

ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ХАВФСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

З.А. Джаматов^{1,2}, Ш.У. Ўктамova²

*¹ Самарқанд вилояти Булунгур туман тиббиёт бирлашмаси
марказий шифохонаси, Самарқанд вилояти, Ўзбекистон Республикаси*

*² Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти,
Бухоро, Ўзбекистон Республикаси*

Резюме.

Ўт йўллари хавфсиз касалликларининг асоратланган шакллари - перивезикал ўзгаришлар билан кечувчи ўткир холецистит, холедохолитиаз, механик сариқлик, Мириззи синдромини операциядан олдин аниқ ва ўз вақтида ташхислаш минимал инвазив аралашув ҳажми, кетма-кетлиги ва техникасини танлашни белгилайди. Ўт йўллариининг асоратланган хавфсиз касалликлари бўлган 128 нафар бемор иштирокида проспектив-ретроспектив тадқиқот ўтказилди. Диагностик алгоритм ноинвазив усуллардан инвазив усулларга босқичма-босқич ўтиш тамойили асосида тузилди. Ҳар бир усулнинг диагностик аниқлиги перивезикал инфильтрат, абсцесс, ўт пуфаги перфорацияси, механик сариқлик, Мириззи синдроми ва холедохолитиазни аниқлаш бўйича баҳоланди. Бунда сезувчанлик, спецификлик, мусбат ва манфий натижаларнинг прогностик қиймати (PPV, NPV), шунингдек, ROC эгри чизиғи остидаги майдон (AUC) ҳисобланди. Корреляцион таҳлил Спирмен усули бўйича амалга оширилди.

Калит сўзлар: ўт йўллариининг хавфсиз касалликлари; диагностик аниқлик; ультратовуш текшируви; компьютер томография; холангиопанкреатография; ROC-таҳлил; SIRS; корреляцион таҳлил.

Кириш.

Ўткир холециститни ташхислашда ультратовуш текшируви ва компьютер томографиясининг диагностик аниқлигини қиёсий ўрганиш, ультратовуш текширувининг қиёсий ёки юқори ўзига хослиги билан КТнинг ультратовуш текширувига нисбатан сезиларли даражада юқори сезувчанлигини кўрсатади. Шу билан бирга, нашр этилган тадқиқотларнинг аксарияти алоҳида усулларнинг диагностик аниқлигини алоҳида ёки жуфт таққослашда баҳолайди, қўлланилган инструментал усулларнинг бутун диапазонини - скрининг ультратовуш текширувидан тортиб инвазив интраоператсион холангиографиягача - ягона табақалаштирилган диагностика алгоритми доирасида ўт йўллари хавфсиз касалликларининг асоратли шаклларида комплекс қиёсий баҳолаш эса етарли даражада ўрганилмаган, бу эса ушбу тадқиқотнинг мақсадини белгилаб берди [1-3].

Тадқиқотнинг мақсади. Ўт йўллариининг асоратланган хавфсиз касалликларида инструментал тадқиқот усуллари мажмуасининг диагностик аниқлигини баҳолаш ва клиник-лаборатор оғирлик кўрсаткичларининг даволаш натижалари билан боғлиқлигини ўрганиш.

Натижалар. Барча 128 нафар (100%) беморда ўтказилган қорин бўшлиғи абзоларининг ультратовуш текшируви перивезикал абсцессни аниқлашда юқори диагностик аниқликни кўрсатди (сезувчанлик - 91,2%, спецификлик - 96,4%), шунингдек, ўт пуфаги перфорациясини аниқлашда спецификлик 97,1% ни ташкил этди. Шу билан бирга, холедохолитиазни аниқлашда УТТ сезувчанлиги нисбатан паст - 64,8% бўлган ҳолда, спецификлиги юқори - 94,3% ни ташкил этди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 78,9% ида ўтказилган контрастли МСКТ ноинвазив усуллар орасида энг юқори диагностик аниқликни кўрсатди ($AUC=0,979$); МР-холангиопанкреатографияда $AUC=0,972$, эндосонографияда эса $AUC=0,981$ ни ташкил этди. Инвазив интраоперацион усуллар энг юқори

диагностик аниқликка эга бўлди: диагностик лапароскопияда $AUC=0,986$, интраоперацион холангиографияда эса $AUC=0,993$ бўлиб, сезувчанлик 99,0% ва спецификлик 98,8% ни ташкил этди. Тизимли яллиғланиш жавоб синдроми (SIRS) белгилари беморларнинг аксариятида аниқланди: гипертермия - 88,3%, тахикардия - 80,5%, лейкоцитоз - 72,7%. Интеграл оғирлик индекслари билан операциядан кейинги асоратлар частотаси ўртасида ўрта ва юқори кучдаги статистик аҳамиятли тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланди. Энг кучли корреляция TG18 бўйича оғирлик даражаси билан асоратлар частотаси ўртасида ($r=+0,72$; $p<0,001$), шунингдек, APACHE II ва Чарлсон коморбидлик индекси ўртасида ($r=+0,71$; $p<0,001$) қайд этилди.

Хулосалар. Инструментал диагностика усуллари мажмуасини ноинвазив усуллардан (УТТ) инвазив усулларга (интраоперацион холангиография) қадар босқичма-босқич ва дифференциаллашган тарзда қўллаш ўт йўлларининг асоратланган хавфсиз касалликларини юқори аниқликда верификация қилиш имконини беради ҳамда минимал инвазив хирургик тактикани режалаштириш учун объектив асос яратади.

АДАБИЁТЛАР.

1. Yokoe M., Hata J., Takada T., Strasberg S.M., Asbun H.J., Wakabayashi G., Kozaka K., Endo I., Deziel D.J., Miura F., Okamoto K., Hwang T.L., Huang W.S.W., Ker C.G., Chen M.F., Han H.S., Yoon Y.S., Choi I.S., Yoon D.S., Noguchi Y., Shikata S., Ukai T., Higuchi R., Gabata T., Mori Y., Iwashita Y., Hibi T., Jagannath P., Jonas E., Liao K.H., Dervenis C., Gouma D.J., Cherqui D., Belli G., Garden O.J., Giménez M.E., de Santibañes E., Suzuki K., Umezawa A., Supe A.N., Pitt H.A., Singh H., Chan A.C.W., Lau W.Y., Teoh A.Y.B., Honda G., Sugioka A., Asai K., Gomi H., Itoi T., Kiriya S., Yoshida M., Mayumi T., Matsumura N., Tokumura H., Kitano S., Hirata K., Inui K., Sumiyama Y., Yamamoto M. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic

criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2018. – Vol. 25, № 1. – P. 41–54. – DOI: 10.1002/jhbp.515.

2. Meeralam Y., Al-Shammari K., Yaghoobi M. Diagnostic accuracy of EUS compared with MRCP in detecting choledocholithiasis: a meta-analysis of diagnostic test accuracy in head-to-head studies // Gastrointestinal Endoscopy. – 2017. – Vol. 86, № 6. – P. 986–993. – DOI: 10.1016/j.gie.2017.06.009.

3. Manes G., Paspatis G., Aabakken L., Anderloni A., Arvanitakis M., Ah-Soune P., Barthet M., Domagk D., Dumonceau J.M., Gigot J.F., Hritz I., Karamanolis G., Laghi A., Mariani A., Paraskeva K., Pohl J., Ponchon T., Swahn F., ter Steege R.W.F., Tringali A., Vezakis A., Williams E.J., van Hooft J.E. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline // Endoscopy. – 2019. – Vol. 51, № 5. – P. 472–491. – DOI: 10.1055/a-0862-0346.

