТЖХС) қўлланилган.

2-асосий гуруҳ беморларда бажарилган жарроҳлик амалиётлари. Жами 32 бемордан 1-босқич сифатида 29 (90,5%) кишига ЭРПХГ+ЭПСТ+ЛЭ амалиёти бажарилган. Ушбу миниинвазив усуллар ЖЕ 2-даражасига тегишли ва эластометрияда фибрознинг F3-F4 даражасида бўлган 13 беморда, ҳамда ЖЕ 3-даражасига тегишли 2 нафар беморда бажарилган.

Бу гуруҳ беморларнинг 3 (9,5%) нафарида эндоскопик ретроград усулида умумий ўт йўлини декомпрессия қилишнинг иложи бўлмаганлиги сабабли ТЖХС амалиёти бажарилди. Ушбу ТЖХС усули амалиётдан кейинги асоратларни олдини олиш мақсадида, эластометрия текширувида жигар тўқимасидаги фибрознинг фақатгина F2 даражаси бўлгандагина қўлланилган. 32 бемордан 2-босқич сифатида 22 (69%) кишига ЛХЭК амалиёти, 4 (12,5%) беморга анъанавий ХЭК билан бир қаторда холедохолитотомия, холедохни Кер бўйича дренажлаш амалиёти бажарилган. ТХЭК+холедохолитотомия қилинишига сабаб умумий ўт йўлидан тошни миниинвазив усулда бартараф қилишни иложи бўлмаганлигадир. 6 (18,75%) беморда механик сариқлик сабаби яъни ЭРПХГ+ЭПСТ+ЛЭ орқали бартараф қилинганлиги сабабли 2-босқич амалиётига ўтилмаган. (11-жадвал).

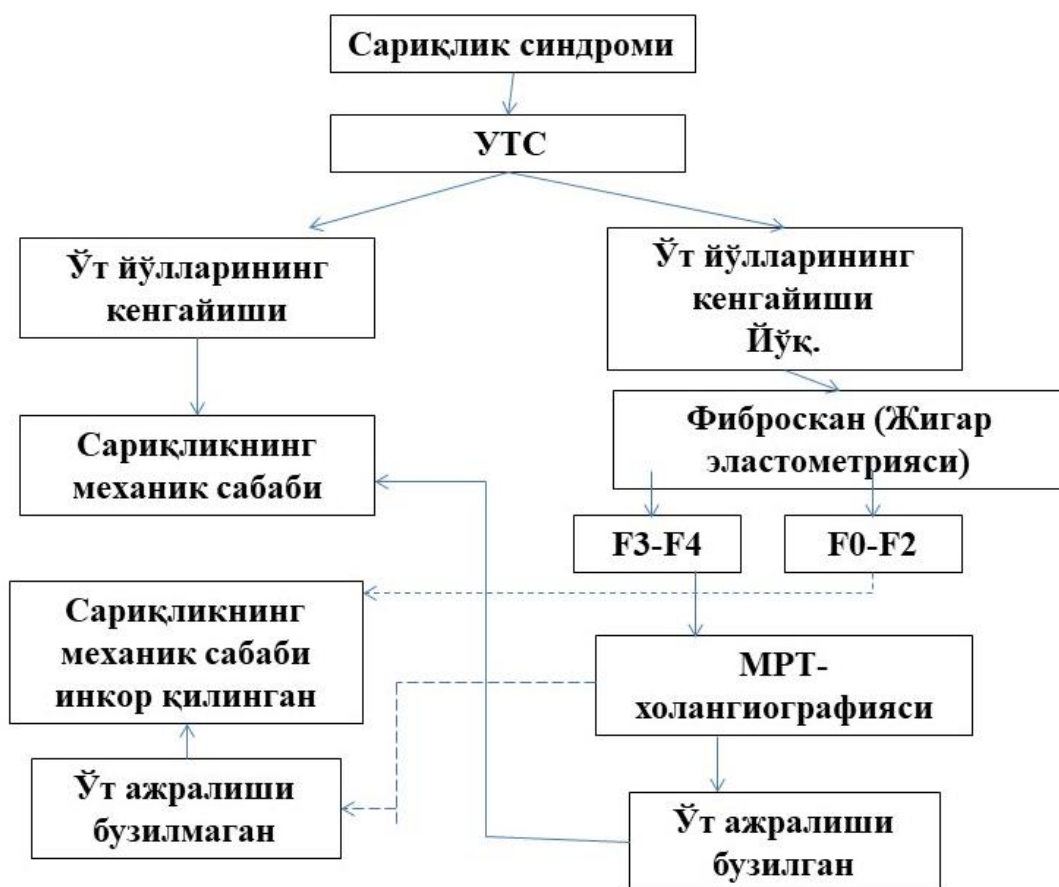
11-жадвал

II асосий гуруҳида бажарилган даво усуллари

ЖЕ даражалари	ХЭК+Холедо холитотомия		ЛХЭК		ЭРПХГ+ЭПСТ+ЛЭ		ТЖХС	
	n=32	%	n=32	%	n=32	%	n=32	%
ЖЕ I	4	12,5	7	22	14	43,75	3	9,5
ЖЕ II			13	40,5	13	40,5		
ЖЕ III				6,25	2	6,25		
Жами	4	12,5	22	68,75	29	90,5	3	9,5



Механик сариқликнинг жигар сурункали диффуз касалликлари билан бирга келган беморларда даволаш алгоритми



Механик сариқликнинг жигар сурункали диффуз касалликлари билан бирга келган беморларда ташхислаш алгоритми

ХУЛОСА

1. Шошилиш жарроҳлик бўлимларида даволанган барча беморларнинг 4,6% механик сариқлик ташкил қилиб, шундан 64% нинг сабаби ўт-тош касаллигидир. Ўт-тош касаллиги натижасидаги механик сариқликларни 20,4% да жигарнинг сурункали диффуз касалликлари йўлдош касаллик сифатида аниқланди. Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари ташхиси 30% ҳолларда касалликнинг узоқ вақт симптомсиз кечиши сабабли стационарда бирламчи аниқланди.

2. Механик сариқлик ва жигар сурункали диффуз касалликлари биргаликда келган беморларда қорин соҳасидаги оғриқлар билан бир қаторда умумий ҳолсизлик ва диспептик симптомлар устунлиги билан кечди. Ушбу беморларда жигар тўқимасидаги цирротик трансформация сабабли УТС да 31% ҳолларда механик сариқликда кузатиладиган жигар ичи ўт йўллари нинг кенгайиши кузатилмади. Ушбу ҳолат эластометрия текширувида жигар тўқимасидаги фиброз жараёнининг F4 босқичида учради.

3. Ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик ва жигар сурункали диффуз касалликларининг бирга кечиши, мураккаб патологик жараён бўлиб, уларни тўғри ташхислаш чуқур диагностик эътиборни талаб қилади. Акс ҳолда ушбу гуруҳ беморларда механик сариқлик ўз вақтида аниқланмасдан бошқа профилдаги касалхоналарга йўлланиши мумкин. Ушбу тоифа беморларда механик сариқликни даволашнинг I-II босқичларида хавфли асоратлар (гемобилия, қорин бўшлиғига ўт ва қон оқиши) кузатилди ва ўлим 9,1% ташкил қилди. Ушбу асоратлар ЖЕ нинг 2-3- даражаларида кузатилди.

4. Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари фонида кечувчи механик сариқликни бартараф қилишда, миниинвазив декомпрессия усуллари самарали бўлиб, уларни танлашда, жигар паренхимаси ҳолатига эластометрия натижаларига асосланиб ёндашиш муҳим роль ўйнайди. Жигар паренхимасидаги фиброз жараёни F3-F4 да, ЖЕ II-III босқичида эндоскопик муложаларни танлаш мақсадга мувофиқ. ТЖХС усулини фақатгина F2 даражасида бажариш самарали усул ҳисобланади.

5. Ўт-тош касаллиги сабабли механик сариқлик билан жигарнинг сурункали диффуз касалликлари гумон қилинган ҳолатларда, текшириш ва даволаш алгоритмида: бемор шикоятлари, анамнези, клиник белгилар, лаборатор таҳлиллар, УТС, ЭГДФС, ЭРПХГ текширувлари етарли бўлмаслиги мумкин, бундай ҳолатларда жигар эластометрияси ва МРТ- холангиография усулларида кенгрок фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019. Tib.93.01 ПРИ БУХАРСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КЕНЖАЕВ ЛАЗИЗ РАЗЗАКОВИЧ

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ
НА ФОНЕ ДИФФУЗНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Бухара – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в высшей аттестационной комиссии при кабинете министров республики Узбекистан за № В2021.1.PhD/Tib1753

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации выполнен на трех языках (узбекский, русский, английский), и размещен на веб-странице научного совета (www.bsmi.uz), и на информационно-образовательном портале Ziyonet» (www.ziyonet.uz)

Научный руководитель	Ураков Шухрат Тухтаевич доктор медицинских наук
Официальные оппоненты	Лигай Руслан Ефимович доктор медицинских наук
	Хакимов Мурод Шавкатович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация	Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского. (Российская Федерация).

Защита состоится «__» _____ 2022 г. в ____ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. А.Навои № 1. Тел./факс: (+99865) 223-00-50) e-mail:buhme@mail.ru.).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №____). Адрес: 200118, г. Бухара, ул. А.Навои 1, Тел./факс: (+99865) 223-00-50).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2022 года
(реестр протокола рассылки №__ от _____ 2022 года)

А.Ш. Иноятов
Председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.Н. Ачилова
Ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, дотцент

Н.А. Нуралиев
Председатель Научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Среди хронических диффузных заболеваний печени, цирроз печени, на сегодняшний день, остаётся одной из наиболее актуальных медицинских проблем, во всем мире, по причине значительного увеличения заболеваемости и высокой смертности. По данным ВОЗ, 300 тысяч человек ежегодно умирают от цирроза печени. «...заболеваемость циррозом печени высока и на сегодняшний день не имеет тенденций к снижению, как в мире, так и Центральном-Азиатском регионе, где проблема распространенности вирусных гепатитов рассматривается в рамках краевой патологии...»¹. Известно, что среди хронических диффузных заболеваний печени, цирроз печени занимает особое место, из-за специфики течения, осложнений и уровня смертности, как упоминалось выше. В начале 2010 года уровень заболеваемости людей с циррозом печени составил 1-11%, средний возраст больных – 46 лет, а ожидаемая продолжительность жизни больных с данной патологией – 3-6 лет. ВОЗ ставит цирроз печени на 8-е место по смертности в мире.

В мире за последние двадцать лет многими учеными был проведен ряд исследований по изучению частоты и течения хронических диффузных заболеваний печени в сравнении с рядом других хирургических заболеваний, их клиническими особенностями, диагностике и лечению, а также хирургической тактике. То есть, в опубликованных ранее работах ряда авторов, можно найти достаточно достоверную информацию о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, остром и хроническом холецистите, эхинококковой болезни, грыжах брюшной стенки, остром панкреатите, острой кишечной непроходимости, у больных с циррозом печени. В литературе достаточно информации о диагностике и лечении больных желчнокаменной болезнью с сопутствующим циррозом печени. Однако, в изученных нами источниках литературы недостаточно информации о диагностике и тактике лечения желчнокаменной болезни, точнее холедохолитиаза, в случаях, когда патология связана с осложнениями, в виде механической желтухи на фоне хронического диффузного заболевания печени. Конечно, желчнокаменная болезнь, являющаяся одной из причин механической желтухи, имеет тесную связь с хроническими диффузными заболеваниями печени. Здесь диффузное заболевание печени и желчнокаменная болезнь могут быть связаны друг с другом, т.е. любое из двух заболеваний может быть первичным или вторичным. По данным авторов, холедохолитиаз встречается у 28-32% пациентов с циррозом печени.

В нашей стране в целях развития здравоохранения, адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов, профилактики и лечения больных с механической желтухой на фоне хронических диффузных заболеваний печени Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» было

¹ Ураков Ш.Т., Абидов У.О. Синдром механической желтухи. Бухара, 2020. - С. 12-15.

отмечено о необходимости «...повышения эффективности качества и вседоступности медицинской помощи в стране, а также создания системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения...»²

Данная диссертационная работа в определенной степени отвечает требованиям решений, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан № УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» и № ПП-3071 от 20 июня, 2017 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы.

Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики. Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Согласно статистике, за последние 20 лет, быстрое развитие кардиохирургии, достижения в области кардиофармпрепаратов, прогресс в ранней диагностике и выявлении заболеваний сердечно-сосудистой системы, привели к значительному снижению осложнений в этой области, в том числе и смертности. Вместо этого, на первый план выходят осложнения заболеваний пищеварительной системы. Среди болезней органов пищеварения лидирующие позиции по заболеваемости занимают болезни печени и желчевыводящих путей (Каримов Ш.И. и соавт., 2015). Известно, что хроническое диффузное заболевание печени - мультисистемное заболевание, которое в большинстве случаев провоцирует хронические заболевания, существующие в организме, и вызывает осложнения, а в некоторых случаях непосредственно провоцирует патологический процесс (Уроков Ш.Т., Эшонов О.Ш., 2019).

Одной из актуальных проблем современной медицины является рост распространенности хронических диффузных заболеваний печени, среди населения и отсутствие четкого представления о диагностике и лечении тех случаев, когда это заболевание сопровождается другими дополнительными заболеваниями органов брюшной полости.

У пациентов с ХДЗП (тяжелые степени хронического гепатита, фиброза печени, и др.) хирургические вмешательства, часто заканчиваются плачевным исходом. У пациентов с циррозом печени послеоперационный период может быть особенно тяжелым в результате острой печеночной и почечной недостаточности, энцефалопатии, варикозного расширения вен пищевода и желудка, асцитного сепсиса, что приводит к трагическим осложнениям и даже смерти (Юджин Р., Шифф. и соавт., 2012).

По литературным данным, больные с циррозом печени в послеоперационный период по поводу резекции печени, имели осложнения в 50-60% случаев, осложнения после резекции здоровой печени – в 20-30% случаев (Цыганков В.Н. и др., 2015).

² Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП -4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

Поэтому, когда хирургические заболевания органов брюшной полости сопровождаются хроническим диффузным заболеванием печени, особенно с нарушением её функции, совершенствование комплексного предоперационного патогенетического лечения, а также послеоперационной терапии, значительно улучшают исход лечения, этой тяжелой категории пациентов.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в Бухарском государственном медицинском институте в рамках планов научно-исследовательских работ (02.2021 PhD 124) на тему «Разработка новых подходов к ранней диагностике, лечению и профилактике предпатологических и патологических состояний в условиях жаркого климата Бухарской области (2017-2021 гг.)».

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни с механической желтухой на фоне диффузного заболевания печени.

Задачи исследования:

определить частоту возникновения желчнокаменной болезни с механической желтухой на фоне хронических диффузных заболеваний печени;

изучить особенности клинического течения и ультразвуковая сонография исследования у пациентов с механической желтухой на фоне хронических диффузных заболеваний печени;

оценить клиническую эффективность традиционного подхода к лечению больных с механической желтухой на фоне диффузных заболеваний печени и определить основные причины неудовлетворительных результатов.

усовершенствовать тактические подходы в лечении механической желтухи на фоне диффузных заболеваний печени.

разработать алгоритм диагностики и лечения больных с механической желтухой на фоне хронических диффузных заболеваний печени и оценить клиническую эффективность предложенных мероприятий.

Объектом исследования явились 76 пациентов, лечившихся в 2016-2020 годы, с желчнокаменной болезнью с развитием механической желтухи, сопровождающейся хроническими диффузными заболеваниями печени, в отделениях неотложной хирургии Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной помощи.

Предмет исследования составил анализ результатов обследования больных с механической желтухой, сопровождающейся хроническими диффузными заболеваниями печени, ассоциированной с желчнокаменной болезнью, применением консервативных и оперативных методов лечения.

Методы исследования. Для достижения цели исследования использовались следующие методы обследования: клинический, клинико-лабораторный, инструментальный (УЗС, эластометрия, ЭФГДС, ЭПСТ, ЭРПХГ, МРПХГ).

Научная новизна исследований заключается в следующем:

определена частота встречаемости желчнокаменной болезни с механической желтухой, сопровождающейся хроническим диффузным заболеванием печени;

изучены особенности клинического течения и зависимости ультразвуковая сонография - обследования от степени фиброза печени пациентов с механической желтухой, сопровождающейся хроническим диффузным заболеванием печени;

у пациентов с механической желтухой вследствие желчнокаменной болезни, сопровождающейся диффузным поражением печени, представлена тактика лечения в зависимости от степени печеночной недостаточности;

разработан усовершенствованный алгоритм диагностики и лечения с учетом выявленных осложнений в результате общепринятого лечения пациентов с диффузным заболеванием печени механической желтухой.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

Определены специфика течения механической желтухи, сопровождающейся хроническими диффузными заболеваниями печени, результаты клиничко-лабораторного анализа, эффективность консервативных и хирургических методов лечения в диагностике пациентов и индивидуальный подход в комплексном лечении

в результате научных исследований были достигнуты результаты в лечении описанной категории пациентов, снижающие количество осложнений и летальность.

Достоверность результатов исследования обеспечивается теоретическими подходами и методами, использованными в исследовании, методологической точностью исследования, количеством больных, клиническими, инструментальными (ультразвуковая сонография, эластометрия, ЭФГДС), статистическими методами тестирования, результатами международных и отечественных исследований, а также выводами, подтвержденными компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

В данном исследовании, изучена частота возникновения механической желтухи у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени, клинические проявления, особенности ультразвуковая сонография, эффективность тактики лечения, основные прогностические факторы, влияющие на развитие основных и сопутствующих заболеваний. Разработан диагностический и лечебный алгоритм пациентов с механической желтухой, сопровождающейся хроническими диффузными заболеваниями печени. Соответственно рекомендована терапия, направленная на устранение механической желтухи, что облегчало состояние пациента за счет снижения активности цирротического процесса печени, и улучшало результаты лечения.

Данные клинического, лабораторного и инструментального исследования, по которым был разработан алгоритм обследования и лечения больных механической желтухой, сопровождающейся хроническими диффузными заболеваниями печени, также достаточно полно учитывались в подборе индивидуализированного лечения.

Внедрение результатов исследования. На основании данных исследования, для улучшения результатов профилактики осложнений и хирургического лечения механической желтухи на фоне диффузного поражения печени, подготовлены и утверждены методические рекомендации («Алгоритм диагностики механической желтухи у больных хроническими диффузными заболеваниями печени»), разработанные по результатам научных исследований по хирургическому лечению механической желтухи на фоне диффузного поражения печени (Справка Министерства здравоохранения № 8н-м / 766. от 10 сентября 2021 г.). Предложенные рекомендации позволили повысить эффективность и качество хирургического лечения больных с механической желтухой на фоне хронических диффузных заболеваний печени за счет точной и своевременной диагностики.

Результаты обследования и лечения пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени, сопровождающейся механической желтухой, были применены в лечебно-профилактических учреждениях Бухарского, Вобкентского, Гиждуванского районных медицинских объединений. Также результаты исследования были внедрены в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицины, справка (Заключения Министерства здравоохранения № 8н-з / 303 от 27 сентября 2021 г.). Внедрение полученных результатов в клиническую практику поможет предотвратить или кардинально снизить осложнения при лечении пациентов с механической желтухой, у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования обсуждались на 8 научно-практических конференциях (на 4 международных и 4 республиканских).

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 19 научных работ. Из них, 7 статей опубликованы в научных журналах, рекомендованных к публикации по основным научным результатам диссертаций ВАК РУз, в том числе 4 в республиканских и 3 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Содержание диссертации состоит из введения, четырех глав, заключения, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации 114 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и публикации результатов работы, об объеме и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные подходы к диагностике и лечению пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, сопровождающимися циррозом печени: обзор литературы**»,

описывается текущее состояние проблемы, различные подходы к профилактике и их оценка путем сравнения с современными данными местных и зарубежных исследователей. Анализ литературы выявил нерешённые вопросы по данной теме.

Вторая глава диссертации называется «**Материалы исследования и методы обследования**». В ней подробно описаны жалобы пациентов с механической желтухой (МЖ) на фоне ХДЗП, их объективное обследование, а также данные инструментального и лабораторного обследования.

Работа основана на результатах исследования, проведенного в 2016-2020 годы у 76 пациентов, желчнокаменной болезни с МЖ на фоне ХДЗП лечившихся в отделении неотложной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП.

При распределении пациентов по возрасту использовалась классификация, принятая на симпозиуме в Киеве в 1962 г. и на семинаре в Региональном бюро ВОЗ (Киев, 1963 г.). Согласно этой классификации пациентов, в зависимости от их возраста, можно разделить на семь групп: дети – до 14 лет, подростки– от 15 до 29 лет, молодой возраст – от 30 до 44 лет, средний возраст – от 45 до 59 лет, пожилой возраст – от 60 до 74 лет, старческий возраст – от 75 до 90 лет, люди старше 90 лет, входят в группу долгожителей.

В нашем исследовании подростков было - 2 (2,5%), людей молодого возраста – 11 (14,5%), среднего возраста -17 (22,5%), пожилого возраста -24 (31,5%) и старческого возраста - 22 (29%). (Табл. 1).

Таблица 1

Диагностика, распределение по возрасту и полу обследованных пациентов

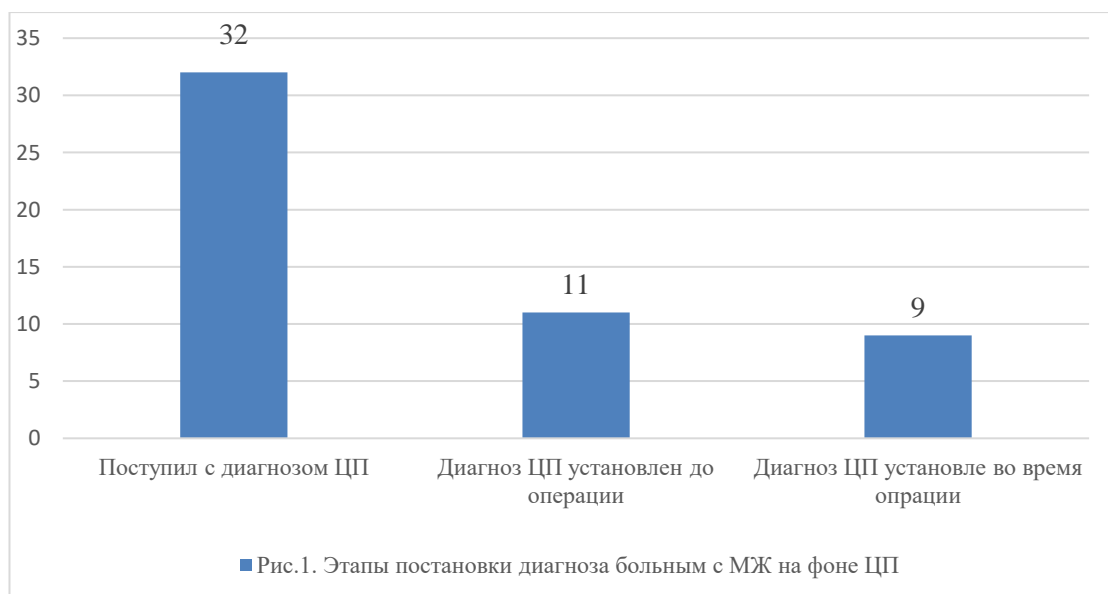
Возраст	1-группа		2-группа		Всего
	М	Ж	М	Ж	
15-29 (подростки)	1 (1,3%)	-	-	1 (1,3%)	2 (2,5%)
30-44 (молодой возраст)	3 (4%)	2 (2,5%)	3 (4%)	3 (4%)	11 (14,5%)
45-59 (средний возраст)	6 (7,9%)	4 (5,2%)	4 (5,2%)	3 (4%)	17 (22,5%)
60-74 (пожилой возраст)	9 (16,7%)	5 (6,6%)	5 (6,6%)	5 (6,6%)	24 (31,5%)
75-90 (старческий)	8 (10,5%)	6 (7,9%)	6 (7,9%)	2 (2,5%)	22 (29%)
Всего	33 (35,5%)	21 (22,4%)	12 (23,7%)	10 (18,4%)	76 (100%)
	44 (57,9%)		32 (42,1%)		76 (100%)

Данная таблица показывают, что мужчин было больше в обеих группах, и на их долю приходилось 59% всех обследованных пациентов.

Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-группу составили 44 пациента с МЖ сопровождавшейся ХДЗП, которым было проведено традиционное обследование и хирургические методы лечения, 2-группу 32 пациента с МЖ сопутствующие ХДЗП получившие усовершенствованные методы диагностики и лечения.

Из всех 76 пациентов у 52 определена цирротическая трансформация паренхимы печени, цирроз печени (ЦП). А у 24 больным ХДЗП, хронический гепатит (разные стадии фиброза печени).

У 32 (42%) пациентов до обращения в клинику был диагностирован ЦП, и они периодически получали лечение от данного заболевания. У 20 (26%) пациентов ЦП были обнаружены при контрольном осмотре после госпитализации. Из них у 11 (14,5%) пациентов ЦП был выявлен в ходе обследования. Ещё у 9 (12%) больных диагноз цирроза печени был установлен только во время операции. (рис.1).



Печёночная недостаточность (ПН) развивающаяся при МЖ на всех стадиях заболевания, провоцируют патологический процесс печени и усугубляя состояние пациентов, также играют основную роль на исход заболевания.

Для выбора хирургической тактики лечения МЖ, мы использовали классификацию предложенную Э.И.Гальпериным, в которой учитываются не только биохимические показатели, но и осложнения, усиливающие тяжесть механической желтухи. На основании общего состояния больных и вышеуказанных факторов все пациенты распределены следующим образом: I степень ПН - 39 (51%) больных, II степень ПН - 28 (37%) больных, и III степень ПН - 9 (12%) пациентов. (рис.2).

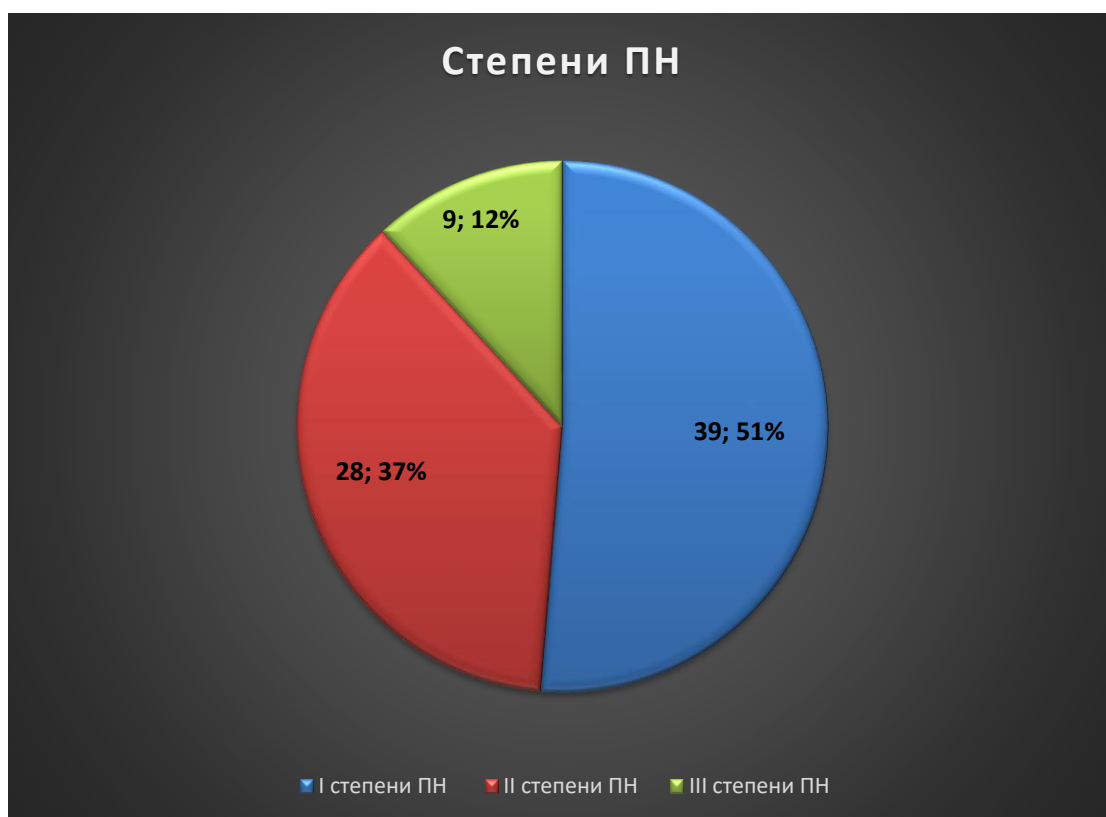


Рис. 2. Результаты ПН обнаруженные у пациентов

Все больные которые были распределены по степеням ПН перераспределены по группам. В 1-контрольной группе - 22 (50%) пациента имели I степени ПН, - у 15 (34%) пациентов II степень и - у 7 (16%) больных была III степень ПН .

Во 2- основной группе - у 17 (53%) пациентов была I степени ПН, -у 13 (41%) пациентов II степень ПН и –у 2 (6%) больных установлена III степень ПН. (табл. 2).

Таблица 2

Оценка степени тяжести гепатобилиарной недостаточности по классификации Э.И. Гальперина

тепени ПН	1-группа		2 группа		Всего	
	n=44	%	n=32	%	n=76	%
1- ст	22	50%	17	53%	39	51%
2- ст	15	34%	13	41%	28	37%
3- ст	7	16%	2	6%	9	12%
Всего	44	100%	32	100%	76	100%

Данные анамнеза и клинических проявлений отмечались на специально разработанной первичной тематической карте больного. При опросе пациентов учитывались: жалобы, анамнез, история первичного и вторичного заболевания, основные этиологические факторы заболевания, степень пожелтения кожи и слизистых оболочек, изменения в области живота, аппетит, тошнота, характер симптомов: периодические или

постоянные, наличие описанных симптомов у близких родственников, запоры, спленомегалия, «Сарут» медузы.

Ультразвуковая сонография. В рамках УЗС основное внимание уделялось двум компонентам: гепатобилиарной системе и паренхиме печени. Детально обследовалось строение внутрипеченочного и внепеченочного желчных протоков, их размеры, ширина, состояние желчного пузыря, характер жидкости в полости желчного пузыря.

Также обращали внимание на динамику изменений вышеперечисленных факторов в процессе лечения.

При определении размеров внутреннего и внешнего желчных протоков печени методом УЗС использовалась классификация Л.Л. Колесникова (2000): диаметр общего желчного протока: 2-4 мм, диаметр печеночных желчных протоков: 0,4-1,6 мм, диаметр протоков желчного пузыря: 1,5-3,2 мм.

Эндоскопия. В ходе инструментального обследования определяли состояние слизистой оболочки пищевода и желудка, риск кровотечений и степень варикозного расширения вен. Последняя оценивалась по классификации А.Г. Щерцингера (1988). В результате ЭФГДС выявлено, что из 52 (68%) пациентов циррозом печени у 38 (50%) определены варикозно-расширенные вены пищевода (ВРВП). Из них, 18 (24%) пациентов имели ВРВП I степени, 14 (18%) пациентов - II степени и 6 (8%) пациента - III степени. У 5 из обследованных пациентов в анамнезе были кровотечения из ВРВП.

Кроме того, при эндоскопическом обследовании, основное внимание уделялось состоянию слизистой оболочки желудка и язвенно-рубцевым изменениям. С помощью ЭФГДС кроме ВРВП определено у 26 больных патологические изменения слизистой оболочки желудка. Из них эрозивный гастрит был зарегистрирован - у 18 (24%) пациентов, явления портальной гастропатии - у 5 (7%) пациентов, язва пилорического отдела (гепатогенная язва) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) - у 3 (4%) пациентов.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) - это метод диагностики и лечения, который создает изображение под оборудованием электронно-оптического преобразователя (ЭОП), направляя контраст в желчные протоки через большой дуоденальный сосочек. Пациентам 1-группы ЭРПХГ была успешно выполнена у 36 (81,8%) пациентов, а у остальных 8 (18,2%) пациентов из-за парапапиллярного межпапиллярного дивертикула, терминального стеноза холедоха была проведена черезкожная черезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Всем пациентам 2-группы успешно выполнена ЭРПХГ - у 29(90,6%). Остальным - 3 (9,4%) пациентам была выполнена ЧЧХС, по указанным выше причинам.

Эластометрия - метод исследования неинвазивного оборудования Fibroscan (Франция) для определения степени фиброза (метод Метавира) за 5-10 минут с учетом эластичности ткани печени. Плотность ткани печени выражаются в кило-паскалях (кПа).

По результатам эластометрического исследования представлены следующие (условные) уровни фиброза ткани печени: F0 - здоровая печень, F1 - F3 уровни фиброза, F4 - цирроз печени.

У 29 (90,6%) из 32 пациентов основной группы была выполнена эластомерия печеная (ФСКН). Из них F3-F4 был обнаружен - у 13 (40,6%) пациентов. Учитывая, что при УЗС не было обнаружено расширений печеночных желчных протоков, была предложена ЭРПХГ+ ЭПСТ + ЛЭ. У остальных - 16 (50%) пациентов основной группы эластометрическое обследование выявило наличие F0-F2.

МРТ холангиопанкреатография (МРХПГ). Метод МРПХГ - это отдельная форма магнитно-резонансной томографии (МРТ), которая представляет собой современный диагностический метод тестирования, который, четко описывает гепатобилиарную систему, включая печень, желчный пузырь, желчные протоки и протоки поджелудочной железы, и в настоящее время является золотым стандартом. Этот метод представляет собой неинвазивный метод скрининга, который описывает желчные протоки с помощью магнитно-резонансной томографии без контрастных веществ. В этом исследовании, показывая отток желчи в определенное время, он предоставляет информацию о причинах нарушения нормального оттока желчи в данной области, то есть о наличии камней, сужений и опухолей.

МРПХГ - скрининг был проведен у 8 (25%) пациентов для определения причины МЖ из-за отсутствия дилатации внутривнутрипеченочных желчных протоков при УЗС.

Аналитические результаты испытаний и статистическая обработка их графических изображений проводились на компьютере IBM PC с использованием приложений Clipper, Microsoft и Excel. Данные исследования были сгруппированы в соответствии с общепринятыми статистическими формами после проверки и нормального распределения данных. Количественная характеристика значений с нормальным распределением была выполнена путем вычисления среднего арифметического и стандартной ошибки ($M \pm m$). Для выборок с простым распределением статистическая значимость разницы показателей оценивалась с помощью t-категории Стьюдента.

Третья глава диссертации **«Результаты традиционной диагностики и лечения пациентов с хроническим диффузным заболеванием печени и механической желтухой»**, в которой описаны клинические проявления, результаты общепринятых методов диагностики, лабораторных и инструментальных исследований, а также методы лечения 44 (58%) пациентов 1- группы.

Для диагностики ХДЗП и МЖ используются анамнестические данные, наследственная предрасположенность, анамнез заболевания, жалобы пациента (боли в эпигастрии и правой подреберной области, желтуха, кожный зуд, изменение цвета мочи и стула, запоры), наличие геморроя, пальпаторно анализируемая спленомегалия, сосудистые звездочки, ксантелазма, слабость, похудание, нарушение памяти, клинические и

биохимические анализы, особенно результаты ПЩР, заключение УЗС, результаты ЭРПХГ при необходимости ЭГДФС, результаты рентгенологического исследования.

У этой категории пациентов чаще наблюдались такие симптомы, как боль в эпигастрии и правой подреберной области, пожелтение кожи и склер, кожный зуд, изменение цвета мочи и стула, запор, тошнота от мясной и жареной пищи.

При этом результаты биохимических анализов и результаты дополнительных инструментальных методов исследования изучались методом сравнения. Результаты анализа показали, что у пациентов 1 группы боли в правом подреберьи (63,6%) или в эпигастральной области (79,5%), общая слабость (89%), тошнота, рвота (68%), признаки эндогенной интоксикации, отсутствие аппетита (76%) были очевидным и первичным клиническим симптомом.

У пациентов 1-й группы значимых изменений в общем анализе крови, за исключением анемии, не наблюдалось. У 32 (72,7%) пациентов уровень гемоглобина был менее 100 г / л, (табл. 3).

Таблица 3

Результаты общего анализа крови у больных с МЖ вследствие ЖКБ, сопровождающейся ХДЗП.,

Показатели	I группа (n=44)
Эритроциты, млн	3,23±0,19
Гемоглобин, г/л	94,6±4,6
Тромбоциты	145,4±18,3
Лейкоциты	8,01±0,87
П/Я нейтрофилы,%	16,2±0,51
Лимфоциты, %	32,2±2,12

У обследованных пациентов наблюдали влияние билиарной гипертензии, возникшей в результате МЖ, на функциональное состояние печени. Для анализа уровня активности патологического процесса в печени использовали следующие биохимические методы. Наличие цитолиза в ткани печени, активность цитолитических ферментов аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), мезенхимальный воспалительный процесс, тимоловые и сулемовые пробы, степень гепатодепрессии по сывороточному альбумину, а также протромбиновый индекс и синдром холестаза оценивали билирубинемией и щелочной фосфатазой, (табл. 4).

Результаты биохимических анализов показали, что у пациентов 1-й группы, кроме гипербилирубинемии, - у 34 (77,3%) пациентов повысилась активность АЛТ и АСТ в 3-6 раз.

Уровни ПН у больных 1- контрольной группы определяли на основании клинико-биохимических анализов.

Таблица 4

**Показатели функционального состояния печени у больных с МЖ
вследствии ЖКБ, сопровождающейся ХДЗП.**

Показатели	ХДЗП, МЖ (n=44) M±m
АЛТ(ммоль/л.с)	204,09±17,65
АСТ(ммоль/л.с)	206,93±17,88
Тимоловая проба (ед.)	11,4±0,87
Альбумин (%)	27,48±0,77
ПТИ (%)	85,91±1,27
Билирубин общей (ммоль/л)	181,68±15,91

При 1 степени ПН содержание альбумина снизилась на 15%, протромбиновый индекс - на 8%, также наблюдалось повышение билирубина - в 5 раз, АЛТ и АСТ - в 2-3 раза, щелочной фосфатазы - в 2 раза, мочевины крови - в 2 раза.

При 2 степени ПН альбумин снизился на 25%, протромбиновый индекс на 15%, повышение билирубина в 13-14 раз, АЛТ и АСТ в 4-5 раз, щелочной фосфатазы в 4 раза и мочевины крови в 3 раза.

При 3 степени ПН содержание альбумина снизилось на 35%, протромбиновый индекс - на 25% и повышения билирубина в крови - в 18-20 раз, АЛТ и АСТ - в 8-10 раз, щелочная фосфатаза - в 6 раз, мочевина крови - в 4 раза, (табл. 5).

Таблица 5

**Результаты биохимического анализа крови в разрезе уровней ПН
пациентов контрольной группы**

Степени ПН	Били- рубин	Моче- вина	Щелоч- ная фос- фатаза	АЛТ	АСТ	Альбумин	Протром- бин индекс
ПН I	85±6	12,5±1	451±24	120±6,8	120±5,6	30±0,25	90±1
ПН II	244±5	22±1,1	842±15	215±5	221±5	26±0,25	85±2
ПН III	352±8	28±2,0	1425±31	445±20	450±15	22,75±0,75	75±2

В 1- группе у всех 44 пациентов желчные протоки и паренхима печени были обследованы с помощью УЗС. Цирротические изменения ткани печени при УЗС выявлены у 24 (75%) пациентов 1-й группы. Из них – у 17 (39%) пациентов был диагностирован ЦП до госпитализации, - у 7 (16%) был впервые диагностирован в больнице, во время обследования, а – у 6 (13,6%) был диагностирован только во время операции.

Обследование с помощью УЗС выявило дилатацию внутрипеченочных желчных протоков у 68% из 44 пациентов контрольной группы, отсутствие дилатации желчных протоков было - у 32% пациентов. Таким образом, хотя 14 (32%) из 44 обследованных пациентов с ХДЗП и МЖ имели симптомы билиарной гипертензии, расширения внутрипеченочных желчных протоков не наблюдалось, (табл. 6).

Таблица 6

Результаты УЗС обследования у больных с МЖ сопутствующий ХДЗП

	ХДЗП +МЖ
Выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков.	30 (68%)
Расширения внутрипеченочных желчных протоков не наблюдалось.	14 (32%)
Всего	44 (100%)

Четвертая глава диссертации «Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с механической желтухой на фоне хронического диффузного заболевания печени» характеризует результаты диагностики, лабораторного и инструментального обследования и лечения 32 пациентов этой группы. Анамнестические данные, жалобы больной, пожелтение кожных покровов, боль в правом подреберьи, кожный зуд, изменение цвета кала и мочи, а также симптоматический комплекс, характерный для диффузного заболевания печени. К ним относятся запор, вздутия после еды, наличие геморроидальных узлов, гепатомегалия, спленомегалия, сосудистые звездочки, ксантелазма, слабость, потеря веса, энцефалопатия и другие. Проанализированы клинические и биохимические анализы у всех пациентов, особенно результаты ПЦР, рентгенологические, УЗС, ЭГДФС, ЭРПХГ и результаты эластометрии (фибросканирования) и МРПХГ исследований в этой группе пациентов.

У пациентов 2- группы патологический процесс сопровождался местной болью, с четкими проявлениями симптомов ПН и эндогенной интоксикации (ЭИ) и тяжелым течением заболевания, причем эти клинические признаки практически не отличались от 1- контрольной группы.

Результаты лабораторных исследований. При анализировании общего анализа крови - у 28 (87,5%) пациентов определено, что уровень гемоглобина был менее 100 г / л, (табл 7).

Таблица 7

Результаты общего анализа крови у основной группы пациентов.

Показатели	II группа (n=32)
Эритроциты, млн	3,27±0,12
Гемоглобин, г/л	96,5±4,4
Тромбоциты.	232,6±17,6
Лейкоциты.	9,12±0,96
П/Я нейтрофилы,%	8,6±0,16
Лимфоциты, %	29,3±1,84

На основании клинических и биохимических анализов 32 пациентов основной группы степени ПН определяли и анализировали следующим образом. (Табл. 8)

Таблица 8.

**Показания функционального состояния печени при МЖ
сопутствующем ХДЗП.**

Показатели	(n=32) M±m
АЛТ(ммоль/л.с)	185,25±14,67
АСТ(ммоль/л.с)	184,69±14,02
Тимоловая проба (ед.)	1,0±0,03
Альбумин (%)	28,77±0,86
ПТИ (%)	83,73±1,20
Билирубин общий (ммоль/л)	179,37±17,35
Щелочная фосфатаза	778±2,04
Мочевина в крови.	20,3±1,21

У больных с 1 степенью ПН, наблюдали снижение альбумина - $31 \pm 0,50$ (10%), протромбинового индекса - 87 ± 1 (10%), также повышение билирубина – в 6 раз, АЛТ и АСТ – в 2 раза, щелочная фосфатаза – в 3 раза, мочевина крови – в 2 раза.

У больных 2 степенью ПН, наблюдали снижения альбумина в крови – у $27 \pm 0,75$ (20%), протромбинового индекса - $81,1 \pm 2$ (14%) и повышения билирубина - в 16 раз, АЛТ и АСТ - в 5 раз, щелочной фосфатазы - в 5 раз, также 3-кратное увеличение мочевины в крови.

У больных 3 степенью ПН выявлено снижение альбумина - $21,25 \pm 0,75$ (30%), протромбинового индекса - 73 ± 2 (26%), повышение билирубина- 18 раз, АЛТ и АСТ – в 6 раз, щелочной фосфатазы – в 5 раз и увеличение мочевины крови в 4 раза (Табл. 9).

Таблица 9

**Распределение на степени ПН по данным биохимического анализа
крови основной группы пациентов.**

Степени ПН	Билирубин	Мочевина	Щелочная фосфатаза	АЛТ	АСТ	Альбумин	Протромбин индекс
ПН I	96,1±6	12,0±1	461±24	125±6,8	129±5,6	31±0,50	87±1
ПН II	254±4	24±1,1	836±15	225±5	219±5	27±0,75	81,1±2
ПН III	402±10	28,5±2	1402±31	439±20	435±25	21,25±0,75	73±2

Ультразвуковая сонография. УЗС проведена у всех 32 пациентов основной группы. Цирротические изменения ткани печени выявлены у 22 пациентов II группы. Из них 12 пациентам был поставлен диагноз ЦП до

прибытия в больницу, а у 10 – в клинике в процессе обследования. Несмотря на то, что у 8 пациентов из этой основной группы были клинические признаки МЖ, при обследовании УЗС признаков билиарной гипертензии не выявлено. У всех 8 пациентов с этой группы синдром МЖ был диагностирован использованием дополнительных современных методов, таких как эластометрия печени и МРПХГ.

Сонографическое обследование выявило дилатацию внутрипеченочного желчного протока у 75% из 32 пациентов основной группы и отсутствие дилатации внутрипеченочного желчного протока у 25% пациентов. Хотя 8 (25%) из 32 пациентов, обследованных с ХДЗП и МЖ, имели клинические симптомы билиарной гипертензии, расширения внутрипеченочных желчных протоков не наблюдалось. (Табл. 10).

Таблица 10
Диагностические результаты УЗС у пациентов с ХДЗП с МЖ.

Результат.	ХДЗП+МЖ
Выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков.	24 (69%)
расширения внутрипеченочных желчных протоков не наблюдалось.	8 (31%)
Всего	32 (100%)

Эндоскопия. В результате ЭГДФС исследования из 32 (100%) больных ВРВП выявлен у 13 (41%) пациентов. Из них у 6 (19%) пациентов был I степени ВРВП, у 4 (12,5%) пациентов был II степен и у 3 (9%) пациентов обнаружена III степен ВРВП. Из обследованных пациентов у 2 (6%) в анамнезе была кровотечения из ВРВП за счет портальная гипертензия.

Эластометрия. С целью определения лечебно-диагностической тактики для уточнения степени фиброза печени в основной группе у 29 (90,6%) пациентов выполнено эластометрическое обследование. Из 29 пациентов, обследованных с помощью эластометрии, у 22 был F4, у 4 - F3 и у 3 - F2 степени фиброза.

Магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ). МРПХГ - скрининг был проведен у 8 (25%) пациентов для определения причины МЖ из-за отсутствия дилатации внутрипеченочных желчных протоков при УЗС. У 8 (25%) пациентов при доклинической диагностике МЖ при МРПХГ желчном протоке обнаружены конкременты разного размера, что не было обнаружено при УЗС.

Следует отметить, что эластометрическое обследование этих пациентов выявило уровни - F4 ЦП. В связи с вышеизложенным, во избежание повторения наблюдаемых у данной 1-й контрольной группы осложнений (гемобилизация, подтекание крови и желчи в брюшную полость) у пациентов применялась только эндоскопическая ретроградная декомпрессия, и это является эффективным методом у данной категории пациентов.

Методы лечения.

Консервативный метод. Все пациенты II группы лечились традиционными методами: спазмолитиками, анальгетиками, дезинтоксикацией и симптоматическим лечением. Лактулоза, Гепато-Мерц 20 мл, Глутатионовая кислота 1200 мг, блокаторы гистамина H2 и антациды были рекомендованы для лечения печеночной энцефалопатии и предотвращения кровотечений. Синтетический аналог витамина К 1% викасол 1,0 x 2 раза был рекомендован в течение 3 дней после анализа системы свертывания крови в этой группе пациентов.

Хирургический метод: использовались хирургические методы - лапаротомия, лапароскопия, миниинвазивные методы (ЭРПХГ+ЭПСТ+ЛЭ, эндоскопические стентирование общего желчного протока, ЧЧХС).

Хирургические вмешательства выполнены пациентам основной 2- группы. В общей сложности – у 29 (90,5%) из 32 пациентов, произвели операцию ЭРПХГ+ ЭПСТ+ЛЭ, как 1- этап лечения. Малоинвазивные методы были выполнены у 13 пациентов со 2- степенью ПН и F3-F4 степени фиброза, также 3 степенью ПН - у 2 пациентов.

У 3 (9,5%) из этой группы пациентов ЧЧХС была выполнена из-за невозможности декомпрессии общего желчного протока эндоскопическим ретроградным методом. Чтобы предотвратить постманипуляционные осложнения, этот метод ЧЧХС использовался при эластометрическом исследовании только при наличии фиброза на уровне F2 в ткани печени. Из 32 пациентов как 2- этап лечения у 22 (69%) больных произведена лапароскопическая холецистэктомия, - у 4 (12,5%) пациентов произведена традиционная холецистэктомия с холедохолитотомией и дренированием общего желчного протока по Керу. Причиной выполнения традиционной холецистэктомии с холедохолитотомией, была невозможность удалить камень из общего желчного протока мини-инвазивным способом. У 6 (18,75%) больных, механическая желтуха была устранена с помощью ЭРПХГ + ЭПСТ +ЛЭ. (Табл. 11).

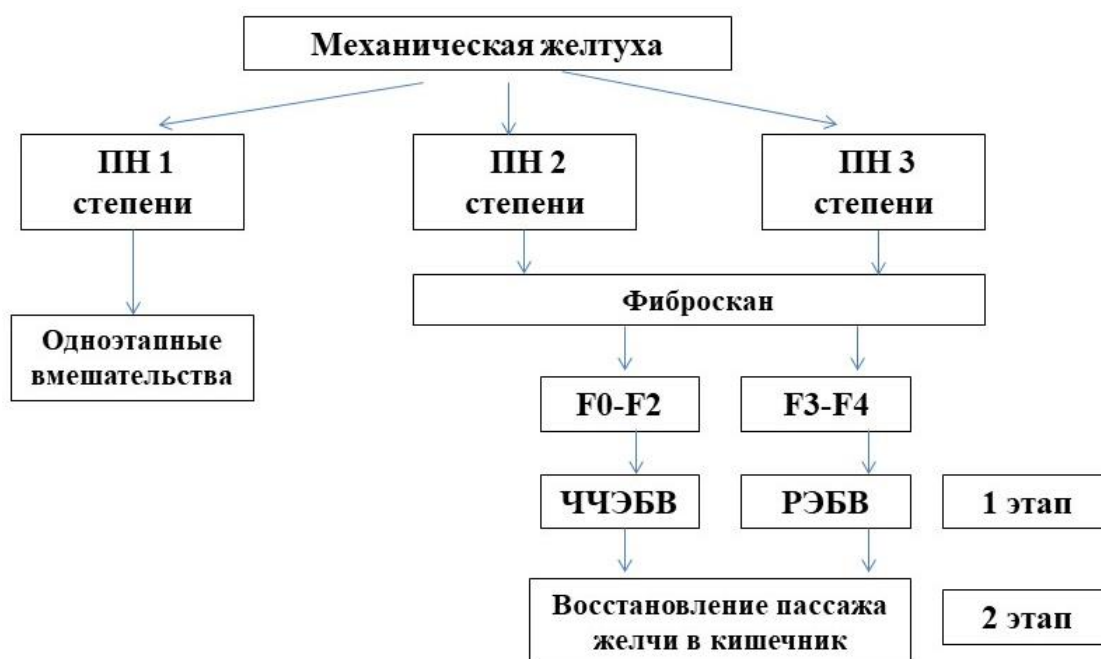
Таблица 11

Виды хирургических вмешательств у больных II основной группы.

Степени ПН	ХЭК+Холедо холитотомия		ЛХЭК		ЭРПХГ+ЭПСТ+ ЛЭ		ЧЧХС	
	n=32	%	n=32	%	n=32	%	n=32	%
ПН I ст	4	2,5	7	22	14	43,75	3	9,5
ПН II ст			13	40,5	13	40,5		
ПН III ст			2	6,25	2	6,25		
Всего	4	2,5	22	68,75	29	90,5	3	9,5



Диагностический алгоритм при желтухе на фоне диффузных заболеваний печени



Лечебный алгоритм при механической желтухе на фоне диффузных заболеваний печени

ВЫВОДЫ

1. В экстренных хирургических отделениях, больные механической желтухой составляют 4,6% от числа всех пациентов находящихся на

стационарном лечении, у 64% из которых причиной является желчнокаменная болезнь. У больных желчнокаменной болезнью с механической желтухой в 20,4% случаев обнаружены хронические диффузные заболевания печени, как сопутствующее заболевание. В 30% случаев у пациентов с механической желтухой, диагноз цирроз печени был установлен после госпитализации в процессе обследования. Основная причина сложности или задержки постановки диагноза цирроз печени заключается в том, что заболевание протекает бессимптомно в течение длительного времени.

2. У пациентов с механической желтухой с сопутствующим хроническим диффузным заболеванием печени, боль в животе, сопровождалась с общей слабостью и диспепсическими симптомами, которые преобладали. У этих пациентов не наблюдалось расширения внутрипеченочных желчных протоков в 31% случаев механической желтухи при УЗИ из-за цирротической трансформации ткани печени. Эти изменения возникали на стадии F4 процесса фиброза в тканях печени, при эластометрическом исследовании.

3. Сочетание механической желтухи и хронического диффузного заболевания печени на почве желчнокаменной болезни - сложный патологический процесс, правильная диагностика которого требует углубленного диагностического исследования. В противном случае механическая желтуха у этой группы пациентов может быть невыявлена и больной может быть направлен в стационары другого профиля. У этой категории пациентов на I-II этапах лечения механической желтухи наблюдались тяжёлые осложнения (гемобилия, желчеистечение и кровотечение в брюшную полость), летальность составила 9,1%. Эти осложнения наблюдались у больных II-III степени ПН.

4. В устранении механической желтухи на фоне хронического диффузного заболевания печени эффективны миниинвазивные методы декомпрессии, и при их выборе важную роль играет, состоянию паренхимы печени по результатам эластометрии. При фиброзе в паренхиме печени F3-F4 целесообразно подбирать эндоскопические методы лечения на степени II-III ПН. Использование метода ЧЧХС является эффективной при F2 – стадии фиброза.

5. При подозрении на хроническое диффузное заболевание печени у больных желчнокаменной болезнью с механической желтухой в алгоритме обследования и лечения: жалобы пациента, анамнез, клинические признаки, лабораторные исследования, , УЗИ, ЭГДФС, ЭРПХГ исследования могут быть недостаточными, в этом случае эластометрия печени и МРТ-холангиография являются более целесообразным.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 ON AWARDING
OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE**

MEDICAL INSTITUTE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

KENJAEV LAZIZ RAZZAKOVICH

**IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF
CHOLELITHIASIS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE ON THE
BACKGROUND OF DIFFUSE LIVER DISEASE**

14.00.27 - Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

Bukhara – 2022

The topic of the dissertation of the Doctor of philosophy (PhD) in medical science is registered in the Higher attestation commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2021.1.PhD/Tib1753

The dissertation carried out at the Bukhara state medical institute.

The abstract of the dissertation in three languages (uzbek, russian and english (summary)) is available on the website of the Scientific council (www.bsmi.uz) in the information and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Research advisor	Urokov Shukhrat Tukhtaevich doctor of medical science
Official opponents	Ligay Ruslan Efimovich doctor of medical science Xakimov Murod Shavkatovich doctor of medical science, professor
Leading organization	National Medical Research Center for Surgery named after A.V. Vishnevsky. (Russia Federation).

The defense will take place "___"_____ 2022 in the meeting of the Scientific Council of DSc/PhD. 04/30. 12. 2019. Med.93. 01 at the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino (Address: A. Navoi str., 1, 200118, Bukhara. Contacts: Phone number: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

The dissertation can be found in the Information and Resource Center of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino (registered under No._____). (Address: A. Navoi str., 1, 200118, Bukhara. Contacts: Phone number: (+99865) 223-17-53; fax: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

The abstract of the dissertation has been sent out "___"_____2022 of the year.

(Register of the mailing protocol no. from_____2022 year).

A.Sh. Inoyatov

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

D.N. Achilova

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

N.A. Nuraliyev

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of the dissertation of the PhD)

The aim of the study is to improving the diagnosis and treatment tactics in cases of mechanical jaundice as a result of gallstones accompanied by cirrhosis of the liver.

The object of the study was 76 patients treated in 2016-2020, with cholelithiasis with the development of obstructive jaundice, accompanied by chronic diffuse liver diseases, in the emergency departments of the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Care.

The scientific novelty of the research is as follows:

the frequency of occurrence of cholelithiasis with obstructive jaundice, accompanied by chronic diffuse liver disease, was determined;

the peculiarities of the clinical course and the dependence of ultrasound examination on the degree of liver fibrosis in patients with obstructive jaundice accompanied by chronic diffuse liver disease have been studied;

in patients with obstructive jaundice due to gallstone disease, accompanied by diffuse liver damage, treatment tactics are presented depending on the degree of liver failure;

an improved diagnostic and treatment algorithm has been developed taking into account the identified complications as a result of the conventional treatment of patients with diffuse liver disease with obstructive jaundice

The reliability of the research results is Theoretical approaches and methods used in the study, the methodological accuracy of the research, the number of research objects, the use of clinical, instrumental (ultrasound sonography, elastometry, EFGDS, EPST, ERPHG, MRPHG), statistical methods, as well as the comparison of the results with international and domestic studies and that the findings have been approved by the competent authorities.

Implementation of the research results. On the basis of scientific findings on improving the results in the prevention of complications of surgical jaundice against the background of diffuse liver disease by improving the results of surgical treatment:

The methodical recommendation “Diagnostic algorithm of mechanical jaundice in patients with liver cirrhosis” developed on the basis of scientific research on surgical treatment of mechanical jaundice against the background of diffuse liver disease was approved (Reference of the Ministry of Health No. 8n-m / 766 of September 10, 2021). The proposed recommendations allowed to increase the efficiency and quality of surgical treatment of patients with mechanical jaundice accompanied by cirrhosis of the liver by accurate diagnosis of mechanical jaundice associated with liver cirrhosis;

The results of the examination and treatment of patients with cirrhosis of the liver and mechanical jaundice were applied to health care practices, including medical associations of Bukhara, Vobkent, Gijduvan districts, as well as the Bukhara branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine. Reference No. 0809/6578 of September). The introduction of the obtained results into clinical practice will help to prevent or drastically reduce complications in the

treatment of patients with mechanical jaundice associated with cirrhosis of the liver.

Publication of the research results - in total of 19 scientific papers on the topic of the dissertation was published. Of these, 7 articles were published in scientific journals recommended for publication of the main scientific results of dissertations of the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan, including 4 in national and 3 in foreign journals.

The structure and scope of the dissertation: The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, findings, practical recommendations and a list of cited literature. The dissertation is presented on 114 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р. Diagnostics treatment of mechanical jaundice on the background of liver cirrosis // International scientific Journal. АКШ, Филадельфия, July 30. - 2020. - №87. - P. 432-435. (Impact Factor 8.997).

2. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р. Spesefic aspects of diagnosis in cases of mexanical jaundice accompanied by liver cirrosis // PalArchs Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology. - Egypt. - 2020. - №17 (6). - С. 14358-14364. (Scopus).

3. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р. Механик сарикликнинг жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда қиёсий ташхислашнинг ўзига хос томонлари. // Тиббиётда янги кун. - Бухоро - 2020. - №4. - С. 300-304. (14.00.00; №22).

4. Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Фаниев А.А., Ганжиев Ф.Х., Эгамов У.М. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с деструктивным холециститом // Тиббиётда янги кун. - Бухоро. - 2020. - №4. -С. 247-249. (14.00.00; №22).

5. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р. Improving the results of mechanical jaundice in the backround of diffuse liver disease // Journal off natural remedies. – 2021. - Vol. 22, No.1(2). - С. 132-137. (Scopus).

6. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р., Жумаева Н.Х. Жигарнинг цирротик трансформацияси туфайли билиар тизимдаги архитектураник ўзгаришларнинг сариклик диагностикасидаги ахамияти // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарқанд. - 2021. - №1 (125). - С. 79-82. (14.00.00; №19).

7. Ўроқов Ш.Т., Мусоев Т.Я., Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М. Результате лечения синдрома механической желтухи на фоне диффузных заболеваний печени // Ўзбекистон тиббиёт журнали. - Тошкент. -2021. -№2. - С. 44-48. (14.00.27.№8)

II бўлим (II часть; part II)

8. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р. Ўт тош касаллиги сабабли келиб чиккан механик сарикликнинг жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда диагностика ва даволашда замонавий қарашлар // Журнал гепатогастроэнтералогических исследований. – Самарқанд, 2020. - №1. - С. 104-108.

9. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р. Механик сарикликнинг жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда ташхислашнинг ўзига хос томонлари // Журнал гепатогастроэнтералогических исследований. - Самарқанд, 2020. - №2. - С. 72-76.

10. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р., Саидов И.К., Тўраев У.Р., Абдурахманов Ш.М., Хаётов Ш.Х., Хамроев Б.С. Хирургическая тактика при сочетании калькулёзного холецистита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Вопросы науки и образования, - Россия. – 2018. - № 27(39). - С. 115-117.

11. Кенжаев Л.Р., Муродов Т.Р., Тўраев У.Р., Саидов И.К., Холиқов Ф.Й. Использование малоинвазивных методов лечения больных с механической желтухой в неотложной хирургии // Достижения науки и образования, - Россия. - 2018. - № 14 (36). - С. 73-75.

12. Кенжаев Л.Р. Механик сарикликнинг жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда даволаш тактикаси // Ўзбекистон умидли ёшлари илмий амалий конференция. – Тошкент, 2021. - С. 80-82.

13. Хаётов Ш.Х., Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Эгамов Ў.М., Кўлдошев Ғ.Н. Анализ случаев конверсии при лапароскопической холецистэктомии. “Вохидов ўқишлари” илмий – амалий конференция // Ўзбекистон хирургияси. – Тошкент, 2021. - №1. - С- 87-88.

14. Ўроқов Ш.Т., Мусоев Т.Я., Кенжаев Л.Р. Механик сарикликнинг жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда эндоскопик ретроград панкреатохолангиографиянинг роли. “Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: шошилинч тиббий ёрдамда минимал инвазив технологияларнинг роли ва ўрни” 16-Республика илмий - амалий анжумани. Самарканд, 2021 йил, 21 май. // Шошилинч тиббиёт ахборотномаси. – 2021. – Т. 14, №2. - С. 63.

15. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Ганиев А.А. Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: шошилинч тиббий ёрдамда минимал инвазив технологияларнинг роли ва ўрни 16-Республика илмий - амалий анжумани. Самарканд, 2021 йил, 21 май // Шошилинч тиббиёт ахборотномаси. – 2021. – Т. 14, №2. - С. 63.

16. Kenjayev Laziz Razzoqovich. The effectiveness of minimally invasive interventions in patients with destructive cholecystitis // International conference on Social and humanitarian research 17-18th September. – Poland, 2021. - С.120.

17. Ўроқов Ш.Т., Кенжаев Л.Р. Механик сарикликнинг жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда ташхислаш ва даволаш // Models and methods for increasing the efficiency of innovative research international scientific online conference. 9-October. – Germany, 2021. - С. 68-78.

18. Кенжаев Л.Р. Миниинвазивные вмешательства у больных с деструктивным холециститом. Pedagogical sciences and teaching methods international conference. 10-October. – Daniya. 2021. - С. 105-111.

19. Kenjayev Laziz Razzoqovich. The effectiveness of diagnostic and treatment methods in cases of mechanical jaundice accompanied by Cirrhosis of the liver // International conference on Applied Sciences 24-25th September. – London, United Kingdom 2021. - С.153-154.

20. Кенжаев Л.Р., Ўроқов Ш.Т. Механик сарикликнинг жигар циррози билан бирга келган беморларда ташхислаш алгоритми // Услубий тавсиянома. - Бухоро, 2021. - 23 б.

Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ҳамда ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 16.02.2022 йил. Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,0 Адади: 100 нусха. Буюртма №71.

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.
“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45

