

ЎТ ЙЎЛЛАРИ ХАВФСИЗ ПАТОЛОГИЯЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Мирмухамедов Насимжон Джамшиедович¹, Саймуродова Шахноза

Зиёдуллаевна², Ширинова Шахинабону Бобировна²

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети

2 – Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

Аннотация. Ўт йўллари хавфсиз касалликлари қорин бўшлиғи аъзолари жарроҳлик патологиясининг етакчи сабабларидан бири бўлиб қолмоқда ва ўз вақтида ташхис қўйилмаганда асоратларнинг юқори хавфи билан бирга келади. Замонавий визуализация усуллари ва кам инвазив технологияларнинг ривожланишига қарамай, клиник амалиётда диагностика ва даволаш ечимларининг ўзгарувчанлиги сақланиб қолмоқда. Мақолада хорижий, русийзабон ва ўзбек адабиётлари маълумотларини ҳисобга олган ҳолда билиар патологияни ташхислаш ва даволашга замонавий ёндашувларнинг таҳлилий шарҳи келтирилган. Даволашнинг клиник ва иқтисодий самарадорлигини ошириш учун хавф-стратификация ва диагностика босқичларига асосланган алгоритмлаштирилган ёндашувнинг аҳамиятига алоҳида эътибор қаратилган.

Калит сўзлар: ўт йўллари, ўт-тош касаллиги, холецистит, холедохолитиаз, диагностика, даволаш, клиник алгоритмлар.

Долзарблиги. Ўт йўллари хавфсиз касалликлари қорин бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик патологияси таркибида етакчи ўринни эгаллайди. Ўт-тош касаллиги ва унинг асоратларининг юқори тарқалиши, шунингдек, билиар патологиянинг сурункали шакллари билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши диагностика ва даволаш ёндашувларини такомиллаштириш долзарблигини белгилайди. Патологияни ўз вақтида аниқламаслик ёки оптимал бўлмаган даволаш тактикасини танлаш оғир

асоратларнинг ривожланишига, касалхонага ётқизиш муддатларининг узайишига ва иқтисодий харажатларнинг ошишига олиб келиши мумкин [1, 2].

Хорижий адабиётлар маълумотларига кўра, ўт йўллариининг хавфсиз касалликлари (биринчи навбатда ўт-тош касаллиги, ўткир ва сурункали холецистит, холедохолитиаз) юқори тарқалишни сақлаб қолмоқда ва жарроҳлик ва гастроэнтерологияга сезиларли юқламани шакллантирмоқда. Эпидемиологик тадқиқотлар ўт-тош касаллиги частотасининг барқарор ўсиш тенденциясини кўрсатмоқда, бу аҳолининг қариши ва метаболик хавф омиллари билан боғлиқ [3, 4].

Хорижий клиник қўлланмалар шуни таъкидлайдики, клиник амалиётнинг асосий муаммоси нафақат замонавий визуализатсия ва кам инвазив даволаш усуллариининг мавжудлиги, балки беморни йўналтириш ва даволаш тактикасининг сезиларли ўзгарувчанлигидадир. TG18 ва WSES тавсияларида эрта лапароскопик холетсистектомиянинг афзаллиги таъкидланган, ASGE ва ESGE ҳужжатларида эса хавф-стратификацияси ва ЭРСПдан олдин МРСП/ЭУСни оқилона қўллаш муҳимлиги таъкидланган [5-7].

Рус тилидаги адабиётлар ва миллий клиник тавсияларда ҳам билиар патологиянинг асоратланган шакллари ва диагностик хатоларнинг юқори частотаси, айниқса холециститнинг жигардан ташқари ўт йўллариининг шикастланиши билан бирга келиши таъкидланган. Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ўткир холецистит бўйича клиник тавсияларида ўз вақтида жарроҳлик аралашуви зарурлиги ва шароитлар мавжуд бўлганда лапароскопик ёндашув афзаллиги таъкидланади [8, 9].

Баъзи рус тилидаги манбалар шуни кўрсатадики, ҳатто ультратовуш текшируви биринчи қатор усули сифатида қўлланилганда ҳам, унинг чекловлари ва йўл патологиясини етарлича баҳоламаслик хавфи сақланиб қолади. Холедохолитиаз ва холангитнинг кеч аниқланиши асоратлар частотасининг ошишига ва даволаш давомийлигининг узайишига олиб

келади, бу эса диагностика алгоритмларини стандартлаштириш зарурлигини таъкидлайди [10, 11].

Ўзбекистонлик тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, алгоритмлашнинг долзарблиги билиар патологиянинг клиник шакллариининг хилма-хиллиги, шу жумладан Мириззи синдроми, холедохолитиазнинг мураккаб вариантлари ва операциядан кейинги билиар асоратлар билан боғлиқ. Диагностик йўлни танлаш (УТТ, ЭРХПГ, интраоператсион холангиография) аралашувнинг хавфсизлиги ва асоратлар частотасига бевосита таъсир қилиши кўрсатилган [12, 13].

Шунингдек, ўзбек муаллифларининг ишларида холетсистохоледохолитиазда комбинацияланган даволаш тактикасини унификатсиялаш зарурлиги таъкидланган. Босқичли ва бир марталик аралашувларнинг қиёсий таҳлили, шунингдек, эндоскопик ва лапароскопик технологияларнинг комбинацияси шуни кўрсатадики, ягона алгоритмларнинг йўқлиги кўпинча даволаш муддатларининг чўзилишига ва такрорий касалхонага ётқизишга олиб келади [14, 15, 16].

Хулоса қилиб айтганда, кўриб чиқилган мавзунинг долзарблиги билиар патологиянинг юқори тарқалганлиги, диагностик ва даволаш ечимларининг сақланиб қолаётган ўзгарувчанлиги ва хавф-стратификацияга асосланган алгоритмлаштирилган ёндашувнинг исботланган самарадорлиги, визуализатсия босқичлари ва даволаш тактикасини оқилона танлаш билан белгиланади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Everhart JE, Ruhl CE. Burden of digestive diseases in the United States part I: overall and upper gastrointestinal diseases. *Gastroenterology*. 2009;136(2):376–386.
2. Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20(6):981–996.

3. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012;6(2):172–187.
4. Portincasa P, Moschetta A, Palasciano G. Cholesterol gallstone disease. Lancet. 2006;368(9531):230–239.
5. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):41–54.
6. Ansaloni L, Pisano M, Coccolini F, et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. World J Emerg Surg. 2016;11:25.