

- for allergic rhinitis // *Rhinology*. – 2013. – Vol. 51. – P. 99-110.
15. Pfaar O., Demoly P., Gerth van Wijk R. et al. Recommendations for the standardization of clinical outcomes used in allergen immunotherapy trials for allergic rhinoconjunctivitis: an EAACI position paper // *Allergy*. – 2014. – Vol. 69. – P. 854-867.
 16. Roberts G., Peckitt C., Northstone K. et al. Relationship between aeroallergen and food allergen sensitization in childhood // *Clin. Exp. Allergy J. Brit. Soc. Allergy Clin. Immunol.* – 2005. – Vol. 35. – P. 933-- 940.
 17. Sastre J., Landivar M.E., Ruiz-García M. et al. How molecular diagnosis can change allergen-specific immunotherapy prescription in a complex pollen area // *Allergy Europ. J. Allergy Clin. Immunol.* – 2012. – Vol. 67. – P. 709-711.
 18. Van Gasse A.L., Mangodt E.A., Faber M. et al. Molecular allergy diagnosis: status anno 2015 // *Clin. Chim. Acta Int. J. Clin. Chem.* – 2015. – Vol. 444. – P. 54-61.
 19. Wahn U. Preventing new sensitization and asthma onset by allergen immunotherapy: the current evidence // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* – 2017. – Vol. 17. – P. 443-446. 18

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК: 616.367-089: 616.36/37-002: 616.37-006-089

XOLEDOXOLITIAZNI DAVOLASHDA KAM INVAZIV USULLAR SAMARADORLIGINI OSHIRISH YO'LLARI

Berkinov U.B., Asanov B.P.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: провести анализ внедренных новых методов лечения и профилактики осложнений при выполнении малоинвазивных вмешательств у больных холедохолитиазом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 530 больных с холедохолитиазом, у которых выполнены 778 малоинвазивных вмешательств.

Результаты. После этих вмешательств в 40 (5,1%) случаях развились различные осложнения, которые в 3 (0,4%) случаях привели к летальному исходу.

Заключение. Разработанные новые мероприятия позволяют снизить количество осложнений после ретроградных транспапиллярных вмешательств с 6,9% до 3,6%.

Ключевые слова: ретроградные транспапиллярные вмешательства, осложнения.

DOLZARBLIGI

Xoledoxolitiazda kam invaziv usullarni tajribali mutaxassislar bajarishiga qaramay, asoratlarni to'liq oldini olish imkoniyati bo'lmayapti. Duodenoskoplar va asboblarning yangi modellari joriy qilinishiga qaramay, asoratlarning uchrash chastotasi barqaror bo'lib 0,8-20% ni va o'lim darajasi 1,5-2% tashkil qilib qolmoqda [1, 3].

Postmanipulyatsion asoratlar hayot uchun xavfli holatlarni, hatto, o'limni, bemorlar nogironligini, uzoq

28

SUMMARY

The aim of the study: to analyze the introduced new methods of treatment and prevention of complications when performing minimally invasive interventions in patients with choledocholithiasis.

Material and methods. The analysis of the treatment results of 530 patients with choledocholithiasis, in whom 778 minimally invasive interventions were performed.

Results. After these interventions, in 40 (5.1%) cases, various complications developed, which led to death in 3 (0.4%) cases.

Conclusion. The developed new measures allow to reduce the number of complications after retrograde transpapillary interventions from 6.9% to 3.6%.

Keywords: retrograde transpapillary interventions, complications.

muddat kasalxonada davolanishini va shu sababli katta moddiy xarajatlarni keltirib chiqarishi yuqori bo'lganligi sababli, ular katta e'tiborga egadir [2,4].

Ko'pchilik olimlarni ma'lumotlariga ko'ra, transpapilyar amaliyotlarda eng ko'p uchraydigan asoratlar bu pankreatit, qon ketish, o'n ikki barmoqli ichakning devorini teshilishi, umumiy o't yo'liga endoskop savatchasini tiqilib qolishi, xolangitdir. Ularni oldini olish va kamaytirishning asosiy yo'nalishlari

bu, xavf omillarini hisobga olgan holda, ERXPGning oqilona usulini ishlab chiqish, amaliyotdan so'ng bemorning holatini faol monitoring qilish va kompleks medikamentoz profilaktika kiradi.

ISHNING MAQSADI

Xoledoxolitiaz bilan bemorlarda kam invaziv usullar qo'llanilganda asoratlarni profilaktika va yangi davolash choralarni joriy etilganligini tahlil qilishdir.

MATERIALLAR VA USULLAR

Toshkent tibbiyot akademiyasining ko'p tarmoqli klinikasida 2010-2021 yillarda 778 kam invaziv usullarini (papillosfinkterotomiya, litotripsiya, litoekstraksiya, umumiy o't va oshqozon osti bezi yo'llarini stentlash, virsungotomiya, migratsiya qilgan stentlarni olib tashlash) o'tkazgan 19 yoshdan 79 yoshgacha bo'lgan 530 xoledoxolitiaz bilan bemor: 157 (29,6%) erkak va 373 (70,4%) ayol, tahlil qilindi. Ularning 380 (71,6%) da kasallik mexanik sariqlik bilan asoratlangan.

Ushbu usullarni turli asoratlarini qiyosiy tahlil qilish uchun biz faoliyatimizni 2 davrga bo'ldik: birinchisi (boshlang'ich) - 2010 yildan 2015 yilgacha (ushbu davrda 359 ta amaliyot bajarilgan); ikkinchi davr - 2015 yildan 2021 yilgacha (ushbu davr ichida 419 ta amaliyot bajarilgan). Davrlarni ajratishning asosiy mezonini, bu xoledoxolitiazda kam invaziv usullar asoratlarini kamaytirishga qaratilgan profilaktik va davolash choralarni baholashdir.

NATIJALAR

778 transpapilyar amaliyotlardan keyin postmanipulyatsion asoratlar 40 (5,1%) holatlarda kuzatilib, ulardan 3 (0,4%) tasi o'limga sabab bo'lgan. Postmanipulyatsion asoratlarning ichida eng ko'p uchraydigan bu o'tkir pankreatitdir. 18 (2,3%) ta yuzaga kelgan o'tkir pankreatit 3(0,4%) ta holatda pankreonekrozga olib kelgan. Birinchi davrda postmanipulyatsion asoratlar soni 25 (6,9%) ni tashkil qilgan bo'lsa, ikkinchi davrda ular 15 (3,6%) holatda uchragan.

Faoliyatning turli davrlarida uchragan asoratlar tahlil etilganda, qon ketish, o'tkir pankreatit, xolangit kabi asoratlarning birinchi davrga nisbatan o'rtacha 2 barobar pasayishi qayd etildi. Salbiy dinamikaga ega bo'lgan yagona ko'rsatkich bu stentning umumiy o't yo'liga migratsiyasi. Bu, birinchi navbatda, o't yo'llarini birinchi bosqichda stentlash deyarli bajarilmaganligi va faoliyatning ikkinchi davrida unga ko'rsatmalarni kengaytirganimiz bilan bog'liqdir. Bir narsani aytib o'tishimiz kerakki, umumiy o't yo'liga stent qo'yish tajribamiz ortgach bunday asoratlar, oxirgi vaqtda, deyarli uchramayapti.

Faoliyatning birinchi davrida yuzaga kelgan asoratlarni tahlil qilganda quyidagilar ularga sababchi bo'lgan desak bo'ladi:

- diagnostik usullarni yuqori ma'lumotli aniqlashtiruvchi turlari yo'qligi sababli (MRT-xolangiografiya) o't yo'llarini katta duodenal so'rg'ich (KDS) ampulasi orqali tahlilsiz kontrastlash;

- aspiratsiya testini va keyingi profilaktika choralarni ko'rmasdan kanyulya yoki papillotomni me'da osti

bezining asosiy yo'liga tez-tez kiritish;

- birinchi va ikkinchi darajali qon ketishda asossiz agressiv bo'lgan infiltratsion gemostaz yoki qon ketayotgan tomirlarni koagulyatsiyasi kabi usullarni ishlatish;

- KDS ampulasini bir necha bor muvaffaqiyatsiz kanyulatsiya qilib kechiktirilgan atipik papillotomiya bajarish. Bu esa o'n ikki barmoqli ichakning KDSni jarohatiga va shu orqali o'ziga hos asoratlarga olib kelgan.

Faoliyatning ushbu davrida me'da osti bezining enzimatik faolligini kamaytirish va ichakni etarli darajada bo'shashtirish uchun operatsiyadan oldingi tayyorgarlik ko'rilmagan. Endoskopik retrograd xolangiopankreatikografiyani (ERXPG) albatta bajarish maqsadi qo'yilgani hisobidan, amaliyot davomiyligi o'rtacha $56 \pm 8,5$ min tashkil etgan. Undan tashqari papillotomiya kesmasi uzunligining oshishi bilan obstruktiv sariqlikning klinik ko'rinishini bir bosqichli hal etish istagi qayd etilgan, bu esa o'z navbatida qon ketish va xolangit kabi asoratlar sonini yanada oshirib yuborgan. Ushbu davrda qayd etilgan o'limlarni sababidan biri qon ketish bo'lgan bo'lsa, ikkinchisini - pankreonekrozdir.

Ikkinchi davrda asoratlar sonining kamayishiga MRT-xolangiografiyaning klinik amaliyotga kiritilishi katta hissa qo'shdi, u duodenoskopiya bilan birgalikda pankreatobiliar patologiyasi bo'lgan bemorlarni operatsiyadan oldingi tashhislash uchun standart algoritimga aylandi.

MRT-xolangiografiyani amaliyotga keng kiritilishi birinchi navbatda diagnostik maqsadda bajariladigan ERXPGlarni bajarmaslikka va ular orqali kelib chiqadigan asoratlarni kamaytirishga olib keldi. Undan tashqari o'rtali amaliyotdan avval bor muammoni aniqlash imkoniyatimiz bo'lgani uchun o't yo'llariga keraksiz kontrast yubormaslikka imkon yaratildi. Ushbu usul orqali, biz xoledoxolitiazga gumon bo'lgan 5 nafar bemorda shishli pankreatit borligini aniqlab davo taktikamizni o'zgartirib ijobiy natija oldik.

Bu davrda biz o't yo'llarining stentlash amaliyotiga, ayniqsa ularni kanyulatsiya qilishda qiynalishlar bo'lgan holatlarda (Billroth II bo'yicha me'da rezektsiyasidan so'ng, KDSning divertikul ichi joylashuvida), ko'rsatmalarni kengaytirdik. O't yo'llarining 78ta stentlashi 90,7% hollarda postmanipulyatsion pankreatit klinikasi rivojlanishining oldini olishga imkon berdi.

Xuddi shu davrda 8 nafar o't tosh kasalligi va 3chi darajali papillostenoz bor bemorda kompleks davolash usuli joriy etildi va muvaffaqiyatli yakunlandi. Ularga o't yo'llari antegrad (teri orqali jigar orqali) usuli orqali drenajlanib 5 nafar bemorda ballon yordamida kengaytirilib bor stenoz bartaraf etildi. Qolgan 3da - antegrad o'rnatilgan kateter orqali kontrast yuborilib retrograd usuli orqali stenoz bartaraf etildi. Ularga keyinchalik muvaffaqiyatli laparoskopik xoletsistektomiya bajarildi.

Birinchi va ikkinchi darajali papillotom kesmalaridan

qon ketish bo'lganida munosabat ham o'zgargan. Bunday holatlarda 4,0 ml ditsinonni mushak ichiga yuborish va yaraning yuqori qirralarini sovuq fiziologik eritma bilan yuvib 15 minut davomida ekspozitsiya qilish amalga kiritildi. 90% hollarda, kutish taktikasi oqlandi va u amaliyotni davom ettirishga imkon berdi. Qon ketish davom etib KDS sohasida gemotamponada hosil bo'lsa, shilliq ostiga vazokonstriktorlar bilan infiltratsiya qilish va o't yo'llari stentlash va qon lahtalari olib tashlash amalga oshirilgan. Undan tashqari, mexanik sariqlik bilan bemorlarda qon ketishining oldini olish uchun qon ivish tizimidagi o'zgarishlarini oldindan aniqlab va ular mavjud bo'lganida amaliyotdan oldingi gemostatik terapiya bajarish amaliyotga kiritildi.

O'tkir postmanipulyatsion pankreatit klinikasida amaliyotni 2-kunidan asosiy pankreatik yo'lini shoshilinch stentlash amalga oshirish yo'lga qo'yildi. Bu, bizni fikrimizcha, 5 bemorda pankreonekroz rivojlanishining oldini olishga imkon berdi. Kechiktirib qo'yilgan bir bemorda postmanipulyatsion pankreonekroz yuzaga kelib o'limga sabab bo'ldi.

20% hollarda faol ravishda olib borilgan asosiy pankreatik kanalning stentlashi, ikkinchi bosqichda profilaktika chorasi bo'lib, o'tkir pankreatit sonini 50% gacha kamaytirishga imkon berdi. Oxirgi vaqtda asosiy oshqozon osti bezi yo'lini stentlash barcha asoratlarni xavfi yuqori bo'lgan hollarda amalga oshiriladi. Bunday holatlar quyidagilardir:

- kanyulya yoki papillotom asosiy oshqozon yo'lga kirib og'riq sindromi rivojlanishi bo'lganda, ayniqsa, ayollarda, papillostenoz belgilari bo'lganda, KDS ning divertikul ichida joylashganda, ERXPG orqali qo'zg'atilgan pankreatitda;

- umumiy o't yo'li va me'da osti bezi yo'li orasidagi to'siq yuqqa bo'lganda.

Katta toshlar mavjud bo'lganda (diametri 15

dan 30 mm gacha) biz amaliyotga laparoskopik xolestsistektomiya bajarish vaqtida xoledoxolitotomiya amaliyotini kiritdik. Amaliyot bajarishdan avval iloji bo'lsa papillosfinkterotomiya va o't yo'llarini antegrad drenajlash usullarini amalga oshirishga harakat qilganmiz. Ushbu amaliyot 12 bemorda muvaffaqiyatli amalga oshirildi. Biron- bir marta ochiq usulga o'tilmagan.

Aytib o'tishimiz kerakki, oxirgi vaqtlarda, postmanipulyatsion asoratlarni bartaraf qilish uchun hech bir holda ochiq jarrohlik talab qilinmadi. Migratsiyaga uchragan stentlar hammasi endoskopik yo'l orqali olib tashlangan.

XULOSA

Faoliyat davrlariga xos bo'lgan postmanipulyatsion asoratlarning tahlili ularni pasayish dinamikasini ko'rsatadi. Tahlilimiz transpapillyar amaliyotlarning xavfsizligini ta'minlash uchun albatta profilaktika va davolash choralari albatta bajarish lozimligini ko'rsatib berdi.

ADABIYOTLAR

1. Anderson M.A., Fisher L. et al. Complications of ERCP. ASGE Standards of Practice Committee // Gastroint. Endosc. 2012. Vol. 75, N 3. P. 467-473.
2. Freeman M.L., DiSario J.A. et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study // Gastroint. Endosc. 2001. Vol. 54. P. 425-434.
3. Kahaleh M., Freeman M. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications. // Clin. Endosc. 2012. Vol. 45. P. 305-312.
4. Masci E., Mariani A., Curioni S. et al. Risk factors for pancreatitis following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a meta-analysis. // Endoscopy. 2003. Vol. 35, N 10. P. 830-834.