

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ ҚЎЙИШ ВА ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ўроқов Ш. Т, Холиқов Ф. Й, Мусоев Т. Я, Кенжаев Л. Р

Республика шошлинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро, Ўзбекистон

ARTICLE INFO.

Таянч сўзлар: Холецистит, Ҳолатларда.

Аннотация

Кўпгина тадқиқотчилар ўт тош касалиги (ЎТК), хусусан ўткир тошли холецистит (ЎТХ) ва диафрагма қизилўнган тешиги чурраси (ДҚТЧ) ўртасида яқин муносабатларни ўрнатдилар. Р.Б. Авакян ва А. Л. Гуца, хусусан, гастроэзофагеал рефлюкс сабаб бўлган, ДҚТЧ ва ЎТК ривожланиш комбинацияси табиий деб ҳисоблашади. Жарроҳлик тарихининг кўп йилларида тасвирланган клиник синдромлар ушбу фикларни қўллаб-қувватлайди. Ушбу синдромлардан бири Сейнт триадаси, булар ДҚТЧ, ЎТК ва йўғон ичакнинг дивертикулёзи билан комбинациясини ўз ичига олган бўлиб 3,2-5% ҳолларда ташхис қўйилган. Кейинги синдром Кастен триадаси 7,2% ҳолларда учраб, ЎТК, ўн икки бармоқли ичак яраси, ДҚТЧ комбинацияси билан характерланади. Яна бир синдром Лортат-Жейкоб синдроми деб номланувчи синдром бўлиб, ДҚТЧ, ўткир тошли холецистит ва қизилўнган дивертикулларини бирлаштиради. Ўткир холецистит ва ДҚТЧ алоҳида комбинацияси беморларнинг 4,5-60 фоизда учрайди. [1; 2; 3; 4; 5; 6].

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2023 LWAB.

Анъанавий ва ЛХЭК ни амалга ошириш усуллари яхши ўрганилган ва такомиллаштирилган бўлсада, холелитиязли беморларни жарроҳлик даволаш натижалари ҳали ҳам маълум муаммоларни келтириб чиқаради. Адабиётлар маълумотида кўра, ўт пуфагини олиб ташланган беморларнинг 20% гача "Постхолецистэктомик синдром" деб номланувчи муаммолар давом этмоқда [7]. Ушбу синдромга холецистэктомиядан кейин қориннинг юқори қисмида янги оғрик пайдо бўлиши ва овқат ҳазм қилиш бузилиши киради.

Холецистэктомия қилинган беморларнинг 10-20% дан кўпроғида операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғидаги оғрик хуружларининг пайдо бўлиши қайд этилган. Шуни таъкидлаш керакки, холецистэктомиядан кейин қониқарсиз ҳолатларининг 80%дан ортиғи операциянинг ўзи билан бевосита боғлиқ эмас [8].

Ишнинг мақсади: Диафрагманинг қизилўнган тешиги чурраларини ўткир холецистит билан бирга келган ҳолатларда диагноз қўйиш ва даво самарадорлигини ошириш.

Материал ва методлар: Илмий иш Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида I - II шошилич жарроҳлик бўлимларида 2017-2023 лар давомида олиб борилди.

Бундай беморларни текшириш учун лаборатория ва инструментал текшириш усуллари қўлланилди. Диагностика алгоритмига клиник ва лаборатория тадқиқотлари усуллари, корин бўшлиғи аъзоларини ултратовуш текшируви ва эндоскопик, катта дуоденал сўрғич ҳолати, ошқозон-ичак трактини юқори қисми эндоскопик текширувлари, МСКТ, ошқозон-ичак трактининг рентген контрастли текшириш усуллари кўрсатмаларга асосан бажарилди.

Текшириш беморлари 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. I-гуруҳга ўткир тошли холецистит билан турли вақтда операция қилинган (холецистэктомия) лекин диспептик шикоятлари бор беморлар киритилди (n=35). Бу беморлар операциядан кейинги даврда турли диспептик симптомлари бор ҳолда шикоят қилиб келди: зарда қайнаш, корин дам бўлиши, оғиз аччиқ бўлиши, овқат қабул қилгандан кейин тўш остида оғрик, кекириш. Ушбу гуруҳ беморлар орасидан юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилганда диафрагманинг қизилўнғач чурраси (ДҚТЧ) ва турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагит ва гастроэзофагал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) аниқланди. Бу беморларда клиник белгиларга асосан ретроспектив касаллик тарихлари юзасидан ва ҳозирги ҳолати юзасидан текширишлар олиб борилди. II-асосий гуруҳ беморлар (n=49) ЎТХ билан мурожаат қилиб келган ва шикоятларида асосий хуруж симптомларидан ташқари, узоқ вақт диспептик симптомлар билан аъзият чеккан беморларда, қўшимча равишда, юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилган ҳолда турли даражада ривожланган ДҚТЧ бор беморлар ажратиб олинди.

Жинсий фарк бўйича аёллар (36 эркак ва 48 аёл) устунлик қилди. Беморларнинг ёшига қараб ва жинси бўйича тақсимланиши I-жадвалда келтирилган.

1-жадвал Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши.

Ёши	Эркаклар		Аёллар	
	I Гуруҳ	II Гуруҳ	I Гуруҳ	II Гуруҳ
18 - 44	1	1	-	3
45 - 59	10	12	15	17
60 - 74	7	5	2	11
75 - 90	-	-	-	-
Жами	18 (21,4%)	18 (21,4%)	17	31

Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилар бўлди: ГЭРБ ва эзофагитининг клиник белгилари эндоскопик ва рентгенологик тасдиқланган ва ўткир холецистит ташхиси қўйилган беморлар олинди.

I-гуруҳ беморлар орасида 17(48,5%) аёллар ташкил қилди, эркаклар 18(51,5%) ташкил қилди. Асосан беморлар 45-59 ёш оралиғида (25 бемор).

II-гуруҳ беморлар орасида аёллар кўпчиликини ташкил қилган бўлса 31(62,3%), эркаклар 18 (36,7%) ташкил қилди. Бу гуруҳдан ҳам аксарият беморлар 45-59 ёш оралиғида (29 бемор).

Биринчи гуруҳ беморларда бажарилган холецистэктомиялар (ХЭК) 25(71,4%) та ЛХЭК ва 10(28,6) тасида ТХЭК бажарилган. Операцияларни бажарилганлик муддати 3 ойдан 5 йилгача.

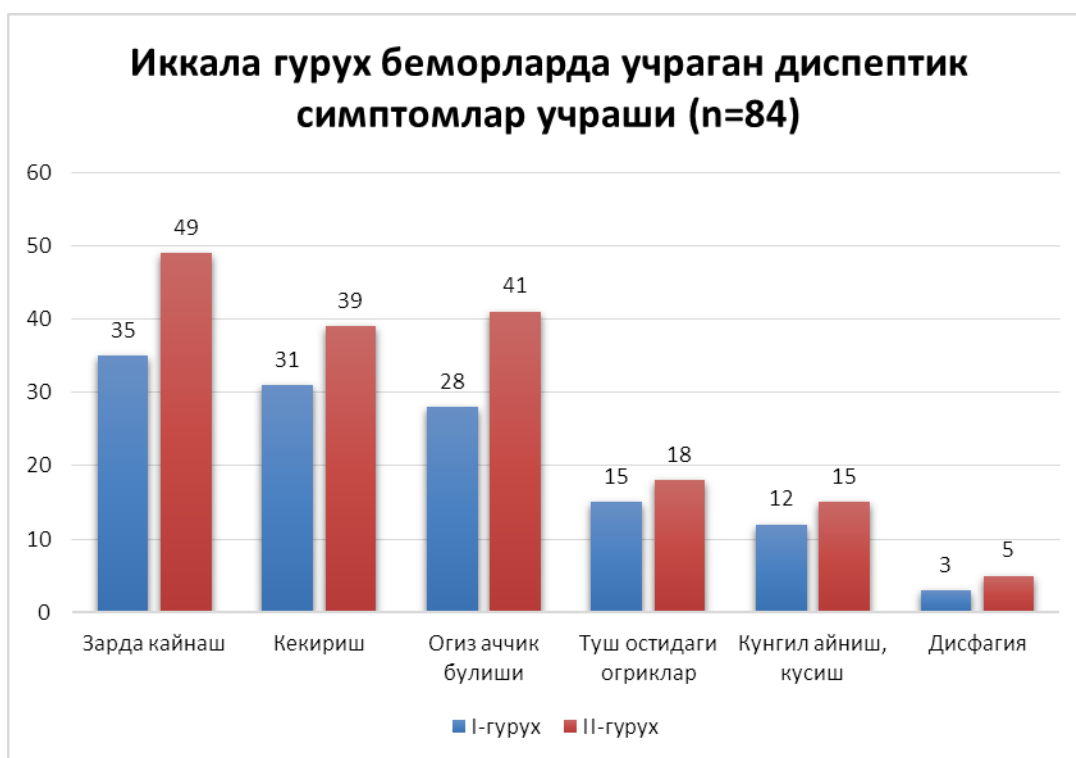
Операциядан кейин ушбу беморларнинг барчасида безовталиқ ва юқорида айтилган шикоятларнинг борлиги сабабли антисекретор терапия тавсия этилган. Чуқур инструментал текширишлар олиб борилганига қарамадан ДҚТЧ аниқланмаган. Барча беморларда рефлюкс эзофагитнинг консерватив терапияси вақтинчалик таъсир кўрсатди. Терапия тўхтатилгандан сўнг симптомлар кайтган.

Иккала гуруҳ беморларда рефлюкс эзофагит клиник ва эндоскопик йўл билан ташхис қўйилди.

Иккала гуруҳ беморларда учраган диспептик симптомлар учраши (n=84) 2 - жадвал

№	Диспептик симптомлар	I-гуруҳ (n=35)	II-гуруҳ (n=49)
1.	Зарда қайнаш	35 (100%)	49(100%)
2.	Кекириш	31(88%)	39(80%)
3	Оғиз аччиқ бўлиши	28(80%)	41(84%)
4.	Тўш остидаги оғриқлар	15(43%)	18(37%)
5.	Кўнгил айниш, қусиш	12(34%)	15(31%)
6.	Дисфагия	3(8,5%)	5(11%)

Биринчи гуруҳ беморларида зарда қайнаш 35(100%), оғиз аччиқ бўлиши 28(80%), тўш остидаги ва эпигастрал сохадаги оғриқлар 15(43%) шикоят қилишган. Ушбу беморларда холецистэктомиядан олдин ҳам, кейин ҳам юқорида тавсифланган оғриқдан шикоят қилишган. Факатгина беморлар ушбу шикоятлар билан УТТ ўтганида ўт пуфагидаги тошлар аниқланган ва беморларга ХЭК операцияси таклиф қилинган. Бу беморларнинг аксариятида операциядан кейин ҳам ушбу шикоятлар сақланган.



Иккинчи гуруҳ беморларда ЎТХ билан оғриган беморларда ўткир холециститга характерли симптомлар ривожланган: булар унғ қовурга равоғи ва эпигастрал сохадаги оғриқлар, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюссе –Гиоргиевского (Френикус симптом), симптомларидан ташқари чуқуррок анамнез йиғилганда узоқ вақт давомида рефлюкс – эзофагит ва ДҚТЧнинг турли диспептик симптомлари бор эди булар: зарда қайнаш 49(100%), оғиз аччиқ бўлиши 41(84%), овқат қабул қилгандан кейин тўш остида оғриқ 18(37%), кекириш 39(80%), дисфагия 5(11%), кўнгил айниш ва қусиш 15(31%) ҳолатларда қузатилган (2 - жадвал).

Беморларда эпигастрал ва ўнғ қовурға равоғи остидаги оғриқлар иккала гуруҳда ҳам 100% ҳолларда содир бўлганлиги аниқланди, дармонсизлик ва иштаҳанинг пасайиши - I ва II гуруҳларда гурпуага мос равишда 32(92,7%) ва 42(86,3%); кўнгил айниши, қусиш ва диспепсия - 33(95%) ва 42(86,3%); ўнғ қовурға равоғи остидаги мушаклар таранглиги 12 (34%) ва 17(33,6%) да қайд этилган; Щёткин - Блюмберг симптоми мусбат 4(10%) ва 6(13%) симптомлар қайд

этилган (3-жадвал).

3-жадвал ЎТХ бўлган беморларнинг клиник белгилари

ЎТХ белгилари	I гуруҳ (анамнездан) (назорат n=35)	II гуруҳ (асосий n=49)
Ўнг қовурга равоғи остидаги кучли оғрик	31(88%)	44(90%)
Ўткир эпигастрал сохада оғрик	4 (12%)	5(10%)
Ўнг қовурга равоғи остидаги мушаклар таранглиги	12 (34%)	17(33,6%)
Щёткин-Блюмберг симптоми ижобий	4(10%)	6(13%)
Кўнгил айниши, қусиш, диспепсия	33(95%)	42(86,3%)
Ҳолсизлик, безовталик	32(92,7%)	42(86,3%)
Субфебрилитет	10(30%)	22 (44%)

Изоҳ: -* I гуруҳ ва II гуруҳ ўртасидаги сезиларли фарқлар аниқланди назорат гуруҳлари ($p < 0,05$)

Асосий ва энг характерли иккала гуруҳда ҳам 100% шикоятлар бу зарда қайнаши. Кейинги куп учраган шикоятлар булар кекириш ва огиз аччиқ бўлиши бўлиб иккала гуруҳда ҳам 80-90% орасида намоён бўлган.

Биринчи гуруҳ беморларида бажариладиган операциялар турлари 4-жадвалда келтирилган.

I гуруҳ беморларда бажарилган операциялар (n=35)

4-жадвал

I гуруҳ беморларида бажариладиган операциялар	I гуруҳ (n=35) бажариладиган операциялар (n=32*).	
	беморлар сони	
Жарроҳлик тури ва уларнинг комбинациялари	Лапараскопик	Анъанавий
Холецистэктомия (n=35)	24(68,5%)	11(31,5%)
Фундопликация (n=35)	22 (63%)	13(37%)

Биринчи гуруҳ беморларига юқорида айтганимиздек, анамнездан ЎТХ сабабли холецистэктомия ўтказган беморлардан 35 бемор киритилган. Уларнинг 24(68,5%) тасида ЛХЭЖ ва 11(31,5%) ТХЭЖ операциялари ўтказилган. Касаллик тарихининг давомийлигига ва касаллик тарихи кўчирмасига асосан, беморлар ХЭЖ операциясини бошидан кечирганлик муддатлари куйидагича тақсимланди: бир йилгача – 22(63%); 1 йилдан 3 йилгача – 12 (34%); 3 йилдан - 5 йилгача – 1 (3%) бемор.

II гуруҳ беморларда бажарилган операциялар (n=49)

5-жадвал

II гуруҳ беморларида бажариладиган операциялар	II гуруҳ (n=49) бажариладиган операциялар (n=32*).	
	беморлар сони	
Жарроҳлик тури ва уларнинг комбинациялари	Лапараскопик	Анъанавий
Холецистэктомия (n=49)	42(85%)	9(15%, 2 та конверсия)
Фундопликация (n=49)	42(85%)	9(15%, 2 та конверсия)

Иккинчи гуруҳ беморларига ЎТХ сабабли мурожаат қилган ва йўлдош касаллик сифатида ДҚТЧ, ГЭРК бор беморлардан 49 нафари киритилган. Уларнинг 42(85%)тасида ЛХЭЖ ва 7(15%) ТХЭЖ операциялари ўтказилган.

Ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси қизилўнгачнинг узунасига қисқариш даражасига, ДҚТЧ турига ва биргаликда жарроҳлик касалликларининг мавжудлигига боғлиқ эди.

Биринчи даражали қизилўнгач узунасига қисқариши бўлган беморларни жарроҳлик даволаш тактикаси вақт ўтиши билан сезиларли ўзгаришларга дуч келди. Илгари фундопликация кўпинча гастропексия, крурорафия билан бирлаштирилган, аммо кейинчалик бу аралашувлар аста-секин қилинмай бошланди, чунки улардан фойдаланиш кўпинча кучли оғриқ ва турли хил асоратларга олиб келди. Бундан ташқари, қизилўнгач узунасига қисқарганда, операциянинг асосий мақсади, ДҚТЧни бартараф қилиш эмас, балки гастроэзофагеал рефлюксни бартараф қилиш мақсадида кардия соҳасида манжеткали клапан яратишдир. Барча операциялар Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида бажарилди.

Ўткир холецистит билан касалланган беморларда бир вақтнинг ўзида жарроҳлик аралашувларни (симултант) амалга оширишда биринчи босқичда ЛХЭЖ ўтказилди, чунки бу ўткир жараён ва уни бартараф қилмасдан биз антирефлюкс жарроҳлигини техник жиҳатдан бажаришимиз қийин деб ҳисоблаймиз. Биринчи гуруҳ беморларда анъанавий холецистэктомия қилинган беморларда, қорин бўшлиғининг юқори этажида чандиқли жараён бўлганлиги сабабли уларда фундопликация операцияси анъанавий кесим билан бажарилди. Бу 11 та бемордан 9 тасида. Асептика ва инфекцияни олдини олиш тамойилларига асосланиб, ЛХЭЖда ишлатиладиган барча асбоблар бошқа асбоблар билан алмаштирилди. Операциянинг иккинчи босқичида ултратовуш асбоблари (диссекторлар) ишлатилди. Шундай қилиб, биринчи босқич холецистэктомия амалга оширилади, иккинчи босқич-фундопликация.

Шуни таъкидлаш керакки, симултант операциялар фақат ўт пуфагининг (УП) чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади. Агар ЎП ва унинг атрофида яллиғланиш жараёни кескин ривожланганида (ЎП гангрена, ЎП атрофи абсцесси, маҳаллий ва тарқалган йирингли перитонит, ЎП тешилиши) симултант операциялар бажарилмайди.

Биринчи гуруҳ беморларига юқорида айтганимиздек, анамнездан ЎТХ сабабли холецистэктомия ўтказган беморлардан 35 бемор киритилган. Уларнинг анамнездан 24(68,5%) тасида ЛХЭЖ ва 11(31,5%) ХЭЖ анъанавий усулда бажарилган. Шу сабабли ушбу беморларда ДҚТЧ ва ГЭРК белгилари рефлюкс-эзофагитнинг турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагитлар борлиги ва консерватив терапия эффективлиги қисқа вақт бўлганлиги сабабли ушбу беморларга антирефлюкс операциялари таклиф қилинди ва бажарилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 22(63%) тасида антирефлюкс операциялар лапароскопик усулда ултратовушли диссекторлар ёрдамида бажарилди ва 13(37%) беморда анъанавий усулда бажарилди.

II асосий гуруҳга ЎТХ ва ДҚТЧ, ГЭРК, рефлюкс – эзофагити бор бўлган 49 та бемор киритилган. Симултант операциялар фақат 9(15%) ҳолатда анъанавий усулда бажарилди. Беморларнинг 9 дан 2(4%) ҳолатда конверсия сабабли анъанавий лапаротом усулга ўтказилди.

Асосий II гуруҳга ўт пуфагининг ва атрофдаги тўқималар ривожланган деструктив жараёнлари (гангрена, ўт пуфаги абсцесси), перитонит, қорин бўшлиғининг юқори қаватида аниқ ривожланган чандиқ жараёни бўлган беморлар киритилмади.

Анъанавий операция ўтказиш техникаси, I гуруҳда бажарилган стандарт холецистэктомия усулида бажарилди. Кўшимча равишда қизилўнгачнинг ДҚТЧ операцияси Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида бажарилди. Ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси ўт пуфаги деструкцияси ва асоратларининг борлигига, қизилўнгачнинг узунасига қисқариш (Баррет қизилўнгачи) даражасига, ДҚТЧ турига боғлиқ булди.

Хулоса

1. Ўткир тошли холецистит билан мурожаат қилган беморларда узоқ вақт давомида сурункали тошли холецистит ва диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси касалликларига хос умумий диспептик симптомлардан иборат симптомокомплекс мавжуд. Беморларни даволашда операциядан олдинги даврда қизилўнгач тешиги чурраси, гастроэзофагал рефлюкс касаллигига шубҳа бўлганда кўшимча инструментал текширишлар ўтказиш керак.
2. Ўткир тошли холецистит билан бирга ДҚТЧ, ГЭРК мурожаат қилган беморларда операциялар кетма кетлиги сақланиши лозим. Биринчи навбатда холецистэктомия, иккинчи этапта инструментларни ултратовуш анжомларига алмаштирган ҳолда фундопликация операциясини бажариш.
3. Ўткир тошли холецистит ва ДҚТЧ бор беморларда симулант операцияларини бажариш, уларни алохида-алохида бажаришга нисбаттан солиштирганда, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайти.
4. Лапароскопик жарроҳлик усуллари анъанавий усуллардан фойдаланишнинг афзалликлари травматизациянинг камлиги, шунингдек лапаротомик яралар учун ўзига хос асоратларни ривожланиш эҳтимолининг (йиринглаш, операциядан кейинги чурралар шаклланиши) пастлиги балан характерланади. Шунингдек, ушбу тоифадаги беморларда бир вақтнинг ўзида операцияларни бажариш тиббий ва иқтисодий нуктаи назардан кўпроқ мос келади.
5. Ўткир тошли холецистит ва ДҚТЧ бор беморларда симулант операциялар фақат ўт пуфагининг чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Балалыкин А.С., Крапивин Б.Н., Давыдов А.А. и др. Одномоментная лапароскопическая ваготомия и холецистэктомия // Хирургия, 2007-№4. -С. 68.
2. Березницкий Я.С., Рубан В.М., Спивак В.П. Симультаные операции в плановой хирургии органов брюшной полости // Клиническая хирургия, 2003. - Киев. - № 5. - С. 19-22.
3. Брагин В.В., Борзенко Б.В. Выполнение симультаных операций при» сочетании желчнокаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости // Клиническая хирургия. - Киев, 1995. - №3. -С. 11-13.
4. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Мовчун А.А. и др. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и хронический холецистит // Хирургия. - М. 1985.-№2. -С. 40-45.
5. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельцевич Д.Г. Желчнокаменная болезнь. - М. 2013. - С. 137.
6. Дадвани С. А. Желчнокаменная болезнь (Руководство). - М. 2009.
7. Стрижелецкий В. В., Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией - 2006 (Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2006. - Т. 165, № 5. - С. 28-31)
8. Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика и хирургическое лечение: Дис. д-ра мед. Наук. М. 2001.